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

***O imaginário da perfeição: a corporeidade em homens
com transtorno alimentar***

Thais Fonseca de Andrade

Salvador Dalí

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

Ribeirão Preto-SP

THAIS FONSECA DE ANDRADE

O imaginário da perfeição: a corporeidade em homens com transtorno alimentar

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

Área: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos
Santos

Ribeirão Preto-SP
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Andrade, Thais Fonseca de

O imaginário da perfeição: a corporeidade em homens com transtorno alimentar.
Ribeirão Preto, 2008.

304 f. : il.; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto / USP – Dep. De Psicologia e Educação.

Orientador: Santos, Manoel Antônio dos

1. Sexo masculino. 2. Transtornos alimentares. 3. Corpo

FOLHA DE APROVAÇÃO

Thais Fonseca de Andrade

O imaginário da perfeição: a corporeidade em homens com transtorno alimentar.

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

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

A Fernando, Mateus e Gustavo, o meu reconhecimento. Expresso minha gratidão por me propiciarem bons encontros e reflexões.

A meus queridos sobrinhos:

Isabella, pelo seu sorriso.

Stefano, pela sua alegria.

E a todas as pessoas que buscam, de uma forma ou de outra, encontrar o enlevo da vida.

AGRADECIMENTOS:

Primeiramente eu gostaria de agradecer ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, por acreditar em mim, pela sua confiança e pelas contribuições realizadas durante todo o acontecer dessa pesquisa.

Aos participantes desse estudo (os rapazes, seus familiares e profissionais de saúde), pela fundamental colaboração.

À Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro recebido no período de agosto de 2006 a fevereiro de 2007.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro recebido no período de março de 2007 a julho de 2008.

Às Profas. Dras. Tânia Aiello Vaisberg, Valéria Barbieri e Ivonise Fernandes da Motta, pela participação em minha Qualificação e Defesa.

À Fabiana Elias Goulart de Andrade Moura e Fernanda Kimie Tavares Mishima, pelos encontros de iluminação.

Aos grupos de estudo em psicanálise, por colaborarem com minha formação.

À Profa. Dra. Emília Luigia Saporiti Angerami, pelo apoio na elaboração do projeto desse estudo.

Às queridas amigas Letícia Titoto Vassimon, Felícia Bighetti e Lílían Cláudia Uliam Junqueira, pela amizade sincera e acolhimento.

À querida amiga Andressa Sirino, pelo apoio e amizade.

À querida Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro, pelo incentivo e doçura.

À equipe do GRATA, pelo aprendizado constante.

Ao querido irmão Renato e sua família: Fabíola, Stefano e Isabella, pelo exemplo de coragem e por me mostrarem a cada dia que a vida é bela.

Ao querido irmão Victor, pelo exemplo de determinação e ousadia.

Ao querido irmão Daniel, pelo exemplo de disciplina e persistência e por me incentivar a *sonhar*.

A minha querida psicanalista, Ana Rita Nuti Pontes, por me escutar.

À Lubélia e Lucila, tias queridas, inesquecíveis e sempre em meu coração.

Ao Michael Lanigan, por outros mundos, tantas experiências. Quanto sabor!

E agradeço especialmente a meus queridos pais, José Ascânio e Maria Guilhermina, pela luz (sempre) acesa, pelo amor e apoio ao longo da minha vida.

CAPA

A pintura que ilustra a capa é uma tela de Salvador Dali, intitulada *Cosmic Athlete* (*Atleta cósmico*), de 1968.

O homem belo e soberano que “brinca” com o sol.

O homem com o corpo em fraturas em um ambiente sombrio e pantanoso.

Esta obra de Dali me evoca este contraste: o incessante movimento dos homens entre ilusão e desilusão, no processo de descoberta de seus verdadeiros potenciais.

“Assim, pelos olhos, o amor atinge o coração...”.

Guiraut de Borneilh

ANDRADE, T. F. **O imaginário da perfeição: a corporeidade em homens com transtorno alimentar**. 2008. 304 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

A literatura aponta que casos de transtornos alimentares em homens têm uma menor incidência do que em mulheres e que, até os anos 80, questões relacionadas à imagem corporal eram vistas como uma preocupação feminina, porém estudos recentes demonstram que os homens também estão sofrendo com preocupações relativas à corporeidade e isso se reflete no comportamento alimentar, na prática de exercícios físicos e na adesão às dietas. Apesar disso, quadros clínicos de homens com anorexia e/ou bulimia nervosas ainda são pouco conhecidos e apresentam uma enorme complexidade diagnóstica. O objetivo deste estudo foi investigar o modo singular como portadores de anorexia e/ou bulimia nervosas vivenciam o corpo e a imagem corporal e como os acompanhantes/familiares e os profissionais de saúde percebem a problemática desses rapazes em relação à corporeidade, visando compreender essa singularidade e qual a sua influência na evolução desses transtornos alimentares e no tratamento. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, priorizando um enfoque exploratório, conduzida segundo o método de estudo de caso. O estudo compreende três casos e a população do universo de cada caso é composta por: paciente, seus respectivos acompanhantes/familiares (que o acompanharam durante tratamento) e profissionais de saúde responsáveis diretos pela assistência em cada caso (psicólogo, nutricionista, médico nutrólogo e psiquiatra). O contexto da investigação é de um serviço especializado na assistência em transtornos alimentares. Para a coleta de dados a pesquisadora utilizou três fontes: (1) consulta aos prontuários dos participantes (pacientes), visando obter informações clínicas que complementarão as informações obtidas com os profissionais; (2) entrevistas individuais semi-estruturadas com os participantes (pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde) e (3) diário de campo. Primeiramente foi realizada análise de cada caso separadamente, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática, o que proporcionou conhecer como profissionais de saúde e familiares percebem a forma com que o paciente vivencia sua corporeidade, bem como a ótica do próprio paciente. Em seguida, o material coligido a partir das entrevistas, prontuário e diário de campo foi triangulado e submetido à interpretação, seguindo as proposições da teoria psicanalítica, inspirando-se principalmente no trabalho de Winnicott. Os resultados da análise dos casos sugeriram que estes rapazes não foram capazes de lidar com emoções primitivas e consequentemente, não foram capazes de desenvolver a capacidade de pensá-las e elaborá-las, expandindo essas emoções impensáveis para o corpo. Dessa forma, conclui-se que esses rapazes usam o corpo como uma fortaleza que os protege da vivência de sentimentos tão angustiantes, como invasão, desamparo e solidão. (FAPESP).

Palavras-chave: Sexo masculino, transtornos alimentares, corpo, psicanálise.

ANDRADE, T. F. **The imaginary of perfection: corporeity in males with eating disorders**. 2008. 304 f. Dissertation (Mastering Degree) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Literature shows that cases of males with eating disorders are in less incidence than females and that until the eighties issues related to body and body image were seen as a female concern. However, current studies present that males are also suffering due to worries regarding corporeity and it reflects on the eating habits, on the practice of physical exercises and on diet habits. In spite of it, clinical cases of males who develop anorexia and/or bulimia nervosa still are scarcely known and have an enormous diagnostic complexity. The aim of this study was to investigate the singular way of how males with eating disorders (anorexia nervosa, bulimia nervosa) experience body and body image and how family and health professionals perceive the troubles of these males with regards to their corporeity, intending to understand this singularity and its influence in the development of an eating disorder and in the treatment. It is a qualitative, exploratory research, carried out according to the case study methodology. This study comprehends 3 cases and the population of each case is composed by: patient and his respective family (who have followed the patient throughout the illness and treatment) and health professionals (responsible for the assistance to the patient: nutritionist, psychologist, psychiatrist, nutrologist). It was carried out in the eating disorders service of the Hospital das Clínicas da FMRP-USP (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - USP). The data was collected from 3 sources: (1) consultation to the medical reports of the patients, in order to obtain clinical and socio - demographic information, (2) individual interview with the participants (patients, family and professionals), (3) diary (where I wrote feelings and impressions I had throughout the research process and interviews). Firstly each case was analyzed separately; the interviews were transcribed literarily and submitted for theme-based content analysis. After that, the data collected from the interviews, medical reports and diary were interpreted mainly according to the psychoanalytic approach of Winnicott. The results of the analysis of the cases suggested that these males were not able to deal with primitive emotions inside themselves and consequently, not able to develop the skill to think about them and elaborate these emotions, expanding these unthinkable feelings to their body. In this manner these males use their body as a fort to protect them from overwhelming feelings such as invasion, abandonment and solitude. (FAPESP).

Key-words: Males, eating disorders, body, psychoanalysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO 1 OBJETIVOS.....	27
CAPÍTULO 2 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	28
2.1 Anorexia nervosa (AN).....	28
2.2 Bulimia nervosa (BN).....	30
2.3 Situações atípicas.....	32
2.4 Anorexia e bulimia nervosa e pessoas do sexo masculino: um capítulo à parte?.....	32
2.4.1 Incidência, prevalência e gênero.....	33
2.4.2 Idade da primeira crise.....	34
2.4.3 Etiopatogenia, fatores desencadeantes.....	35
2.4.4 Características clínicas e psicológicas.....	37
2.4.5 Complexidade diagnóstica.....	38
2.4.6 Comorbidades.....	40
2.4.7 Tratamento.....	40
2.5 Considerações finais sobre os achados a partir da revisão bibliográfica.....	41
CAPÍTULO 3 O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL	45
3.1 A teoria do amadurecimento em Winnicott.....	45
3.2 O desenvolvimento emocional inicial.....	48
3.3 Processo de ilusão e desilusão.....	49
3.4 O conceito winnicottiano de ambiente.....	51
3.5 A importância do espaço e do objeto transicional no desenvolvimento.....	52

3.6 Os estados excitados e os estados tranqüilos.....	55
3.7 Capacidade de <u>estar só</u>	57
3.8 O apetite e os problemas emocionais.....	58
CAPÍTULO 4 CORPOREIDADE.....	61
4.1 A pessoa total.....	61
4.1.1 Definições de <i>self</i> (si-mesmo), ego e eu.....	63
4.2 O falso e o verdadeiro <i>self</i>	64
4.3 Esquema corporal e imagem corporal.....	67
4.4 Corpo e sociedade.....	68
4.5 O corpo como objeto transicional e suas implicações.....	68
4.6 A dinâmica dos conflitos corporais na sociedade contemporânea	70
4.7 O narcisismo e a dinâmica dos conflitos corporais na sociedade das sensações.....	71
CAPÍTULO 5 METODOLOGIA.....	75
5.1 A perspectiva qualitativa.....	75
5.2 Críticas à abordagem qualitativa.....	78
5.3 A análise de dados em pesquisas qualitativas.....	79
5.4 A redação do texto.....	81
5.5 Estratégia metodológica dessa pesquisa: O ESTUDO DE CASO.....	81
5.6 Participantes.....	86
5.6.1 Critérios iniciais de inclusão/exclusão dos participantes.....	87
5.6.2 A seleção do caso.....	87
5.7 Procedimentos éticos.....	89
5.8 Local.....	90

5.9 Instrumentos.....	91
5.9.1 Sobre as entrevistas.....	92
5.10 Procedimento.....	97
5.10.1 Fase 1 Exploratória.....	97
5.10.2 Fase 2 Coleta de dados: contatos	99
5.10.3 Descrição do contato com pacientes, familiares e profissionais de saúde, feito pela pesquisadora, para convidá-los a participar do estudo.....	100
5.10.3.1 Caso 1.....	100
5.10.3.2 Caso 2.....	101
5.10.3.3 Caso 3.....	101
5.10.4 A inserção dos pais ou cuidador responsável.....	102
5.10.4.1 Casos 1 e 2 - Contatos com pai e avô (cuidador responsável).....	102
5.10.4.2 Caso 3 - Contato com o pai.....	103
5.10.5 Contatos com profissionais de saúde.....	103
5.10.6 Fase 3 Análise dos dados.....	103
CAPÍTULO 6 O ACONTECER CLÍNICO: O VALOR DO ENCONTRO.....	107
6.1 O caso Fernando e o acontecer das entrevistas.....	108
6.1.1 Identificação.....	108
6.1.2 Situação familiar.....	109
6.1.3 Vida social.....	109
6.1.4 No GRATA.....	109
6.1.5 Entrevistas com Fernando e mãe.....	111
6.1.6 Entrevista com pai de Fernando.....	112

6.1.7 Entrevistas com profissionais de saúde que atenderam Fernando.....	113
6.2 O caso Mateus e o acontecer das entrevistas.....	115
6.2.1 Identificação.....	115
6.2.2 Situação familiar.....	116
6.2.3 Vida social.....	116
6.2.4 No GRATA.....	116
6.2.5 As entrevistas com Mateus e seus avós.....	117
6.2.6 Entrevistas com profissionais de saúde que atenderam Mateus.....	120
6.3 O caso Gustavo e o acontecer das entrevistas.....	121
6.3.1 Identificação.....	121
6.3.2 Situação familiar.....	122
6.3.3 Vida social.....	122
6.3.4 No GRATA.....	122
6.3.5 Entrevistas com pais e irmã de Gustavo.....	123
6.3.6 Entrevista com Gustavo.....	124
6.3.7 Entrevistas com profissionais de saúde que atenderam Gustavo.....	125
6.4 As entrevistas com profissionais de saúde (aspectos gerais relativos ao três casos).....	126
CAPÍTULO 7 ANÁLISE E COMPREENSÃO DOS CASOS.....	128
7.1 O caso Mateus.....	133
7.1.1 Apresentação dos núcleos temáticos.....	133
7.1.2 Análise compreensiva à luz da psicanálise.....	163
7.2 O caso Fernando.....	166

7.2.1 Apresentação dos núcleos temáticos.....	167
7.2.2 Análise compreensiva à luz da psicanálise.....	190
7.3 O caso Gustavo.....	195
7.3.1 Apresentação dos núcleos temáticos.....	196
7.3.2 Análise compreensiva à luz da psicanálise.....	224
CAPÍTULO 8 DISCUSSÃO.....	228
8.1 Características do ambiente familiar.....	228
8.2 Características dos rapazes.....	234
8.3 Teatros do corpo.....	238
CAPÍTULO 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	243
REFERÊNCIAS.....	245
ANEXO A.....	255
ANEXO B.....	257
ANEXO C.....	259
ANEXO D.....	261
ANEXO E.....	263
ANEXO F.....	265
ANEXO G.....	267
ANEXO H.....	269
ANEXO I.....	271

INTRODUÇÃO

Desde o começo da história médica são reconhecidos homens¹ com problemas de conduta alimentar. Richard Morton, no século XVII, relatou o primeiro caso de anorexia nervosa (AN) em um jovem paciente de 16 anos (ANDERSEN; HOLMAN, 1997; CARLAT; CAMARGO; HERZOG, 1997; CORDÁS, 2004; SILVERMAN, 1990). No século XVIII dois casos foram relatados, em um dos quais se alternavam episódios de anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). No século XIX, um outro caso de AN foi relatado por William Gull em um paciente do sexo masculino (ANDERSEN; HOLMAN, 1997; CORDÁS, 2004). Desde Gull até a década de setenta do século XX, os homens ficaram teoricamente excluídos dos transtornos alimentares devido ao não reconhecimento de casos (ANDERSEN; HOLMAN, 1997).

Até meados dos anos 80, questões relacionadas à imagem corporal eram vistas como uma preocupação feminina, dado que se confirma a partir da literatura acerca da imagem corporal, alimentação, dietas e exercícios físicos, que é, em sua maioria, voltada às mulheres². No entanto, estudos recentes demonstram que os homens também estão sofrendo com questões relativas à imagem corporal e isso se reflete no comportamento alimentar, no investimento excessivo na prática de exercícios físicos e dietas radicais (FACCHINI, 2006).

Os principais transtornos alimentares da clínica contemporânea, anorexia e bulimia nervosas, têm sido objetos de inúmeros artigos científicos e alvo de discussões e de interesse crescente por parte da mídia contemporânea. Todavia, possivelmente devido ao fato de que os homens representam de 10% a 15% dos casos (ANDERSEN; HOLMAN, 1997; GEIST et al.,

¹ O termo “homem/homens” que aparece no título e em alguns trechos do corpo deste estudo, faz referência ao gênero masculino, independentemente da idade.

² O termo “mulher/mulheres” é utilizado ao longo desse estudo em referência ao gênero feminino, independentemente da idade.

1999), esses transtornos em pessoas do sexo masculino ainda são pouco conhecidos. Além disso, apresentam uma enorme complexidade diagnóstica (ANDERSEN, 1990a, 1990b; MELIN; ARAÚJO, 2002). Felizmente, de acordo com Carlat, Camargo e Herzog (1997), há um crescente número de pesquisas em desenvolvimento, que buscam produzir conhecimento acerca da problemática que abrange os transtornos alimentares e o universo masculino.

A questão de pesquisa que justifica o presente estudo tem por objetivo conhecer a singularidade³ de pacientes masculinos portadores de anorexia nervosa e ou bulimia nervosa no que se refere a sua corporeidade. Como esses rapazes estão alojados em seu corpo e de que forma isso influenciou no desenvolvimento de um transtorno alimentar (TA)? O termo TA faz referência a transtornos alimentares, mais especificamente à anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN).

A temática do corpo e a relação corpo e sociedade têm sido muito discutidas sob diferentes enfoques teóricos por diversos autores em estudos contemporâneos. Na presente investigação, pretende-se discutir tais temáticas principalmente à luz de Donald Woods Winnicott.

Winnicott, em sua teoria do amadurecimento pessoal normal, afirma que é da natureza humana a tendência ao desenvolvimento. No entanto, para que isso aconteça, é fundamental um ambiente facilitador que propicie ao bebê um sentir-se seguro. O primeiro ambiente facilitador é a mãe. Portanto, o lactente precisa de uma mãe suficientemente boa para se desenvolver e caminhar emocionalmente de uma situação de dependência absoluta para dependência relativa e finalmente rumo à independência. Para isso, o bebê precisa experimentar inicialmente uma sensação de fusão e não integração para o sentimento de unidade separado do outro e integração, personalização. Winnicott afirma que as pessoas que

³ De acordo com o “Novo Dicionário Básico da Língua Portuguesa Folha, Aurélio” (FERREIRA, A. B. H, 1988, p. 602) a palavra singularidade significa: “Qualidade do que é singular”. Utilizamos este termo para nos referirmos àquilo que identifica uma pessoa, e só ela.

tiveram alguma falha nesse período inicial do amadurecimento tendem a desenvolver distúrbios psíquicos, incluindo psicoses. Além disso, segundo Safra (2004), a obra de Winnicott permite fazer um diagnóstico apurado da forma como o indivíduo está alojado em sua corporeidade. Por isso, foi feita a escolha da teoria de Winnicott como norteadora desse estudo que compreende o universo de homens que desenvolvem transtorno alimentar.

Costa (2004) faz uma leitura da cultura contemporânea como uma cultura em que os sentimentos estão cada vez mais longe do sujeito e o prazer sensorial passa a representar o passado, o presente e o futuro. Nessa leitura, Costa (2004) diz que um dos grandes problemas atuais é a tendência do homem de usar o corpo como um objeto maleável que dê para moldar de acordo com os desejos narcísicos. E numa sociedade em que isto se torna possível através do desenvolvimento tecnológico, instala-se a doença. Na verdade, como diz Reiss (1993), a cultura não seria a responsável pela produção de tais transtornos, mas faz parte dos mesmos.

No primeiro capítulo são apresentados os objetivos gerais e específicos deste estudo. O segundo capítulo é sobre a temática dos transtornos alimentares e suas características em homens. A seguir são apresentados a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott e os aspectos que abrangem a corporeidade, que compõem o terceiro e quarto capítulos, respectivamente.

Nessa ordem são introduzidos os objetivos do estudo, à questão dos transtornos alimentares no universo masculino e o referencial teórico. Assim, o leitor pode, a partir da leitura dos objetivos, do levantamento bibliográfico acerca dos transtornos alimentares e suas características em homens e do referencial teórico sobre o desenvolvimento humano fundamentado em Winnicott, construir um pensamento acerca do desenvolvimento psíquico de pessoas que desenvolvem transtornos alimentares, antes de iniciar a leitura acerca do processo dessa pesquisa em si (metodologia, coleta, análise de dados e discussão).

O quinto capítulo descreve a metodologia escolhida. São apresentados no sexto capítulo informações do diário de campo: o processo da coleta de dados. Nos capítulos sétimo e oitavo são apresentadas a análise e compreensão de cada caso e discussão dos três casos, respectivamente. E, finalmente, no nono capítulo são apresentadas as considerações finais.

Espera-se que essa investigação possa proporcionar uma interiorização pensante acerca do universo ainda pouco conhecido e tão complexo dos homens que sofrem de transtornos alimentares e de sua relação com a corporeidade, além de oferecer subsídios aos profissionais de saúde para uma reflexão aprofundada acerca do manejo com tais pacientes, visando apoio emocional e físico às pessoas do sexo masculino com anorexia e bulimia nervosas.

1 OBJETIVOS

Visando conhecer os modos de subjetivação emocional de pacientes masculinos que desenvolveram anorexia e ou bulimia nervosa, este estudo tem como objetivo principal compreender o modo peculiar como o adolescente com transtorno alimentar está alojado em sua corporeidade. E tem por objetivos secundários:

a) Investigar como tais pacientes vivenciam o seu corpo e imagem corporal e como essa vivência influencia o início e evolução desses transtornos alimentares, o tratamento e sua participação no mesmo.

b) Investigar como os familiares e profissionais de saúde (psicólogo, médico nutrólogo, nutricionista e psiquiatra), responsáveis por seu atendimento no GRATA (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares), percebem a problemática dos participantes desta pesquisa em relação à corporeidade.

2 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES (TA)

“Patologias dos contrários, dos paradoxos, construções psíquicas fundadas ao mesmo tempo nos excessos e nas faltas, antagonismos e incoerências que ocupam o lugar central dessas perturbações, anorexia e bulimia constituem-se como o protótipo da configuração ilógica do inconsciente, expressões ilustrativas da dinâmica profunda da mente perturbada por culpas e penitências”.

Marina Miranda, 2004

2.1 Anorexia nervosa (AN)

A anorexia nervosa foi o primeiro transtorno alimentar a ser descrito no século XIX. No entanto, há referências históricas anteriores a esse período. Em 1689, Richard Morton relatou um quadro clínico o qual chama de “*nervous consumption*” (consumpção nervosa), que parece ser o que contemporaneamente denominamos de anorexia nervosa, pois, em seu relato, o autor utiliza a clara imagem de “um esqueleto com apenas uma camada protetora de pele” (BRUCH, 2001, p. xix).

A anorexia nervosa é caracterizada pela acentuada perda de peso de forma voluntária, através de dietas rígidas cujo objetivo é a magreza (BORGES et al., 2006; CORDÁS, 2004; MODAM-MOSES et al., 2007). Na verdade, o termo anorexia, que etimologicamente significa perda de apetite, não é o mais adequado do ponto de vista psicopatológico, uma vez que não existe a inapetência de fato, pelo menos nos primórdios da doença. O que existe é um controle obsessivo exercido pelo sujeito sobre o corpo e a negação da fome (CORDÁS, 2004). É mais encontrada em adolescentes e jovens adultos do sexo feminino (BORGES et al., 2006; BUSSE; SILVA, 2004; MODAN-MOSES et al., 2007) numa prevalência de oito a dez vezes maiores sobre o sexo masculino (BUSSE; SILVA, 2004; PACCOLA, 2006). É

considerada uma síndrome psicossomática por compreender alterações somáticas, tais como desnutrição e, no caso das mulheres, amenorréia (ausência da menstruação), e também distúrbios psicológicos, tais como fobia, depressões, compulsões, preocupação obsessiva com os alimentos e distorção da imagem corporal. É considerada atualmente como um transtorno multifatorial, no qual estão envolvidos fatores biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais (MORGAN; NEGRÃO; VECCHIATTI, 2002; RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1990;).

A anorexia nervosa pode ser do tipo restritivo ou purgativo (BORGES et al., 2006; BUSSE; SILVA, 2004; RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1990). A anorexia restritiva é de acordo com o DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), caracterizada pela restrição dietética, jejuns ou prática de exercícios excessivos, já a anorexia purgativa/compulsiva ocorre quando há vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos e/ou anorexígenos após a ingestão excessiva e incontrolável de alimentos (BUSSE; SILVA, 2004; CORDÁS, 2004; RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1990). Segundo DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), algumas pessoas que fazem parte deste subtipo, apesar de não se alimentarem de maneira compulsiva, realizam purgações após a ingestão de pequenas quantidades de alimento. De acordo com Bruch (1973, p. 253), alguns pacientes expressam esses sintomas verbalizando: “Eu não me arrisco a comer” ou “Se eu comer só um pequeno pedaço eu tenho medo de não conseguir parar mais”.

Dentre as manifestações clínicas de transtornos da imagem corporal encontradas na anorexia nervosa, incluem-se percepções distorcidas de tamanho e crenças errôneas sobre a forma física (BORGES, et al., 2006; CORDÁS, 2004; GARNER; GARFINKEL, 1981; RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1990).

O diagnóstico de AN, de acordo com o DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), é caracterizado pela recusa em manter o peso corporal, ideal ou

acima do peso mínimo para idade e altura; medo excessivo de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo quando abaixo do peso ideal; distúrbios da imagem corporal. No caso das mulheres: amenorréia (ausência de pelo menos três ciclos menstruais).

A CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993) inclui a AN no grupo inespecífico de sintomas ou síndromes especiais e seu diagnóstico é caracterizado por: 1) peso corporal pelo menos 15% abaixo do normal ou índice de massa corporal de Quetelet em $17,5\text{kg/m}^2$ ou menos; 2) Perda de peso auto-induzida: abstenção de alimentos que são vistos como alimentos “que engordam”, seguidos ou não por um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida; 3) Excesso de exercício físico; 4) Uso de anorexígenos e ou diuréticos; 5) Distorção da imagem corporal. É um transtorno endócrino generalizado que se manifesta nas mulheres na forma de amenorréia e nos homens como perda de interesse e potência sexual. Pode haver também níveis elevados de hormônio de crescimento, níveis aumentados de cortisol e alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoidiano e anormalidades na secreção de insulina. No caso de se iniciar antes da puberdade, o desenvolvimento físico é detido ou diminuído, tendo continuação normalmente em casos de recuperação, porém a menarca será tardia.

2.2 Bulimia nervosa (BN)

A palavra bulimia tem origem no termo *boulimos*, utilizado séculos antes de Cristo para designar uma fome doentia, a “fome de boi”, que é diferente da fisiológica (CORDÁS, 2004).

A bulimia nervosa é caracterizada pela intensa ingestão de alimentos de forma incontrolável (episódios bulímicos) e preocupação excessiva com o peso e imagem corporal, o que leva tais pessoas a utilizarem métodos para compensar tamanha ingestão de alimentos

(vômitos auto-induzidos, diuréticos, laxantes, inibidores de apetite, dietas e exercícios físicos frenéticos) (CORDÁS, 2004; PACCOLA, 2006).

A BN pode ser do tipo purgativo, caracterizado por vômitos ou abuso de laxativos e/ou diuréticos, ou do tipo não purgativo, caracterizado por jejum ou exercícios físicos excessivos (BORGES et al., 2006; BUSSE; SILVA, 2004).

A idade de apresentação tende a ser mais tardia do que a da AN, ao redor dos dezoito anos (BUSSE; SILVA, 2004; PACCOLA, 2006). No entanto, há casos de pacientes que apresentam quadros bulímicos com início aos dez anos de idade (BUSSE; SILVA, 2004).

Pessoas que apresentam quadros de anorexia nervosa podem apresentar quadros bulímicos, mas o inverso não ocorre. O que os difere é o peso. Para se diagnosticar alguém como anoréxica, essa pessoa deve estar 15% abaixo de seu peso considerado normal, o bulímico não. Para se diagnosticar uma pessoa com bulimia, a mesma deve exibir sintomas bulímicos, não importando se é obesa ou não, anoréxica ou não. Um outro aspecto importante no diagnóstico de bulimia nervosa é um mínimo de dois episódios bulímicos por semana por pelo menos três meses consecutivos (FARRELL, 1998).

O diagnóstico de BN, de acordo com o DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), caracteriza-se por: 1) recorrentes episódios de compulsão alimentar (a pessoa come, em períodos de duas horas, grandes quantidades de alimentos) com sentimento de perda do controle alimentar durante o episódio; 2) Comportamento compensatório para prevenir o ganho de peso: vômito auto-induzido, abuso de laxantes, jejum, uso de drogas como anorexígenos ou diuréticos, e exercícios físicos excessivos; 3) A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios ocorrem pelo menos duas vezes na semana, por pelo menos três meses; 4) Auto-avaliação é erroneamente influenciada pelo peso do corpo e pela forma.

Segundo a CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993) o diagnóstico de BN caracteriza-se por: 1) preocupação persistente e um desejo irresistível de comida; 2) Consumo de grandes quantidades de alimento em curtos períodos de tempo; 3) Tentativa de neutralizar os efeitos desse grande consumo de alimentos através de: vômitos auto-induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição, uso de drogas, tais como anorexígenos ou diuréticos; 4) Pavor mórbido de engordar; o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso definido abaixo do peso considerado saudável.

2.3 Situações atípicas

Pessoas nas quais um ou mais aspectos-chave da anorexia nervosa ou da bulimia nervosa estão ausentes, mas que ainda assim apresentam um quadro clínico razoavelmente típico, recebem o diagnóstico de anorexia nervosa atípica e bulimia nervosa atípica, de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993). O DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) descreve esses transtornos como transtornos alimentares não especificados, representando síndromes parciais de AN e BN.

2.4 Anorexia nervosa e bulimia nervosa em pessoas do sexo masculino: um capítulo à parte?

De acordo com Bruch (1973), a anorexia nervosa em homens exige uma discussão à parte. Seus achados apontam que esses indivíduos, apesar de terem histórias de bom desempenho durante a vida, tendem a apresentar dúvidas acentuadas sobre sua adequação e competência pessoal. Assim, ao controlarem o peso, mantêm o sentimento de que podem controlar pelo menos a si próprios. Segundo a autora, as famílias, apesar de demonstrarem

equilíbrio e estabilidade, normalmente apresentam um padrão em que algum adulto, na maioria dos casos a mãe, tende a ser controladora e a não levar em consideração os desejos e necessidades subjetivas do filho.

A revisão da literatura foi realizada visando à obtenção de um panorama geral dos estudos já realizados sobre anorexia e bulimia em homens. Assim, sete temas centrais foram destacados: (1) incidência, prevalência e gênero, (2) idade da primeira crise, (3) etiopatogenia e fatores desencadeantes, (4) características clínicas e psicológicas, (5) complexidade diagnóstica, (6) comorbidades, (7) tratamento.

2.4.1 Incidência, prevalência e gênero

Do ponto de vista da incidência e prevalência, a anorexia nervosa é mais encontrada em adolescentes e jovens adultos do sexo feminino (BORGES et al., 2006; BUSSE; SILVA, 2004). A incidência de novos casos de anorexia nervosa em mulheres jovens, de acordo com estudos publicados nos Estados Unidos e na Europa, pode variar de 1,43 (WILLI; GIACOMETTI; LIMACHER, 1990) a 50 (SZMUKLER et al., 1986) por 100 mil pessoas anualmente. A incidência de bulimia nervosa é de 2 a 4% em países desenvolvidos (DOYLE; BRYANT-WAUGHT, 2000; SZMUKLER et al., 1986).

Estima-se que a incidência mundial de AN seja em torno de 1:100.000, sendo que estudos demonstram que 47% desses casos apresentam quadros de BN (CRISP; KALUCY; PALMER, 1976). Contudo, esses dados não discriminam pacientes masculinos de femininos. Estudos apontam que a proporção homem/mulher com transtornos alimentares é de 1:10, podendo variar, de acordo com os critérios utilizados, entre 1:6 e 1:20 (ANDERSEN, 1999; ANDERSEN; COHN; HOLBROOK, 2000; COPPERMAN, 2000).

Bruch (1973) discute ainda a razão de a anorexia nervosa ser muito menos freqüente em homens do que em mulheres. Para essa autora, isso pode estar relacionado com a puberdade, com os efeitos psicobiológicos dos hormônios masculinos. A autora postula que uma relação de apego altamente dependente da mãe (*slave-like attachment to a mother*) talvez seja mais provável de se desenvolver em meninas, assim como esforços para resolver problemas psicológicos por meio da manipulação do corpo (BRUCH, 1973, p. 304). Andersen e Holman (1997) apontam para o fato de que essa acentuada discrepância de gêneros pode refletir o impacto diferenciado da mídia em mulheres e homens. Análises de revistas direcionadas para jovens mulheres entre 18 a 24 anos e jovens adultos masculinos nessa mesma faixa etária mostram que as mulheres estão dez vezes mais expostas a anúncios que enfatizam a magreza do que os homens (ANDERSEN; HOLMAN, 1997).

De acordo com Bruch (1973) e Andersen (1984), a anorexia e bulimia nervosas em adolescentes do sexo masculino devem ser vistas como uma forma ineficaz que esses jovens encontram para lidar com a puberdade, acreditando que terão controle sobre as mudanças a partir do controle alimentar excessivo e/ou restritivo.

2.4.2 Idade da primeira crise

Estudos realizados por diferentes autores demonstram uma indefinição com relação à idade de início da anorexia e bulimia em pessoas do sexo masculino. Carlat, Camargo e Herzog (1997) denotam que a idade de início desses transtornos alimentares em adolescentes e jovens do sexo masculino encontra-se, na maioria dos casos pesquisados, entre o final da adolescência e o começo da idade adulta, não diferindo, portanto, da idade em que as mulheres geralmente desenvolvem o quadro. Crisp, Burns e Bhat (1986), em um estudo realizado com homens e mulheres que sofriam de anorexia nervosa, também encontraram que

a idade de início desse transtorno alimentar não varia de acordo com o gênero, assim como aponta Wilps (1990). No entanto, Bramon-Bosch, Troop e Treasure (2000), em outra pesquisa, encontraram que a anorexia e a bulimia nervosas em homens têm início mais tardiamente do que nas mulheres. Pope, Hudson e Jonas (1986) também encontraram que a bulimia nervosa em homens aparece mais tardiamente do que em mulheres.

2.4.3 Etiopatogenia, fatores desencadeantes

A anorexia e bulimia nervosas, independentemente de gênero, são determinadas por um conjunto de fatores de ordem biológica, psicológica, familiar e sócio-cultural (GORGAT; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002; MORGAN; RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1990; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Kearney-Cooke e Stein-Asch (1990) mencionam que homens que desenvolveram um transtorno alimentar tendem a ter experimentado reações negativas de seus amigos com relação a seu corpo durante seu crescimento.

De acordo com Melin e Araújo (2002) homens que têm profissões ligadas a uma grande preocupação e exigência com o peso ou forma corporal (atletas, bailarinos, modelos) apresentam mais chance de desenvolver um transtorno alimentar.

Ainda visando identificar a etiologia específica em homens que desenvolvem anorexia e bulimia nervosas, estudos, como os de Carlat, Camargo e Herzog (1997), foram realizados com a finalidade de investigar se a identidade sexual e as questões de gênero estariam relacionadas ao desenvolvimento desses transtornos. Esses autores, em um estudo realizado com 135 pacientes, também encontraram que muitas características dos transtornos alimentares são similares em homens e mulheres. Entretanto, os resultados dessa pesquisa assinalam que homossexuais e bissexuais masculinos tendem a estar mais vulneráveis ao

risco, especialmente para desenvolver bulimia nervosa (CARLAT; CAMARGO; HERZOG, 1997), provavelmente devido à maior pressão social em relação à magreza (ANDERSEN; HOLMAN, 1997; HERZOG; BRADBURN; NEWMAN, 1990; SCHNEIDER; AGRAS, 1987). Yager et al. (1988) encontraram que universitários homossexuais relataram uma maior prevalência de um comportamento bulímico e medo de ganhar peso do que o grupo controle de universitários. Homens homossexuais também tiveram uma pontuação mais elevada em muitas escalas do inventário sobre transtornos alimentares, de acordo com Garner, Olmstead e Polivy (1983).

É provável que jovens homossexuais internalizem mensagens sociais pejorativas sobre sua escolha sexual, o que pode contribuir na formação de uma auto-imagem negativa levando ao desenvolvimento de um transtorno alimentar (HERZOG; BRADBURN; NEWMAN, 1990). Assim, conflitos acerca da identidade ou orientação sexual podem ser desencadeantes no desenvolvimento de anorexia nervosa ou bulimia nervosa em muitos homens (HERZOG; BRADBURN; NEWMAN, 1990).

De acordo com Andersen e Holman (1997), histórias de abuso sexual antes do início desses transtornos ocorrem menos em homens do que em mulheres.

Segundo Kaufman (2006), Farrow (1992), Robinson e Holden (1986) (estudo com homens bulímicos) homens com transtornos alimentares provavelmente já foram gordos, um achado que não é encontrado nas mulheres. Além disso, enquanto que a maioria das mulheres deseja perder peso, os homens encontram-se igualmente divididos entre aqueles que manifestam esse desejo e aqueles que não apresentam tal preocupação.

2.4.4 Características clínicas e psicológicas

No geral, as características de pessoas do sexo masculino portadoras de transtornos alimentares são similares às do sexo feminino (ANDERSEN, 1984; ANDERSEN, 1990a; ANDERSEN; HOLMAN, 1997; CARLAT; CAMARGO; HERZOG, 1997; CRISP; BURNS, 1990; ELIOT; BAKER, 2001; FARROW, 1992; FISHER et al., 1995; GEIST et al., 1999; WILPS, 1990) e quanto mais doente for o paciente, menos diferenças clínicas existirão de acordo com o gênero (ANDERSEN; HOLMAN, 1997).

Todavia, com relação às complicações médicas, a literatura aponta que homens com AN são mais deficientes quanto à densidade mineral óssea do que mulheres com AN e BN (ANDERSEN; WATSON; SCHLECHTE, 2000) e, pacientes masculinos com BN, apresentam agravamento ainda maior na deficiência em densidade mineral óssea (ANDERSEN; WATSON; SCHLECHTE, 2000).

Com relação aos aspectos da personalidade, os homens tendem a ser mais perfeccionistas e desconfiados do que as mulheres (BEHAR; DE LA BARRERA; MICHELOTTI, 2002). Além disso, para Kearney-Cooke e Steichen-Asch (1990), homens que desenvolvem um transtorno alimentar tendem a ter uma personalidade dependente, defensiva e ambivalente acerca de si mesmo e dos outros.

Outra diferença observada entre homens e mulheres é em relação ao uso de laxantes e pílulas para emagrecer. Os homens normalmente fazem menos uso do que as mulheres, talvez pelo fato de que homens tendem a perder peso mais rápida e facilmente do que as mulheres, devido a seu metabolismo (BRAUN; SUNDAY; HALMI, 1999; CARLAT; CAMARGO, 1991; MORGAN; MARSH, 2006).

Andersen (1992) encontrou diferenças acerca do tipo de preocupações relacionadas à imagem corporal entre os gêneros. Pessoas do sexo masculino demonstram, na maioria das

vezes, menos desconforto com o peso ou tamanho das roupas e maior temor da “cintura para cima”. Preocupam-se em ter ombros largos e formas atléticas, enquanto que as mulheres são mais sensíveis e tendem a ter maior cuidado da “cintura para baixo” (quadril, coxas). Além disso, a distorção da imagem corporal no sexo masculino pode ocorrer em sentido inverso ao das mulheres (e alguns homens com AN), uma vez que se preocupam com a musculatura, a forma física, percebendo-se pequenos mesmo estando fortes, o que é denominado de transtorno dismórfico corporal. Tal achado é designado coloquialmente de “anorexia nervosa reversa” ou vigorexia (POPE; HUDSON; OLIVARDIA, 2000; POPE; PHILLIPS; OLIVARDIA, 2000). Todavia, alguns estudos, como os de Mangweth et al. (2001), assinalam que pessoas do sexo masculino com anorexia nervosa e bulimia nervosa, em muitos casos, assim como as mulheres, também se percebem mais gordas do que realmente são. Já autores como Woodside et al., (1990), Geist et al. (1999) e Behar, de la Barrera e Michelotti (2002) apontam que, na maioria dos casos, os homens tendem a se perceber com menos distorção, preocupam-se menos em emagrecer e estão mais satisfeitos consigo mesmos do que as mulheres.

Andersen (1990) afirma que, apesar das similaridades, existem aspectos relevantes – que se distinguem de acordo com o gênero, como foi visto acima, especialmente quanto à questão diagnóstica, que são específicos dos homens e necessitam de maior atenção e pesquisas.

2.4.5 Complexidade diagnóstica

Diversos são os fatores que contribuem para um possível erro diagnóstico em homens: (1) estudos apontam que a busca por tratamento ainda é maior por parte das mulheres do que por homens (LEWINSOHN et al., 2002), apesar de atualmente já existir um maior

encorajamento às pessoas do sexo masculino para expressarem-se emocionalmente (SCHMIDT, 1998); (2) Os motivos que levam os homens a fazer dieta parecem mais razoáveis do ponto de vista médico, mascarando possíveis transtornos alimentares (ELIOT; BAKER, 2001); (3) Os transtornos alimentares são mais comuns em atletas que mantêm uma dieta mais rígida e um controle rígido de peso, o que também dificulta o diagnóstico (ELIOT; BAKER, 2001; FARROW, 1992).

Uma ilustração desse fato foi dada por estudos realizados com fisiculturistas, que apontaram que esses indivíduos, em muitos casos, apresentam características similares às dos anoréxicos e bulímicos quanto ao comportamento alimentar, prática obsessiva de exercícios físicos e quanto à busca da imagem corporal perfeita, porém, de uma maneira reversa, ou seja, como foi mencionado acima, buscando corpos cada vez mais fortes, esculpidos e definidos (MANGWETH et al., 2001); (4) Os homens, em muitos casos, expressam seus conflitos em relação a tamanho e forma corporais de maneira diferente das mulheres (ANDERSEN, 1992; ELIOT; BAKER, 2001) e, finalmente, (5) um erro diagnóstico também pode ocorrer como resultado da crença popular de que anorexia e bulimia nervosas são transtornos que incidem apenas em mulheres que são emocionalmente vulneráveis ou fracas, o que aumenta a dificuldade dos homens em aceitar que sofrem desses transtornos e necessitam buscar apoio psicológico, médico e nutricional para superá-los (ELIOT ; BAKER, 2001; MUISE; STEIN; ARBESS, 2003).

Ainda em relação à maior complexidade diagnóstica existente em homens, há outro fator que guarda relação com um evidente viés de gênero: a amenorréia no período de três meses, um critério diagnóstico que não tem equivalência ou similaridade para homens. Para pessoas do sexo masculino, na maioria dos casos, pode haver em contrapartida diminuição do desejo, do funcionamento sexual e redução dos níveis de testosterona (ANDERSEN; HOLMAN, 1997). Já a CID-10 (OMS, 1993) afasta a questão de gênero ao considerar a

anorexia nervosa um transtorno endócrino generalizado, manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como perda de interesse e potência sexuais, pela diminuição dos níveis de testosterona.

No entanto, segundo Andersen e Holman (1997), seria preferível eliminar completamente o critério endocrinológico quando os pacientes preenchem os critérios psicopatológicos e de perda de peso necessários para o preenchimento do diagnóstico de anorexia nervosa.

2.4.6 Comorbidades

Para Andersen e Holman (1997), o uso abusivo de álcool e de substâncias psicoativas, bem como o transtorno de personalidade anti-social, tendem a ser maiores em pessoas do sexo masculino, quando se compara com as mulheres com transtornos alimentares. Carlat, Camargo e Herzog (1997) encontraram elevada incidência de depressão maior, além de abuso de substâncias químicas, transtornos de personalidade e de ansiedade, tanto no caso de mulheres quanto em homens. No entanto, caminhando com Andersen e Holman (1997), esses autores constataram uma maior proporção de abuso de substâncias psicoativas entre pessoas do sexo masculino e, em especial, nos bulímicos.

2.4.7 Tratamento

O objetivo do tratamento consiste no fortalecimento dos esquemas de autonomia pessoal e na busca pela individualização. Assim, o indivíduo será capaz de lidar com os problemas de seu desenvolvimento de uma forma direta em vez de indiretamente, por meio de um transtorno alimentar (ANDERSEN, 1984).

Achados, como os de Andersen e Holman (1997), demonstram que a base do tratamento para pacientes que sofrem de transtornos alimentares é similar, sejam eles homens ou mulheres. Essas pessoas precisam de uma reabilitação nutricional efetiva e segura, além de apoio psicológico que pode ser realizado através de psicoterapia individual ou em grupo. Na terapia em grupo, Andersen e Holman (1997) sugerem que grupos separados de acordo com o gênero podem trazer benefícios para os homens em relação a questões acerca do estigma social e da sexualidade, muitas vezes sentidas por esses rapazes como originadas da sociedade e também de pessoas do sexo oposto. Além disso, esses autores colocam o quanto as adolescentes podem se sentir pouco à vontade para falarem sobre sua vida sexual e relacionamentos afetivos na presença de pacientes do sexo masculino.

Vários autores como Andersen (1984), Farrow (1992), Natenshon (2001), Grando e Rolim (2005) colocam em relevo o papel extremamente importante da família ao longo do tratamento do paciente (homem ou mulher) com transtorno alimentar. Caminhando nesse sentido, outros estudos, como os de Eliot e Baker (2001), enfatizam o papel dos médicos, professores, amigos e familiares no sentido de encorajar adolescentes e jovens do sexo masculino a conversarem sobre suas preocupações acerca da imagem corporal e do peso. Os autores ressaltam que se deve sempre assegurar-lhes que tais questões são comuns em ambos os sexos, já que os homens tendem a não falar abertamente como as mulheres sobre questões corporais e emocionais.

2.5 Considerações finais sobre os achados a partir da revisão bibliográfica

Os dados sistematizados permitiram colocar em relevo as principais evidências encontradas na literatura em função do gênero, em termos de incidência, prevalência, idade da primeira crise, etiopatogenia, fatores desencadeantes, características clínicas e psicológicas,

complexidade diagnóstica, comorbidades e tratamento dos transtornos alimentares no sexo masculino.

No que concerne à incidência e prevalência, como foi visto, a literatura aponta que a proporção homem/mulher pode variar de acordo com critérios utilizados (ANDERSEN, 1999; ANDERSEN; COHN; HOLBROOK, 2000; COPPERMAN, 2000), o que demonstra uma indefinição que pode estar intimamente relacionada à complexidade diagnóstica. Os achados também não são conclusivos quanto às questões relacionadas aos conflitos corporais e à imagem corporal vivenciadas por pessoas do sexo masculino. Alguns estudos apontam uma semelhança entre os gêneros, enquanto outros apontam diferenças.

Quanto à idade de início desses transtornos alimentares, também se observam disparidades entre os achados de diferentes pesquisas. Alguns estudos apontam para uma semelhança entre os gêneros, ao passo que outros trazem evidências que dão sustentação à hipótese de que os homens tendem a desenvolver o transtorno alimentar mais tardiamente do que as mulheres, talvez porque a puberdade pode ser mais traumática para as adolescentes do que para os adolescentes (ANDERSEN, 1992).

Quanto à relação entre orientação sexual e maior risco de desenvolver anorexia e bulimia nervosas, a literatura assinala que homens homossexuais tendem a apresentar risco aumentado devido à pressão exercida pela comunidade, que tende a cultuar a magreza e também devido ao conflito acerca de sua identidade e orientação sexual, mas pode ser que os exemplos clínicos apresentados nos estudos não representem homens heterossexuais, os quais podem ser mais relutantes para buscar ajuda no tratamento de um sintoma que popularmente é considerado “coisa de mulher”, em comparação com os homossexuais, que não sentiriam esse desconforto (HERZOG; BRADBURN; NEWMAN, 1990). Assim, caminho com Carlat, Camargo, Herzog (1997), que apontam para a necessidade de desenvolver mais pesquisas sobre esse tema.

Foi possível observar a partir desse levantamento bibliográfico que ainda existem muitas questões acerca da anorexia e bulimia nervosas em homens que precisam ser levantadas e esclarecidas. Assim, as evidências encontradas na literatura fornecem apoio para necessidade de novos estudos conduzidos com a finalidade de ampliar a compreensão desse fenômeno, que possam também favorecer o entendimento de que a anorexia e a bulimia nervosas são transtornos alimentares que não atingem exclusivamente pessoas do sexo feminino, mas também podem acometer, com diferenças no colorido de sua apresentação sintomatológica, indivíduos do sexo masculino.

A leitura do segundo capítulo propiciou ao leitor se apropriar das características clínicas e psicológicas dos transtornos alimentares do ponto de vista psiquiátrico e compreender a complexidade e gravidade dessa síndrome.

No capítulo seguinte serão apresentados aspectos sobre o desenvolvimento emocional do ser humano, a importância de um ambiente favorável, o valor dos primeiros meses de vida de um lactente e a relação dos aspectos emocionais e os problemas de apetite. Buscando assim, a partir do referencial teórico de Winnicott, oferecer ao leitor a possibilidade de iniciar uma reflexão acerca da construção do desenvolvimento emocional humano e sua possível relação com os transtornos alimentares.

3 O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

“Mire e veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou”.

João Guimarães Rosa, (1956)

3.1 A teoria do amadurecimento em Winnicott

Para Winnicott todo ser humano possui uma tendência inata ao amadurecimento. Sua teoria do amadurecimento (teoria do amadurecimento pessoal normal) recai sobre os estágios iniciais, porque é nessa fase que estão sendo constituídas as bases da personalidade e da saúde psíquica (DIAS, 2003).

A teoria de amadurecimento de Winnicott caminha intimamente com a teoria dos distúrbios psíquicos, em especial as psicoses. Winnicott, a partir de um trabalho longo observando mães e bebês, descobre a existência de distúrbios emocionais precoces, por isso nunca se deixou convencer pela centralidade do complexo de Édipo (de que tudo era em função do complexo de Édipo que ocorre aos dois, três ou quatro anos e da regressão com respeito ao Édipo). Isso porque, a partir desse longo contato com mães e bebês, ele observou que vários bebês já começaram doentes desde muito cedo (DIAS, 2003). Assim, “o esforço teórico de Winnicott caminhou na direção de explicitar o que se passa com um bebê no início mesmo da vida e qual é a natureza específica da dificuldade com que os recém-nascidos lidam ou que os aflige” (DIAS, 2003, p. 57).

Sabe-se que na maioria das crianças o relacionamento entre pessoas totais ocorre por volta de seis meses de idade. No entanto, para Winnicott (2000a), quando um ser humano percebe-se como uma pessoa relacionada a outras, um grande caminho já foi percorrido em

seu desenvolvimento. Esse autor procura então examinar o que ocorre com o indivíduo até que seja capaz de se reconhecer como pessoa e reconhecer o outro.

A teoria do amadurecimento pessoal tem como fundamento duas concepções de base: a tendência inata ao amadurecimento e a existência contínua de um ambiente facilitador. Como já mencionado, todo indivíduo humano possui uma tendência inata ao amadurecimento, o que significa que o homem é um ser temporal e os fenômenos humanos representam um desdobramento temporal da natureza do homem (DIAS, 2003). Para Winnicott (1990, p. 21) “a natureza humana é quase tudo que possuímos” que “consiste essencialmente numa tendência inata à integração numa unidade ao longo de um processo de amadurecimento, sendo uma amostra temporal da natureza humana” (DIAS, 2003, p. 94). Apesar de a tendência ser inata, o bebê não se desenvolverá apenas com a passagem do tempo, é preciso um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Sem esse ambiente facilitador o bebê não se desenvolverá nem mesmo como bebê, é preciso uma sustentação para que o lactente possa tornar-se unido e real, alcançando a identidade unitária, ou seja, a separação entre o eu e o não eu que caracteriza o final dos estágios iniciais (DIAS, 2003).

Para Winnicott o processo de desenvolvimento começa muito cedo, em algum momento após a concepção, e continua até sua morte natural, o último acontecimento a ser integrado (DIAS, 2003). Sendo parte dos estágios primitivos de dependência total do bebê: (1) a solidão essencial, a experiência do nascimento e o estágio da primeira mamada. Dos estágios iniciais quando o bebê depende relativamente: (2) o estágio de desilusão e de início dos processos mentais, (3) o estágio da transicionalidade, (4) o do uso do objeto, (5) o estágio do EU SOU e finalmente, já caminhando à independência vem o (6) estágio do concernimento. A seguir vêm os estágios de independência relativa: (7) o estágio edípico, (8) o de latência, (9) a adolescência, (10) o início da idade adulta, (11) a adultez e (12) a velhice,

em que algo de dependência retorna, e a morte. Winnicott não sabe exatamente quando tais estágios iniciam, por isso ele usa o termo estágios ao invés de definir idades (DIAS, 2003).

O amadurecimento, para Winnicott, é uma jornada da dependência absoluta rumo à independência relativa que é o estado em que a pessoa saudável se mantém ao longo da vida (DIAS, 2003). Segundo a concepção winnicottiana, amadurecer não é um processo linear e nem um sinônimo de progresso, mas sim poder regredir sempre que a vida exigir um descanso devido à sobrecarga ou tensões ou para resgatar aspectos perdidos. Dessa forma, o amadurecimento emocional não depende da idade. Em todo ser humano, de qualquer idade, é possível encontrar todas as formas de necessidades, das mais primitivas às mais tardias (DIAS, 2003).

Assim, as tarefas fundamentais de cada estágio nunca podem ser deixadas para trás e consideradas completas ou resolvidas, elas nunca se estabelecem como conquistas resolvidas, permanecendo presente durante toda a vida de cada indivíduo (DIAS, 2003). No entanto, algumas conquistas, principalmente as primitivas só podem ser alcançadas após outras.

A resolução das tarefas de cada estágio depende de ter havido sucesso na resolução de tarefas dos estágios anteriores. Se ocorre o fracasso, novas tarefas vão surgindo, mas o indivíduo, não tendo feito a aquisição anterior, carece da maturidade para fazer-lhes frente; ele pode resolvê-las intelectualmente, mas elas estarão apoiadas em bases falsas e não farão parte intrínseca do seu si mesmo como aquisições pessoais (DIAS, 2003, p. 102).

Portanto, havendo a falha na conquista de alguma tarefa do amadurecimento, há o não fortalecimento egóico e, assim, o estabelecimento de um distúrbio emocional (DIAS, 2003).

3.2 O desenvolvimento emocional inicial

Para Winnicott (2000a) o desenvolvimento emocional primitivo do lactente, antes que ele se reconheça e perceba o outro como uma pessoa inteira, é fundamental para seu amadurecimento emocional sadio, e, segundo o referido autor, é nessa etapa que serão encontrados os fios que levam à compreensão da psicopatologia da psicose.

Winnicott chama esse período, durante o caminhar para a integração, de estado de não-integração. Onde não existe nada separado como não-eu, e, assim, não há um eu (DIAS, 2003).

Segundo este mesmo autor há “três processos cujo início começa muito cedo: integração, personalização e realização (apreciação do tempo e espaço e de outros aspectos da realidade)” (WINNICOTT, 2000a, p. 222-223). A maneira que o indivíduo experiencia esses três processos repercutirá na forma que se localiza em seu próprio corpo e em sua existência.

O processo de integração se inicia imediatamente após o começo da vida e é ajudada por dois conjuntos de experiências: handling e holding (técnica pela qual alguém maneja a criança, mantém o bebê aquecido, o segura, dá banho, balança-o e o chama pelo nome) e “também as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro” (WINNICOTT, 2000a, p. 224).

Tão importante quanto a integração é o desenvolvimento do sentimento de estar dentro do próprio corpo. Segundo o referido autor:

novamente é a experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente que constroem, gradualmente, o que poderíamos chamar de personalização satisfatória. Assim como a desintegração, o fenômeno psicótico da despersonalização também está relacionado ao retardamento da personalização no início da vida (WINNICOTT, 2000a, p. 225).

A realização é a “tomada de consciência de que a coisa ou fenômeno em questão não é produzida pela imaginação do sujeito” (WINNICOTT, 2000a, p. 223-229).

3.3 Processo de ilusão e desilusão

Segundo Winnicott (2000a), a não ser no caso dos devaneios, o ser humano não cria as fantasias para lidar com frustrações do meio externo. Isto porque a fantasia surge antes da realidade, e seu enriquecimento depende da experiência de ilusão. Essa experiência apenas acontece na mente do lactente se existir um ser humano que apresente o mundo ao bebê de forma adequada às necessidades deste e compreensível. Por exemplo: quando o bebê está com fome, vem ao seio materno, pronto para alucinar algo que pode ser atacado. Nesse momento surge o bico real (apresentado pela mãe) e ele então sente que esse seio era exatamente o que ele estava alucinando (WINNICOTT, 2000a). A mãe, portanto, vai se adaptando ao bebê e assim proporcionando a este a possibilidade de ter a ilusão de que seu seio é dele,

como se este estivesse sob seu controle mágico. O mesmo pode ser dito em termos de cuidados em geral, nos momentos tranquilos entre as excitações. A onipotência é quase um fato da experiência. A tarefa da mãe será posteriormente desiludir o bebê, mas ela não terá qualquer chance de ser bem sucedida, caso não tenha sido capaz de oferecer inicialmente a possibilidade da ilusão (WINNICOTT, 2000a, p. 327).

Esse sentimento de desilusão é fundamental no desenvolvimento de uma mente sadia. Para que o processo de desilusão ocorra, como escrito acima, é preciso que o bebê experiencie o processo de ilusão. Dito de outra forma é preciso que o “bebê experiencie a *ilusão* de que existe uma realidade externa que corresponde a sua capacidade de criar” (WINNICOTT, 2000b, p. 328). Havendo assim, segundo Winnicott (2000b), uma relação entre o que a mãe oferece ao lactente e o que este pode conceber ali naquele momento. O bebê apenas pode conceber o seio da mãe quando este seio poderia ser criado. Assim, psicologicamente, o bebê

está mamando em um seio que é parte dele mesmo, e por outro lado, a mãe oferece leite a um bebê que é parte dela mesma. Observa-se que dessa forma a idéia de um intercâmbio entre a mãe e o bebê está baseada em uma ilusão.

Dessa forma, para Winnicott, é fundamental que o bebê experiencie o sentimento de que recebe o leite devido aos seus esforços para sugar, vivendo um tipo de satisfação que o levará a sentir-se real. A satisfação é uma consequência de seu empenho e, por isso, não é uma satisfação ilusória, pois existiu seu empenho pessoal (ABRAM, 2000).

Essa satisfação, oriunda de um sentimento de que criou algo devido a seus esforços, está intimamente vinculada com o processo de desilusão. É uma satisfação que faz com que o lactente sinta-se real, faz com que o bebê desenvolva um sentimento de *self* em relação ao mundo (ABRAM, 2000). Isto se deve pelo fato de ser uma satisfação sentida como uma insatisfação porque vem de uma não satisfação de suas necessidades. O bebê sente-se frustrado e precisa esforçar-se para conseguir o que necessita, desenvolvendo, assim, o seu sentir-se real no mundo.

Conforme o indivíduo vai se integrando, pessoalizando-se e tendo um bom início na tarefa de realização, ainda existe um longo caminho antes de começar a relacionar-se como pessoa total com uma mãe total, e começar, assim, a importar-se com as consequências de seus próprios pensamentos e atos sobre ela (concernimento) (WINNICOTT, 2000a). É importante ressaltar que a presença de uma mãe (ou substituta da mãe) suficientemente boa é essencial para o desenvolvimento do bebê.

Assim, segundo Winnicott (2000a), a mãe é vitalmente importante no desenvolvimento emocional deste, principalmente no início do desenvolvimento. Seu rosto é o precursor do espelho. “As modificações principais realizam-se quanto à separação da mãe como aspecto objetivamente percebido. Se ninguém está ali para ser mãe, a tarefa

desenvolvimental do bebê torna-se infinitivamente complicada” (WINNICOTT, 1975, p. 153).

3.4 O conceito winnicottiano de ambiente

O conceito de ambiente inicial, segundo a ótica de Winnicott, deve ser entendido considerando-se dois aspectos essenciais: “(a) ele não é externo e nem interno; (b) ele é a instância que sustenta e responde à dependência: o bebê necessita totalmente de um outro que ainda não é um outro separado ou externo a ele” (DIAS, 2003, p. 131). Dessa forma, segundo Dias (2003), a realidade do *self* e do ambiente externo são formadas ao longo de um processo de amadurecimento a partir da relação mãe-bebê.

Assim, o amadurecimento não ocorre em um espaço intrapsíquico, mas sim inter-humano, entre a mãe e o bebê (DIAS, 2003). A mãe suficientemente boa é o ambiente facilitador inicial, capaz de uma adaptação inicialmente absoluta às necessidades do bebê e, um pouco mais tarde, capaz de uma adaptação relativa acompanhando a capacidade maturacional crescente do bebê, conforme o lactente vai se tornando capaz de tolerar as falhas de adaptação e de tolerar os resultados da frustração (DIAS, 2003).

Winnicott usa termo necessidades ao invés de satisfação de desejos, porque, para ele, o bebê, que está nos estágios iniciais do desenvolvimento, ainda não tem desejos, é um ser imaturo em estado de dependência absoluta (DIAS, 2003).

A função ambiental da mãe envolve: o segurar “tocar” (holding), o manejo (handling) e a apresentação dos objetos (*object presenting*). Será através deste contato com a mãe, do olhar desta, que ele se reconhecerá. Ele verá seu eu no rosto da mãe (WINNICOTT, 1975).

O papel do pai neste momento é de dar sustentação, proteção e apoio moral e emocional à mãe, ser um provedor, além de fazê-la se sentir feliz consigo mesma e seu próprio corpo, assim, a mãe, poupada de ter que se ocupar do mundo externo, pode ocupar-se

profundamente com o bebê que carrega em seus braços. Com relação ao bebê, nessa fase, o pai ainda não existe como pai para este, uma vez que o bebê não sabe nem mesmo da existência da mãe, só reconhecendo os cuidados que recebe. Quando o pai começa a participar de forma mais ativa com relação ao bebê, este começa a experimentar um elemento, que é paterno, se inserindo na formação do si-mesmo e que colabora para o sentimento de proteção do lar e para o significado de família para o bebê. Na fase do concernimento, depois de tornar-se um ser unitário, quando a criança está desenvolvendo a habilidade de assumir as responsabilidades pela sua destrutividade, o papel do pai é de extrema importância devido a sua firmeza e capacidade de intervir e colocar limites. A criança conta com o pai para conter seus impulsos contra a mãe (DIAS, 2003).

3.5 A importância do espaço e objeto transicional no desenvolvimento

A partir da observação do uso pelo lactente dos primeiros objetos, Winnicott construiu uma teoria que considera o espaço intermediário entre o mundo interno e externo. Winnicott observa que os bebês e crianças estabelecem uma relação repleta de subjetividade com objetos concretos e reais, portanto, não são objetos internos. Essa relação com as primeiras posses acontece em uma área intermédia, entre realidade psíquica e realidade externa, área entre o eu e o não-eu, que articula a ausência e presença da mãe (ABADI, 1998). Essa área é chamada de “espaço transicional”. Winnicott faz referências aos objetos como “objetos transicionais” e toda experiência que ocorre nesse espaço é chamada de “fenômenos transicionais”.

Para Winnicott, os fenômenos da transicionalidade são fundamentais para o desenvolvimento humano, pois levam a pessoa para um novo sentido da realidade que tem suas raízes no mundo subjetivo do lactente (DIAS, 2003). No entanto, o bebê só desenvolverá a condição interna de viver os fenômenos da transicionalidade e se distrair com os objetos

transicionais, se for oferecido a ele um sentido de segurança e sustentação, caso contrário, ele sentirá que não pode se ausentar porque tem que ficar alerta se protegendo de possíveis invasões de seu ambiente (DIAS, 2003).

Estes fenômenos não pertencem à linha instintual do amadurecimento, mas sim à linha direta da realização da tarefa. No início, a tarefa de contato com a realidade é favorecida porque a mãe apresenta o mundo ao lactente e este não precisa saber que este objeto foi encontrado ao invés de criado por ele, assim ele passa a se relacionar com a realidade externa por via da criatividade e não da submissão (DIAS, 2003). Posteriormente, no estágio EU SOU, ele terá que lidar com o fato de sua existência separada em relação ao mundo, “e seu grande desafio será relacionar-se com a objetividade do mundo externo da realidade externa, sem perda da espontaneidade pessoal e da criatividade originária” (DIAS, 2003, p. 233).

Os fenômenos da transicionalidade encontram-se, como já mencionado, exatamente neste meio de caminho, entre a realidade subjetivamente concebida e a realidade objetivamente percebida, e funcionam como uma passagem intermediária e facilitadora. Eles são oriundos de uma área de ilusão de onipotência e começam a ocorrer por volta dos oito e dez meses, quando o processo de desilusão já está acontecendo. Os fenômenos transicionais têm a função de oferecer continuidade à experiência de ilusão, modificando gradualmente o grau de onipotência. Além disso, são caracterizados pelo apego ao objeto transicional e significam o início da capacidade de simbolização. Os fenômenos transicionais desenvolvem-se na capacidade de brincar e criar, conforme o amadurecimento prossegue, em todo espaço cultural. Dessa forma, os objetos transicionais e o brincar abrem caminho para a capacidade do adulto de usar a cultura, artes, religião, etc. No entanto, essa capacidade se desenvolve a partir de uma experiência inicial e essencial para o bebê, a experiência de ilusão. Isto porque é fundamental que a criança comece vivendo num mundo subjetivo em que se percebe como a criadora de todas as coisas (DIAS, 2003).

Dessa forma, Winnicott (2000b) introduz os conceitos de “objeto transicional” e “fenômeno transicional”:

Para designar a área intermediária da experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação objetual, entre a atividade da criatividade primária e a projeção do que já teria sido introjetado, entre a não consciência primária da dívida e o reconhecimento da dívida (Diz “bigado”!) (WINNICOTT, 2000b, p. 317).

Segundo Zimmerman (2001, p. 298), o objeto está representando

(...) uma transição entre o mundo do imaginário e o da realidade. Comumente consiste num bico, travesseiro, ursinho de pano, algum brinquedo, e ocupa o lugar e uma função no espaço transicional (espaço de ilusão).

A contribuição desse objeto psíquico é extremamente importante para a criança, e é um dos requisitos necessários à ação criativa (WINNICOTT, 2000b), pois o objeto transicional representa um momento evolutivo estruturante (ZIMMERMAN, 2001). Para Safra (2005, p. 85), o objeto transicional “é articulador de sonho, abre realidades, sentidos e significações”.

Normalmente, é apresentado pela mãe e deve ser mantido da forma que é sem ser lavado ou alterado. Os pais sabem que se tal objeto for alterado ou esquecido (no caso de uma viagem, por exemplo), causará uma ruptura na experiência do bebê, que poderá levar à destruição do valor e do significado que esse objeto assume no mundo interno da criança. Deve dar a impressão à criança de proporcionar calor, mover-se, ter vida própria e, sobretudo, deve sobreviver ao amor e ao ódio infantil. Seu destino é ser gradualmente descateixizado, conforme se desenvolvem os interesses culturais (WINNICOTT, 2000b).

É importante ressaltar que o significado do objeto transicional, para Winnicott, não se encontra no fato de ser uma coisa, “sua *coisidade* é crucial apenas porque ela ajuda a criança a

sustentar uma realidade interna que se amplia e evolui, e a auxilia a diferenciá-la do mundo que não é o eu” (KHAN, 2000, p. 21). Assim, para Winnicott, o objeto em si não é relevante, mas sim, o uso que se faz do objeto (KHAN, 2000). Winnicott acredita que o uso de objetos implica numa capacidade mais sofisticada do que simplesmente relacionar-se com objetos, pois o uso de objetos implica no fato de que o objeto é parte de uma realidade externa, enquanto que o relacionar-se pode ser com objetos subjetivos. Ao usar o objeto, a pessoa está lidando com sua capacidade destrutiva e a realização de que o objeto sobrevive, e, assim, pode ser usado. Portanto, Winnicott dá um valor positivo à destrutividade.

Finalmente, segundo Winnicott, o objeto transicional pode se desenvolver patologicamente em quadros de adições, roubos e fetichismo, quando, ao invés de ser transitório, que é sua característica essencial, ele se torna permanente e definitivo (ZIMERMAN, 2001). Nesse caso, é chamado de objeto fetiche. Este objeto, segundo Safrá (2005) tem a função de fazer com que o sentido de continuidade corporal seja garantido, “é uma tentativa de preencher os buracos na organização do corpo da criança” (SAFRA, 2005, p. 85).

3.6 Os estados excitados e os estados tranqüilos

Para Winnicott (1990), ao fazer uma descrição de um bebê, é importante fazer uma distinção entre estados de excitação e não-excitação (tranqüilo).

Os estados de excitação provêm de um impulso apoiado por uma onda instintual. Desenvolve-se uma tensão instintiva que se transforma em uma urgência (DIAS, 2003). Assim, o bebê, em estado de dependência absoluta da mãe, é tomado por uma intensa expectativa, já que ele não tem conhecimento algum acerca de sua necessidade ou do que aguardar. O bebê não tem conhecimento de sua existência e muito menos da existência de

objetos, internos ou externos (DIAS, 2003). Assim, expressa tal expectativa na forma de gestos espontâneos, “preparado para encontrar algo em algum lugar, mas sem saber o que” (WINNICOTT, 1990, p. 120).

Assim, nesse momento, o bebê está preparado para criar, e a “mãe torna possível para o bebê ter a ilusão de que o seio, e aquilo que o seio significa, foram criados pelo impulso originado na necessidade” (WINNICOTT, 1990, p.121).

De acordo com Winnicott, cabe à mãe suficientemente boa adaptar-se tão intimamente às necessidades (emocionais) do bebê, permitindo que este viva a ilusão de ter criado um objeto externo, mas, quando a mãe não é boa o suficiente no sentido de suprir as necessidades (emocionais) do bebê, este não “será capaz de manter relacionamentos excitados com objetos ou pessoas naquilo que nós, como observadores, chamamos o mundo real, externo ou compartilhado, ou seja, o mundo não criado pelo bebê” (WINNICOTT, 1990, p. 121).

Segundo Winnicott (1990) não existe expectativa similar no estado tranqüilo ou de não-excitação. “Mais ou menos no momento certo, a mãe oferece o seio” (WINNICOTT, 1990, p. 120). Nesses estados a necessidade do bebê

é de ficar no estado não integrado, no relaxamento próprio de quem se sente bem sustentado. Ele se entrega à contemplação, elaborando imaginativamente os estados fisiológicos da digestão, ou envolvido pelos ruídos, cheiros, movimentos do ambiente (...) a mãe permanece lá, sustentando a situação no tempo, aguardando que o bebê retome a uma busca qualquer. Quando ele desperta e faz um gesto de comunicação, lá esta ela, apresentado-lhe um fragmento do mundo ou um manejo que confirma para ele, que o mundo continua presente ou vivo (DIAS, 2003, p. 191).

Nos estados tranqüilos, o bebê está descansando, relaxado, entregue e seguro. E é só a partir deste estado de descanso que

um impulso qualquer pode ser sentido como real e pode tornar-se, verdadeiramente, uma experiência pessoal (...) se isto não ocorre, a outra alternativa que não pode ser incluída na saúde, é a vida falsa, fundamentada em reações a estímulos externos” (DIAS, 2003, p. 191, 192).

Cabe à mãe sentir o momento apropriado de dar o seio ao bebê quando este se encontra em estado tranqüilo, sem invadir esse momento de quietude e retirada do bebê.

3.7 Capacidade de estar só

Segundo Winnicott (1983a, p. 31), “a capacidade de ficar só é um dos sinais mais importantes do amadurecimento do desenvolvimento emocional”. E, usando a linguagem que se originou a partir de Melanie Klein, para Winnicott, a capacidade de ficar só “depende da existência de um objeto bom na realidade psíquica do indivíduo” (WINNICOTT, 1983a, p. 33).

Para Winnicott, a capacidade de estar só não deve ser confundida com retraimento. Aquela pessoa que se afastou dos outros, por ter experienciado inicialmente intensos impactos, precisando isolar-se, com a finalidade de proteger o núcleo de seu *self* do aniquilamento (ABRAM, 2000).

A capacidade de estar só fundamenta-se em um paradoxo: a capacidade de estar só na presença do outro: a mãe (ABRAM, 2000; WINNICOTT, 1983a).

Winnicott (1983), na expressão “eu estou só”, diferencia, sempre destacando o ambiente, três fases do desenvolvimento emocional: a princípio há o termo “eu”, que indica um avançado crescimento emocional, a integração já é um fato. Existe o mundo externo rejeitado e um mundo interno que se fez possível, mas nesse ponto não existe referência alguma a viver. Depois surge o “eu sou”, que é um estágio do desenvolvimento individual. A partir do termo “eu sou” a pessoa adquire forma e também vida. Claro que, para que isso tenha acontecido, o bebê precisou de um ambiente protetor, porque no começo da fase “eu sou” o bebê ainda é muito indefeso e frágil. A seguir, tem-se o “eu estou só”, que implica no conhecimento do bebê, da existência continuada de sua mãe como uma mãe confiável. Só

tendo a consciência de uma mãe confiável, faz-se possível ao bebê estar só e sentir prazer, por um período limitado de tempo (ABRAM, 2000; WINNICOTT, 1983a).

Portanto, o paradoxo do “estar só” encontra-se na experiência do bebê de estar só na presença de alguém. E este só desenvolve a capacidade de estar só devido à presença suficientemente boa de um ambiente protetor: a mãe (WINNICOTT, 1983a).

3.8 O apetite e os problemas emocionais segundo Winnicott

Segundo Winnicott (2000c), a discussão dos vínculos entre voracidade e apetite é fundamental. Para este autor, a voracidade é algo tão primitivo que só poderia surgir no comportamento humano, disfarçada e como parte de um sintoma extremamente complexo. A partir de sua experiência, Winnicott observou a relação entre os distúrbios do apetite (anorexia nervosa na adolescência, dificuldade de alimentação na infância) e certas condições específicas em momentos críticos (nascimento de um novo bebê, tentativas de fazer a criança comer sozinha, afastamento de casa, etc.) (WINNICOTT, 2000c). Dessa forma, o apetite está conectado à defesa contra a ansiedade e depressão.

O primeiro passo para o bebê apreciar a função oral é o reconhecimento do instinto oral: “quero sugar, comer, morder. Gosto de sugar, comer, morder. Fico satisfeito depois de sugar, comer, morder” (WINNICOTT, 2000c, p. 92). A seguir vem a fantasia oral: “quando sinto fome, penso em comida. Quando como, penso em engolir a comida. Penso no que gosto de ter dentro, e penso no que gosto de jogar fora, e penso em jogar isso fora” (WINNICOTT, 2000c, p. 92) e finalmente vem a vinculação mais desenvolvida entre fantasia oral e o “mundo interno”. Existe, portanto, uma grande elaboração das idéias acerca do que se passa dentro da criança e sobre idéias de como está o interior da fonte do alimento que é o corpo da mãe:

penso também no que ocorre com a fonte do alimento. Quando estou com muita fome penso em roubar e até em destruir a fonte de alimentos, e então me sinto mal a respeito do que tenho dentro de mim e penso em várias maneiras de me livrar disso, tão rápida e completamente quanto possível (WINNICOTT, 2000c, p. 92-93).

Dessa forma, o indivíduo tem uma tendência de pôr os acontecimentos da fantasia dentro de si e a identificá-los com o que acontece dentro do corpo. Esse mundo interno é repleto de sentimentos e movimentos e, quando temido, a doença pode ser uma tentativa de torná-lo inativo e, assim, o indivíduo passa a controlá-lo intensamente para impedir que algum de seus elementos venha à tona e controlem o indivíduo (WINNICOTT, 2000c).

Assim, para Winnicott (2000c), nenhum caso de vômito, cólica infantil ou diarreia, anorexia ou constipação podem ser explicados sem que seja feito referência às fantasias conscientes e inconscientes da criança acerca do interior de seu corpo. Tais sintomas representam o reconhecimento de algo que é ruim, e dão ao indivíduo o direito de permanecer em contato com a beleza de seu mundo encantado.

Winnicott (2000c) faz uma associação entre o brincar e os distúrbios do apetite, utilizando-se de uma escala: no extremo normal da escala está o brincar, “uma simples e prazerosa dramatização da vida do mundo interno” (WINNICOTT, 2000c, p. 106). No extremo anormal da escala “o brincar contém uma negação do mundo interno, sendo esse brincar sempre compulsivo, excitado, impulsionado pela ansiedade, e mais interessado na exploração de sensações do que simplesmente feliz” (WINNICOTT, 2000c, p. 106).

No capítulo anterior foi apresentada a teoria do desenvolvimento de Winnicott, com a finalidade de apresentar o referencial teórico que fundamenta essa pesquisa. No quarto capítulo, intitulado “Corporeidade”, o leitor é convidado a refletir sobre o sentido de corporeidade. Serão apresentadas também as definições sobre eu, ego e *self*, mente e corpo, soma e psique, imagem corporal e esquema corporal para facilitar a compreensão acerca do tema tratado. Além disso, serão discutidos, a partir do referencial teórico de Jurandir Freire Costa, o papel do corpo na sociedade contemporânea.

4 CORPOREIDADE

“(…) Não há homem ou mulher que por acaso não se tenha olhado ao espelho e se surpreendido consigo próprio. Por uma fração de segundo a gente se vê como a um objeto a ser olhado. A isto se chamaria talvez de narcisismo, mas eu chamaria de: alegria de ser. Alegria de encontrar na figura exterior os ecos da figura interna: ah, então é verdade que eu não me imaginei, eu existo”.

Clarice Lispector, 2004

4.1 A pessoa total

Para Winnicott, desde o ventre materno, o bebê já tem uma série de experiências sensoriais que marcarão o corpo com memórias, assim, experiências e sensações marcam seu corpo e a maneira como o bebê vai entrar no mundo (SAFRA, 2006)⁴.

Segundo Safra (2006), Winnicott ajuda a compreender que não é o fato de nascer que garante necessariamente que exista

uma corporeidade que seja igualmente constituída para todos. Seria complicado nós abordarmos o corpo de alguém por um pressuposto para além do indivíduo mesmo (...). Há toda uma série de processos e aquisições até que o indivíduo de fato possa alcançar a possibilidade de estar frente a outros se sentindo real (...).

Assim, segundo Safra (2006), é essencial entender e situar de que maneira cada pessoa está alojada em seu corpo e de que forma esta corporeidade está constituída. Para este autor

uma das grandes contribuições da obra de Winnicott é quanto à possibilidade de fazer um diagnóstico fino da situação em que a pessoa se encontra em seu processo de constituição e portanto, da maneira como está alojada em sua corporeidade.

⁴ Informação verbal fornecida por Gilberto Safra. DVD do curso: **Winnicott e a corporeidade**: a dimensão estética, a linguagem do corpo e o setting terapêutico, ministrado no Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo.

Freud descreve o corpo como, sobretudo, fonte de gozo erótico com certas regiões anatômicas, as zonas erógenas (COSTA, 2004). Winnicott concorda com essa leitura apesar de considerá-la restritiva. Para ele, o corpo, no qual o eu se aloja, não é apenas e muito menos, sobretudo, o corpo erógeno, mas sim o corpo que representa suas “funções” auto-reguladoras e suas “experiências” de interação com os objetos externos, e, através da dupla representação, estabiliza o sentido de identidade do eu (COSTA, 2004, p. 108).

O corpo na ótica de Winnicott (2000d) é permanentemente levado em consideração: para este autor “(...) é preciso levar em conta a *pessoa total* e, nesta existem o soma e a psique” (DIAS, 2003, p. 104), isto é uma questão de psique e soma inter-relacionados e não de mente e corpo (DIAS, 2003). Para o referido autor (2000d) faz sentido opor soma e psique, ou seja, contrapor desenvolvimento emocional ao desenvolvimento corporal de cada indivíduo, pois são de uma mesma ordem. Já contrapor mental e físico não tem lógica, pois os fenômenos mentais são complicações de valor variável na continuidade do psicossoma. Ainda de acordo com Winnicott (2000d, p. 334), “gradualmente, os aspectos psíquico e somático do indivíduo em crescimento tornam-se envolvidos num processo de mútuo inter-relacionamento”. Assim, o corpo, nesta perspectiva, faz parte da “totalidade individual” ou da “psique-soma”, que se divide em “psique” ou atividade imaginativa, “soma” ou atividade física e “mente” ou inteligência (COSTA, 2004).

O soma

é o corpo vivo, que vai sendo personalizado à medida que é elaborado imaginativamente pela psique. Este corpo vivo é físico, sem dúvida, mas não meramente fisiológico ou anatômico; não, certamente, a máquina física, autônoma em relação à psique, da qual se ocupa a medicina clássica; portanto, não é um corpo que possa ser estudado por meio de cadáveres. O corpo vivo é um aspecto do “estar vivo” do indivíduo; da vitalidade deste, como pessoa, fazem parte intrínseca a respiração, a temperatura, a motilidade, além da vitalidade dos tecidos, uma vez que sendo corpo vivo (...) afetado pelos estados variáveis da psique (DIAS, 2003, p. 104).

A psique se

desenvolve ao longo do amadurecimento, em funções cada vez mais avançadas, que incluem todas as operações mentais que podem ser abrangidas pelos vários significados da palavra *pensar* (...) cabe à psique, no início da vida não apenas a elaboração imaginativa das experiências corpóreas de todos os tipos, como o armazenamento e a reunião das memórias dessas experiências (...) psique é entendida como um modo especializado do funcionamento psicossomático” (DIAS, 2003, p. 105-106).

Segundo Costa (2004), Winnicott usa a noção de mente como sinônimo de inteligência; ela não deve ser comparada à psique e ao soma, porque dela não se pode falar que saúde e maturidade coincidam, como se pode dizer do corpo e da psique. Uma pessoa pode ter uma mente ou intelecto super desenvolvidos e ainda assim não ser saudável (COSTA, 2004).

“Para Winnicott, no desenvolvimento sadio, a psique e o soma não são distinguíveis (...) o indivíduo que é sadio supõe que seu sentimento de *self* é parte de seu corpo” (ABRAM, 2000). Quando tudo ocorre bem durante os primeiros estágios, ou seja, a mãe é capaz de realizar o holding e o handling com todos os elementos de amor, é proporcionado ao lactente o sentimento de ser e um *self* alojado em seu corpo.

Assim, “se a mãe não foi capaz de proporcionar um toque suficientemente bom no decurso da fase de holding, jamais será possível ao bebê sentir-se integrado a seu próprio corpo” (ABRAM, 2000, p. 187).

4.1.1 Definições de *self* (si-mesmo), ego e eu

Apesar de Winnicott afirmar que existe uma distinção entre o *self* e o ego, essa distinção nem sempre é feita pelo autor. Winnicott, muitas vezes, utiliza em sua obra os termos *self*, ego e psique como sinônimos (ABRAM, 2000), o que eles não são (DIAS, 2003). O termo psique já foi apresentado acima, estão colocados abaixo as definições de *self* e ego.

Para Winnicott *self* é o sentir-se real,

apresenta-se como uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente, sendo o “*sentir-se*” real o que coloca no centro do sentimento de *self*. Em termos de desenvolvimento, o *self* tem sua origem como um potencial do recém-nascido; a partir de um ambiente suficientemente-bom, desdobra-se em um *self* total, isto é, em uma pessoa capaz de estabelecer a distinção entre eu e não-eu (ABRAM, 2000, p. 220).

De uma maneira geral, ego, para Winnicott, faz referência a algum aspecto do verdadeiro e/ou falso *self* e à psique-soma, sendo um aspecto do *self* que tem a função singular de organizar e integrar a experiência de *self* (ABRAM, 2000). Assim, segundo Winnicott, o ego é responsável por coletar as experiências externas e internas e organizá-las e, para isso, precisa de um ambiente suficientemente bom, uma maternagem suficientemente boa, já que inicialmente o ego do lactente é a mãe (ABRAM, 2000). E, assim, o bebê precisa do apoio do ego da mãe para tornar seu ego forte e capaz de experiências de integração.

Dessa forma, Winnicott, diferindo-se de Freud, que considera que o ego origina-se a partir do id, acredita que o ego não está desenvolvido desde o princípio (ABRAM, 2000). Winnicott também não trabalha com o conceito de aparelho psíquico, portanto, o termo ego também não é utilizado como uma instância do aparelho psíquico, mas para nomear a faceta da personalidade que tem uma tendência para a integração (DIAS, 2003).

Winnicott também se utiliza do termo “eu” (I, me). O “eu”, segundo Dias (2003, p. 144) “é o *self* que se separa da mãe, tendo também integrado o verdadeiro e o falso *self*”.

4.2 O falso e o verdadeiro *self*

Winnicott (1983b), em seu texto intitulado “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*”, realiza uma descrição de *self* falso e verdadeiro. Para este autor, o *self* verdadeiro

é a posição teórica de onde vem o gesto espontâneo e a idéia pessoal. O gesto espontâneo é o *self* verdadeiro em ação. Somente o *self* verdadeiro pode ser criativo e se sentir real (...) a existência do falso *self* resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade (WINNICOTT, 1983b, p. 135).

Um *self* verdadeiro tem início à vida por meio da força dada pela mãe ao fraco ego do lactente, ao complementar as expressões de onipotência do bebê. Uma mãe não suficientemente boa não é capaz de tal realização, falhando continuamente em satisfazer o gesto espontâneo do lactente e, ainda, substituindo este pelo seu próprio gesto que deve ser aceito pelo bebê (WINNICOTT, 1983b). “Essa submissão por parte do lactente é o estágio inicial do falso *self*, e resulta na inabilidade da mãe de sentir as necessidades do lactente” (WINNICOTT, 1983b, p. 133).

Assim, para Winnicott (1983b), existem dois caminhos possíveis de desenvolvimento na ordem dos acontecimentos: quando a adaptação da mãe às necessidades do bebê é favorável e a mãe não destrói a onipotência do bebê. Dessa forma, aos poucos, o bebê vai renunciando a sua onipotência; seu gesto pode ser espontâneo e seu verdadeiro *self* pode ir aparecendo de acordo com os fatos da realidade externa. Assim, o bebê pôde experienciar a ilusão e onipotência e, através dessa vivência, ir criando, controlando e, aos poucos, vir reconhecendo o elemento ilusório que consiste no fato de brincar e criar. A partir daí, o bebê começa a desenvolver a capacidade de simbolização. Portanto, a base para a simbolização é a espontaneidade, a alucinação e o objeto externo criado e catexizado (WINNICOTT, 1983b).

Já quando a adaptação da mãe às alucinações e impulsos espontâneos do bebê não é suficientemente boa, o processo que leva a capacidade de utilizar símbolos não se inicia ou é fragmentado. Dessa forma o bebê é seduzido à submissão e, assim, sobrevive, mas falsamente. E através desse falso *self* constrói relacionamentos falsos, aceita as demandas do ambiente de forma submissa (WINNICOTT, 1983b).

Winnicott, nesse sentido, faz referência às pessoas

que tiveram que organizar inconscientemente uma fachada, um falso *self* para lidar com o mundo (...) o verdadeiro *self* foi traumatizado e não pode mais ser encontrado, pelo risco de ser novamente ferido (WINNICOTT, 2005, p. 16).

Segundo Zimerman (2001, p. 140) são pessoas que

desenvolvem o recurso de adivinhar o que **ela** deseja, como uma forma imperiosa de adaptação e preenchimento das expectativas **dela**, para, assim, garantir o reconhecimento do amor da mãe. O sujeito portador de um falso *self* utiliza esse mesmo recurso ao longo de sua vida, também para obter o reconhecimento do seu meio familiar e social (ZIMERMAN, 2001, p. 140).

E, continuando com Winnicott (1983), o falso *self*

através de introjeções pode chegar até uma aparência de ser real, de modo que a criança pode crescer se tornando exatamente como a mãe, o irmão, ou quem quer que no momento domine o cenário. O falso *self* tem uma função positiva muito importante: ocultar o *self* verdadeiro, o que faz pela submissão às exigências do ambiente (WINNICOTT, 1983, p. 134).

Para o referido autor, o falso *self* pode ser visto como uma defesa ao aniquilamento ou exploração do verdadeiro *self*. Assim, o falso *self* protege o *self* verdadeiro e quando não o conhece, oculta-o (ABRAM, 2000). Nas palavras de Winnicott (1983b, p. 135): “O falso *self*, se bem sucedido em sua função, oculta o *self* verdadeiro ou, então, descobre um jeito de possibilitar ao *self* verdadeiro começar a existir”.

Winnicott dividiu a organização do falso *self* em um espectro que se expande da patologia à saúde, sempre com a função de “**defender** o verdadeiro *self*, mesmo e especialmente no que se refere à saúde” (ABRAM, 2000, p. 227).

Nos

extremos do desenvolvimento do falso *self*, o *self* verdadeiro fica tão bem oculto que a espontaneidade não é um aspecto das experiências vividas pelo lactente. O aspecto submissão se torna o principal, com imitação como uma especialidade (WINNICOTT, 1983b, p. 134).

Nesses casos, clinicamente, o que é apresentado é um quadro de irritabilidade generalizada e distúrbios alimentares, entre outras funções que podem desaparecer e aparecer mais tardiamente e de forma mais agravada (WINNICOTT, 1983b).

Essa cisão quando ocorre em “níveis menos elevados, existe um certo sentimento de futilidade relativo à vida falsa, e uma busca incessante daquela outra vida que seria sentida como real” (WINNICOTT, 1990, p. 128).

4.3 Esquema corporal e imagem corporal

Para Winnicott (2000d), o esquema corporal, com suas características de temporalidade e espacialidade, oferece uma descrição importante do diagrama que o indivíduo tem de si mesmo.

Na definição de imagem corporal, faz-se possível caminhar com Schilder (1994). Para este autor, a imagem corporal refere-se à representação mental que cada indivíduo tem acerca de seu corpo. Tal representação é influenciada pela relação que o sujeito estabelece com seu ambiente e com seu próprio corpo, de modo que é construída e reconstruída incessantemente ao longo da vida. É possível afirmar, portanto, que as experiências afetivas de um indivíduo desempenham um papel mais determinante para a constituição de sua imagem corporal do que as percepções objetivas referentes a seu corpo (DALGALARRONDO, 2000; LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984). Conseqüentemente, evidencia-se que a imagem corporal não se refere ao corpo real, mas sim ao corpo simbólico. Devido a essa particularidade, deve ser entendida

como uma unidade composta tanto por elementos conscientes quanto por conteúdos inconscientes (PERES; SANTOS, 2006).

4.4 Corpo e sociedade

Costa (2004) discute o sujeito contemporâneo como àquele que coleciona sensações e desvaloriza sentimentos. Segundo o referido autor, “no ideal de felicidade sensorial o indivíduo é coagido renovar, incessantemente, o espectro de estimulações sensíveis para sentir que existe aos próprios olhos e ao olhar do outro” (COSTA, 2004, p. 105).

No autoritarismo da corporeidade os sentimentos são descartados e, com eles, descarta-se também a experiência, os sucessos e insucessos afetivos. Assim, os sujeitos, sem a experiência afetiva para lhes dar suporte, sem ter como adivinhar o que o outro deseja e sem ter como esconder as imperfeições de seu corpo, só podem fazer uma escolha: vida ou gozo – identidade narcísica ou homeostase física – o outro (moda, entretenimento) ou si mesmo. Estão criadas, assim, as condições intra e intersubjetivas para a instalação de um quadro psicopatológico grave como um transtorno alimentar (COSTA, 2004).

4.5 O corpo como objeto transicional e suas implicações

Como mencionado anteriormente, para Winnicott, quando o uso do objeto transicional perde seu caráter fundamental de transitoriedade e impermanência pode se tornar patológico, desenvolvendo-se em fetichismos, adições ou roubos.

Caminhando no sentido patológico do uso do objeto transicional, Costa (2004) afirma ainda que uma das tendências do sujeito contemporâneo é de usar o corpo como objeto transicional. O sujeito da contemporaneidade, em estado de quebra identitária e sem condição

interna de criar o que lhe faz falta e aspirando constantemente para que nada lhe falte, busca, uma vez que não consegue criar um objeto, um objeto já existente e pronto para ser utilizado; um objeto que seja dócil e fácil de ser encontrado e manejado.

No entanto, o objeto adequado à função transicional deve deixar-se alterar, em parte, assim como resistir, em parte, aos esforços infantis para mudá-lo. Isso significa que, ao deixar-se mudar, permitirá que a criança experimente a ilusão de onipotência, que reafirma seu senso de domínio sobre o ambiente, e, ao resistir à mudança, manterá a alteridade e solidez do mundo externo. Se o objeto não apresentar essas duas características simultaneamente: amoldar-se à fantasia infantil sem sucumbir totalmente a ela, preservando, portanto, sua identidade, não será adequado (COSTA, 2004). Assim, de acordo com Costa (2004), o problema ao tratar o corpo como um objeto transicional reside no fato de que o corpo não apresenta as duas características mencionadas anteriormente: não é idealmente complacente e nem idealmente resistente.

Diz ele:

suas características anatomofisiológicas o incapacitam a ser suporte da agressividade necessária à ação criativa e não é idealmente resistente por não possuir a distância fenomenológica que lhe permitiria se opor ao eu como um objeto “não-eu”. Assim, o “objeto-corpo”, por ser “eu-corpo”, nem oferece a resistência necessária ao desenvolvimento no sentido da realidade exterior, nem a complacência que o torna instrumento de comunicação entre o mundo interno e o externo (COSTA, 2004, p. 120).

Desta forma, segundo Costa (2004), o corpo é pouco resistente à violência dos desejos narcísicos, realçando, muitas vezes, o esquema corporal em detrimento dos pleitos narcísicos da imagem corporal idealizada, levando os sujeitos aos extremos da crueldade para obtenção do corpo protético ideal e suporta pouco os golpes oriundos da agressividade criadora. O corpo, ao ser usado como objeto transicional, não responde de maneira satisfatória às exigências da criatividade, porque não é capaz de proteger o eu contra as ameaças à vida. Além disso, segundo o referido autor (2004, p. 125): “*os objetos dóceis*, quaisquer que sejam,

jamais podem externalizar o eu no mundo pelo fato de excluírem o gozo, com a resistência do objeto, do sistema de satisfação egóico”.

4.6 A dinâmica dos conflitos corporais na sociedade contemporânea

Costa (2004) descreve que os elementos dos conflitos corporais, nos dias atuais, mantêm-se os mesmos: o eu narcísico e o corpo físico. No entanto, há segundo este autor, uma transformação em aspectos da experiência subjetiva.

Para esse estudo dois aspectos descritos por Costa (2004) são relevantes. O primeiro aspecto está na área do imaginário da perfeição. Não há muito tempo atrás, a busca era pela perfeição mítica do passado sentimental; hoje se acredita que tal ideal de perfeição narcísica será conquistado através do corpo perfeito, tão prometido pelas tecnologias médicas.

A imagem narcísica de “sua majestade o bebê” continua hibernando no fundo do eu, mas agora, sob a máscara do “adulto protéico”. O sujeito contemporâneo padece de um fascínio crônico pelas possibilidades de transformação física anunciadas pelas próteses genéticas, químicas, eletrônicas ou mecânicas. O corpo físico, em sua dimensão de esquema, volta a ser julgado como causa real da ferida narcísica, mostrando a compulsão do eu para causar o desejo do outro, mediante a idealização da própria imagem (COSTA, 2004, p. 77).

O segundo aspecto se refere à área do imaginário da recalcitrância e da abjeção⁵. O abjeto e o recalcitrante, que antes ficavam relegados à esfera médica, atualmente são comentados cotidianamente. “Abandonaram as profundezas somáticas onde se pulverizavam

⁵ De acordo com o Novo Dicionário Básico da Língua Portuguesa (FERREIRA, A. B. H., 1988, p. 3), o termo abjeto significa: imundo, desprezível, vil, baixo. O termo recalcitrância significa: qualidade de recalcitrante (obstinado, teimoso). Costa (2004) toma o termo abjeto como sinônimo de “estranho” e o utiliza “para acentuar o sentimento de estraneidade e o caráter de repulsividade que a parte do corpo não integrada à imagem narcísica pode apresentar” (COSTA, 2004, p. 74), e o termo recalcitrância, para a oposição às atividades próprio e heteroespecíficas do corpo, que são de auto-regulação interior e de movimento relacional no ambiente.

em pequenos objetos parciais ameaçadores, e vieram à luz narcisicamente transformados na saúde e na boa aptidão física” (COSTA, 2004, p. 78).

Isso significa que houve um deslocamento do perigo: de dentro para fora. Ao invés de aparecerem como substâncias corpóreas, aparecem de uma forma nova e exteriorizada: rugas, manchas, estrias, pêlos ou cabelos demais ou de menos, celulites, gordura localizada, obesidade, etc. Dessa maneira, o sujeito vive em constante preocupação e medo.

No universo do intimismo sentimental, todos tinham o direito de guardar para si o que imaginavam ser causa de déficit narcísico. Em oposição ao que está de “fora”, o que se estampa no espelho do corpo não pode ser escondido; pode apenas ser eliminado (COSTA, 2004, p. 79).

Assim, quando estavam internalizados no corpo, o abjeto e recalcitrante podiam ser negados ou recalcados ao modo das neuroses. Mas, uma vez externalizados, podem apenas ser dissociados ou recusados, surgindo assim os transtornos da imagem corporal (COSTA, 2004).

4.7 O narcisismo e a dinâmica dos conflitos corporais na sociedade das sensações

Segundo Freud (1905),

o termo narcisismo deriva da descrição clínica e foi escolhido por Paul Näcke em 1899 para denotar a atitude de uma pessoa que trata seu próprio corpo da mesma forma pela qual o corpo de um objeto sexual é comumente tratado — que o contempla, vale dizer, o afaga e o acaricia até obter satisfação completa através dessas atividades. Desenvolvido até esse grau, o narcisismo passa a significar uma perversão que absorveu a totalidade da vida sexual do indivíduo, exibindo, conseqüentemente, as características que esperamos encontrar no estudo de todas as perversões.

Segundo Costa (2004) quanto mais longe do mundo e mais próximos do corpo, mais o mundo se transforma em algo difícil de entender, recriar e, assim, se preciso for, descartar. Este autor discute o sujeito atual como aquele que coleciona sensações e desvaloriza

sentimentos. Para saber *quem ou o quê se é*, é preciso tomar aquilo que se experimenta como sensações, e o que é oferecido nas propagandas publicitárias e na cultura de excessos em que vivemos como critério para saber o que se deve ser (COSTA, 1998). Assim, o corpo físico se tornou alvo das sensações para um eu narcísico cada vez mais distante.

São descritos por Costa (2004) três tipos de narcisismos que marcam a atualidade. O mais comum e menos grave é aquele em que o sujeito, apesar de sofrer com a presença do abjeto e do recalcitrante, defende-se deles através das neuroses tradicionais. Quando está com o outro recalca a representação da falha física restaurando a satisfação com a imagem do eu ideal. Nesses casos, toda vez que houver uma frustração amorosa, o sujeito volta a investir narcisicamente nas imaginárias imperfeições corporais. A correção da aparência física se transforma em um remédio para o insucesso das relações amorosas

O segundo tipo, e mais grave, ocorre quando o sujeito transforma a falha física imaginária em algo invulnerável à ação do discurso. O sintoma da imperfeição opõe-se a qualquer metaforização. Assim, numa inversão dolorosa, o outro, de fonte de perfeição, passa a se tornar uma representação do abjeto e do recalcitrante. Dessa forma, é este outro que passa a criticar com crueldade e sarcasmo as imperfeições do sujeito, em uma relação em que o amor se transforma em ódio e o encanto narcísico pelo corpo físico se converte em ataques sádicos autodirigidos: auto-mutilações, confinamentos domésticos, reivindicação do direito à morte por anorexia, entre outras manifestações psicológicas.

Finalmente, o terceiro tipo de narcisismo é aquele em que o sujeito está convencido de que pode mudar o corpo para atingir a perfeição física, distanciando-se cada vez mais do sentimento, muitas vezes, recalcado. Nessa dinâmica, o outro e o corpo não são os culpados, mas sim, o próprio sujeito que não seguiu o padrão imposto pela sociedade. Nesse caso, o corpo se torna um refém do padrão estabelecido como ideal pela moda, que é imprevisível. O futuro do corpo é separado do passado e fica à mercê dos padrões ditados pela moda e pelos

mitos cientificistas. E o sujeito se torna mais e mais distanciado de seus sentimentos e de sua história passada.

Depois de realizada a apresentação do referencial teórico, serão apresentados, nos próximos capítulos, a teoria metodológica em que esse estudo está fundamentado e sua aplicação prática no processo do acontecer desta pesquisa.

5 METODOLOGIA

“Os modos de vida inspiram maneiras de pensar, os modos de pensar criam maneiras de viver.”

Gilles Deleuze, 1994

5.1 A perspectiva qualitativa

A abordagem qualitativa

se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Não existe um “continuum” entre “qualitativo-quantitativo”, em que o primeiro termo seria o lugar da “intuição”, da “exploração” e do “subjativismo”; e o segundo representaria o espaço do científico, porque traduzido “objetivamente” e em “dados matemáticos” (MINAYO, 1994, p. 21-22).

Segundo Debus (1994), para se realizar uma pesquisa qualitativa é importante saber escutar e abordar a investigação como um processo de estudo criativo.

De acordo com Santos (1988), a pesquisa qualitativa busca um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo ao invés de um conhecimento explicativo e objetivo. Nessa perspectiva, o investigador é localizado na história, guiando e moldando o processo de pesquisa, “como parte de seu kit de pesquisa” (DENZIN; LINCOLN, 1998). Para Bogdan e Biklen (1997), o investigador possui um papel de extrema relevância nessa abordagem, como instrumento principal, já que nesse tipo de investigação o ambiente natural é a fonte direta de dados; o contexto é muito importante, porque, a partir da observação do mesmo, o objeto de estudo poderá ser mais bem compreendido.

Bogdan e Biklen (1997) apontam ainda para outras relevantes características da pesquisa qualitativa: nesse tipo de investigação existe um maior interesse pelo processo da pesquisa do que pelos resultados. Os investigadores qualitativos se interessam por perguntas “como?”, “de que modo?”, diferentemente de investigadores quantitativos que tendem a buscar respostas explicativas, ou ainda se determinado aspecto influencia outro. Os pesquisadores qualitativos não buscam provas que confirmem hipóteses previamente construídas, mas sim tendem a analisar seus dados de forma indutiva. Ou seja, a partir da coleta, no processo de análise desses dados é que as questões mais relevantes surgem.

Por fim, de acordo com Debus (1994), nessa forma de investigação o **significado** tem um aspecto de vital relevância. Assim, os investigadores estão interessados no modo como as pessoas dão sentido às suas vidas, por isso, existe um enorme cuidado ao interpretar os dados coletados. Conseqüentemente, é muito importante que o registro dos relatos de cada sujeito seja muito rigoroso, a fim de que os pesquisadores tenham certeza de que estão realmente apreendendo aquilo que os sujeitos relatam. Contudo, esta subjetividade pode se tornar um dos problemas quando realizado esse tipo de pesquisa. Assim, como já mencionado previamente, é preciso que os pesquisadores ou observadores sejam muito perspicazes com a interpretação e análise destes dados. É essencial que o pesquisador seja disciplinado, registre seus sentimentos e descreva o caminho de sua investigação, para que realmente realize uma pesquisa qualitativa com qualidade (DEBUS, 1994).

Uma outra relevante característica da investigação qualitativa é ser descritiva. De acordo com Bogdan e Biklen (1997, p. 49):

Ao recolher dados descritivos, os investigadores qualitativos abordam o mundo de forma minuciosa (...) A abordagem qualitativa exige que o mundo seja examinado com a idéia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo.

Finalmente, é possível chegar a outro aspecto que deve ser tratado nesse trabalho, quanto à realização de pesquisas qualitativas ou quantitativas: a questão da ética. Para tanto, dois entendimentos são essenciais (BOGDAN; BIKLEN, 1997):

- 1) O consentimento informado.
- 2) A proteção dos sujeitos contra qualquer dano.

Os sujeitos devem participar da pesquisa voluntariamente e não podem ser expostos a riscos. A partir disso, suas identidades devem ser protegidas, estes devem ser tratados com respeito, precisam saber claramente o objetivo do estudo. É preciso informá-los sobre o uso de gravadores e pedir a permissão para usá-los, além de consentimento para usar os dados relatados por eles. E, por fim, é muito importante que o investigador seja autêntico nas conclusões, sem distorcer dados ou criá-los, mesmo que os resultados não lhe agradem (BOGDAN; BIKLEN, 1997)!

Uma vez em campo, o investigador qualitativo entrará dentro da vida dos sujeitos ou da instituição que deseja estudar, tornando essa relação menos formal e de maior confiança, ao ponto que os sujeitos confiarão no pesquisador para contar aspectos mais íntimos e pessoais. No trabalho de campo, o pesquisador deve, ao mesmo tempo, entrar na vida dos sujeitos, como alguém que vai fazer uma visita e tem como objetivo aprender e saber o que significa ser como aquele sujeito e, ao mesmo tempo, manter-se do lado de fora, ou seja, não ser intrusivo (BOGDAN; BIKLEN, 1997).

Os autores referidos discutem, ainda, que o primeiro obstáculo a ser enfrentado, antes de ir a campo, é conseguir a obtenção da autorização para a condução do estudo planejado. Uma vez resolvidos os aspectos associados à entrada em campo, inicia-se uma nova fase: a coleta de dados. Na abordagem qualitativa existem diferentes técnicas de coleta de dados: entrevistas, grupos focais, documentos, diário de campo, notas de campo, observação etc., e também diferentes métodos de pesquisa, que também devem ser escolhidos de acordo com o

objetivo do estudo: estudo de caso, fenomenologia, hermenêutica, interacionismo simbólico, construtivismo, dentre outros (BOGDAN; BIKLEN, 1997). Para Valles (1997), apesar de diferenças, essas perspectivas metodológicas recebem críticas similares que, na verdade, são seus grandes desafios: a problemática da objetividade, o problema da descrição e falta de compromisso social crítico, o problema da autoridade e privilégios concedidos ao investigador intérprete e, finalmente, a confusão entre aspectos psicológicos e epistemológicos do conhecimento.

5.2 Críticas à abordagem qualitativa

Segundo Minayo (1994), as críticas mais comuns que a abordagem qualitativa recebe estão relacionadas ao empirismo em que caem muitos pesquisadores que passam a considerar ciência a própria descrição dos fatos fornecidos pelos sujeitos da pesquisa; à maior importância dada à descrição do que à análise dos fatos concretos; à relação íntima e não neutra do pesquisador e objeto de estudo e, por fim, à grande dificuldade e complexidade de se trabalhar os aspectos emocionais do ser humano. Assim, mesmo os pesquisadores que possuem uma postura positivista ainda almejam estudar os fenômenos sociais como os fenômenos das ciências naturais. E

alegam em favor dessa postura que as ciências sociais devem ser neutras, apolíticas e descomprometidas. Nesse sentido, a maioria dos manuais clássicos de pesquisa social propõe o máximo distanciamento entre o pesquisador e o objeto pesquisado (GIL, 1999, p. 45).

No entanto, o que parece ser um dos grandes obstáculos das ciências sociais é na verdade seu grande desafio, porque o pesquisador está envolvido com aquilo que pretende estudar. Os valores e as crenças do investigador permeiam a sua pesquisa, e não apenas

permeiam a investigação, mas, segundo Gil (1999, p. 24), “o valor precisa ser considerado pelas ciências sociais, para que se cumpra um dos mais importantes papéis, que é o de auxiliar na promoção do ser humano”.

Os pesquisadores sociais preocupam-se tanto em descrever detalhadamente seu processo de investigação, para, assim, mostrar seu caminho de pensar o objeto de estudo, e, conseqüentemente, a análise dos dados colhidos. O cientista social não busca quantificar o comportamento humano com o mesmo grau de precisão das ciências naturais, nem busca generalizações universais, busca sim a compreensão “dos significados da ação humana que constrói a história” (MINAYO, 1994, p. 36). Na verdade, o que se observa é que as críticas à abordagem qualitativa são oriundas de outra maneira de olhar para o mundo.

5.3 A análise de dados em pesquisas qualitativas

Segundo Valles (1997), na pesquisa qualitativa os procedimentos de técnicas de análise estão muito distantes de serem padronizados, e têm origem na sociologia. Assim, qual será a maneira mais eficaz de se analisar os dados colhidos a partir de uma entrevista? Bem, primeiramente, antes de se iniciar a análise dos dados colhidos a partir de uma entrevista, é preciso transcrever as fitas. Para Biasoli-Alves (1998, p. 150)

nesse momento, tudo é muito importante; nada deve ser posto de lado à priori; quanto maiores, mais completas e fiéis forem às transcrições, maiores as possibilidades de o pesquisador realizar uma análise de bom nível.

Uma vez feita a transcrição, inicia-se o processo de análise dos dados. De acordo com Bogdan e Biklen (1997, p. 205) a análise dos dados é

o processo de busca e de organização sistemática de transcrições de entrevistas e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objetivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de permitir ao pesquisador apresentar aos outros aquilo que encontrou.

Esses autores oferecem interessantes sugestões que devem ser realmente seguidas pelos pesquisadores, porque visam facilitar o processo de análise. Portanto, cabe ao pesquisador:

- 1) Tomar decisões que delimitem o contexto do estudo.
- 2) Tomar decisões quanto ao tipo de estudo que deseje realizar (qualitativo, quantitativo, estudo de caso etc.).
- 3) Desenvolver questões analíticas. As questões formuladas estão intimamente ligadas ao tipo de estudo desenvolvido e à análise.
- 4) Planificar as sessões de coleta de dados de acordo com o que foi observado em observações anteriores. Pergunte: “o que é que eu ainda não sei?” (BOGDAN; BIKLEN, 1997, 210).
- 5) Escrever em suas notas de campo muitos comentários: escrever para si mesmo resumos acerca do que vai aprendendo e observando, ensaiar idéias e temas junto com os sujeitos, realizar a revisão da literatura enquanto em campo, mas tendo cuidado para não ser influenciado pela literatura.
- 6) Brincar com metáforas, analogias e conceitos, ou seja, procurar não ficar tão bitolado com o objeto de estudo deixando passar outros aspectos importantes que ocorrem com o investigador durante a pesquisa.

- 7) Utilizar auxiliares visuais: figuras, diagramas, matrizes, tabelas, gráficos etc., que possam auxiliar o processo de análise. Muitos programas de computador oferecem esse auxílio, mas o pesquisador não deve ser ingênuo a ponto de “acreditar” que o computador realiza toda a análise.
- 8) E, finalmente, ler os dados e desenvolver um sistema de codificação, em categorias de codificação. É importante que exista um referencial teórico que guie esse sistema de codificação.

5.4 A redação do texto

“Um bom manuscrito possui uma estrutura e um plano coerentes que permitem desenvolver o objetivo contido no foco”.

Robert Bogdan e Sari Biklen, 1997

Depois de realizada a análise, inicia-se a fase de redação da investigação. Bogdan e Biklen (1997) afirmam que um bom texto é claro, explicita a sua finalidade, centra-se num só aspecto, mesmo existindo inúmeros tipos de focos. Deve ser escrito cuidadosamente e o investigador deve sempre levar em consideração quem lerá seu texto. Além disso, o pesquisador, ao redigir uma investigação qualitativa, deve sempre apresentar seu ponto de vista, sua análise, interpretação e explicação dos dados. É importante que esse investigador dialogue com o seu trabalho criticamente, confrontando explicações. A escrita é uma das tarefas mais relevantes do pesquisador qualitativo (BOGDAN; BIKLEN, 1997).

5.5 Estratégia metodológica dessa pesquisa: O ESTUDO DE CASO

Pelas características acima ilustradas, este trabalho é um estudo qualitativo; seu enfoque é exploratório, devido à escassez de estudos voltados aos pacientes masculinos. Um

estudo exploratório procura levantar questões pertinentes à realidade, que circunscreve a estratégia metodológica escolhida, no caso, o estudo de caso. De acordo com Peres e Santos (2006), o estudo de caso propõe uma análise em profundidade do objeto de investigação e se preocupa com o aspecto unitário e integrado, que é resultado da combinação de diversas variáveis, sejam elas sociais, biológicas, psicológicas e culturais. Essa estratégia metodológica é adequada ao atual objeto de estudo, uma vez que se busca compreender a fundo a totalidade desse objeto em particular, em vez de descobrir “leis universais” para um determinado fenômeno.

Bogdan e Biklen (1997) fazem uma discussão acerca de questões que envolvem os estudos de caso:

- Escolha por uma situação “típica” ou “atípica”. A escolha por um caso “típico” ocorre quando os investigadores demonstram interesse pela possibilidade de generalização. Para Bogdan e Biklen (1997), essa escolha está intimamente vinculada ao objetivo do estudo, não havendo uma opção melhor do que a outra.
- Amostragem interna: decisões tomadas a partir de uma idéia geral do que se pretende investigar. Existem fontes mais ricas de coleta de dados (pessoas mais dispostas a falar, algumas podem se tornar informantes chaves, documentos e outros materiais etc.).
- Amostragem de tempo: o tempo de visita a um local ou aquele em que se estiver com uma pessoa influenciará no tipo de dados que irá obter.
- Saturação de dados: ou seja, os pesquisadores colhem os dados até que estes se tornem repetitivos. Mas o desafio aqui se encontra em quando parar de colher tais dados, e isto tem a ver com o objetivo de estudo. Quanto mais concreto e definido este for, mais claro para o pesquisador será o momento de parar.

Yin (2005) enfatiza que o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa adequada quando uma questão de pesquisa do tipo “como” ou “por que” é aplicada sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos que não é controlado pelo pesquisador. Para o referido autor, cinco componentes são relevantes para o planejamento e desenvolvimento de um estudo de caso: 1) uma questão ou questões de estudo bem definidas; 2) Uma vinculação lógica entre os dados apresentados e o propósito do estudo; 3) Unidade de análise – um “caso”; 4) Critérios claros para interpretar as constatações: os dados coletados; 5) Suas proposições teóricas se houver.

Portanto, para Yin (2005), o pesquisador interessado em realizar um estudo de caso deve ser capaz de: elaborar boas perguntas, ouvir atenciosamente aquilo que os informantes trazem durante as entrevistas, ter cuidado para não se deixar influenciar pelos seus próprios pré-conceitos, ser flexível e adaptativo às situações as quais não havia planejado inicialmente, confrontar os dados que parecem incompatíveis e ser capaz de contornar vieses que podem contaminar a investigação (PERES; SANTOS, 2005).

Caminhando ainda com Yin (2005, p. 33), a estratégia de estudo de caso

enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo, e, como outro resultado, beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados.

Segundo Bogdan e Biklen (1997), existem diferentes tipos de estudos de casos:

- Estudos de caso de organizações numa perspectiva histórica: esses estudos são realizados em uma organização específica (escola, empresa, hospital etc.), em um determinado período de tempo, com o objetivo de relatar seu desenvolvimento.
- Instrumentos de coleta de dados: entrevistas, observação, registros escritos já existentes.

- Estudos de caso de observação: o foco do estudo é uma organização particular ou algum aspecto particular dessa organização. Usualmente o pesquisador escolhe uma organização e foca em um aspecto específico desta (local na escola, grupo em particular etc.). Instrumentos de coleta de dados: entrevistas (principalmente quando os sujeitos, apesar de partilharem alguma característica específica, não formam grupos), observação participante (na escolha de um ambiente ou grupo a ser observado cabe ao investigador buscar formas de alterar, ao mínimo, o comportamento dos sujeitos observados). Assim, nesse tipo de estudo é melhor escolher grupos maiores do que menores para que o investigador não se destaque tanto e sua figura fique o menos intrusiva possível. Mas, se a pesquisa for realizada com crianças, por exemplo, o pesquisador se destacará independentemente do tamanho do grupo.

- História de vida: instrumento de coleta de dados usado refere-se a entrevistas aprofundadas com uma pessoa, visando escrever uma narrativa em primeira pessoa. Normalmente esses estudos são realizados com pessoas famosas para obterem detalhes da história dos que nela participaram. Mas esse tipo de estudo pode também ser realizado com cidadãos comuns, para conhecer como estes vêem a história. Ainda, tais pesquisas podem ser realizadas com o objetivo de se conhecer melhor os aspectos básicos do comportamento humano. Normalmente nesse tipo de estudo os pesquisadores se deparam com alguém interessante como objeto de estudo e resolvem prosseguir a investigação, e o foco aparece conforme o contato se aprofunda.

- Estudos comunitários: similares com aqueles em organizações, mas ocorrem em bairros ou comunidades.

- Análise situacional: nesse tipo de estudo de caso é investigado um fato ocorrido.

- Estudos de caso múltiplos: quando pesquisadores estudam dois ou mais assuntos, ambientes ou bases de dados.

- Estudos de caso comparativos: quando dois ou mais estudos são realizados e depois comparados.

Para Stake (1994), um caso pode ser simples ou complexo. Pode ser uma criança ou uma sala de aula repleta de crianças ou, ainda, um grupo de profissionais estudando um aspecto da infância. Este autor identifica três tipos de estudo de caso, considerando-os heurísticos, mais do que determinativos: estudo de caso intrínseco, estudo de caso instrumental e estudo de caso coletivo.

Segundo Stake (1994), o estudo de caso é intrínseco quando o pesquisador busca um entendimento mais aprofundado de um caso em particular, e não porque este caso representa outros casos, ou ainda porque este ilustra uma característica ou problema em particular, ou mesmo devido ao interesse em construir uma teoria. O estudo ocorre devido a um interesse intrínseco ao caso (determinada criança, clínica etc.) ou questão.

Para o referido autor, o estudo de caso é instrumental quando se estuda aprofundada e detalhadamente um caso em particular, visando proporcionar entendimentos acerca de uma questão externa ao caso. O caso é de interesse secundário e seu papel é oferecer suporte para o entendimento de aspectos externos ao caso. O caso pode ser típico ou não, sua escolha é feita visando compreensões acerca de um interesse além do caso. Devido ao fato de que normalmente pesquisadores têm vários interesses quando realizando uma pesquisa, e que tais interesses tendem a ser alterados durante o processo da pesquisa, de acordo com Stake (1994), não existe um limite diferenciando entre o estudo de caso intrínseco do estudo de caso instrumental, mas sim, uma área de objetivos combinados que os distinguem.

Caminhando com Stake (1994), o estudo de caso coletivo compreende um interesse ainda menor por um caso em particular. Pesquisadores, quando realizando um estudo de caso coletivo, estudam vários casos juntos, visando compreender acerca de um fenômeno, população ou uma condição generalizada. É importante ressaltar que o estudo de caso coletivo

não é um estudo coletivo, mas sim um estudo instrumental ampliado para vários casos. Casos individuais estudados dentro de um estudo de caso coletivo podem ou não ter características similares, redundantes ou variáveis. Os casos são escolhidos porque se acredita que os conhecendo de uma maneira mais profunda, possa haver uma melhor compreensão teórica acerca de um maior número de casos.

O objetivo desta pesquisa é compreender, segundo a teoria de Winnicott sobre o desenvolvimento humano, a complexidade da relação que homens que desenvolveram transtornos alimentares têm com seu corpo; a forma que eles vivenciam seu corpo e imagem corporal e como isso influenciou no desenvolvimento de um transtorno alimentar e no tratamento. Para isso, foram selecionados três casos de jovens do sexo masculino que desenvolveram anorexia nervosa e/ou bulimia nervosa. Na primeira etapa do trabalho cada caso foi analisado separadamente. Na segunda etapa, os casos foram comparados e as convergências e divergências foram verificadas. A meta de um aprofundamento na compreensão de cada caso, visando uma melhor compreensão, inclusive teórica, de um maior número de casos, demanda que a metodologia de estudo de caso empregada seja do tipo instrumental e coletivo, tal qual descrita por Stake (1994).

5.6 Participantes

Pacientes masculinos diagnosticados com anorexia nervosa e ou bulimia nervosa, atendidos no GRATA (Grupo de Assistência em Transtorno Alimentar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP) e seus respectivos acompanhantes/familiares (que acompanharam o processo de adoecimento e tratamento) e profissionais de saúde que acompanharam cada caso.

5.6.1 Critérios iniciais de inclusão/exclusão dos participantes

- 1) Ser do sexo masculino.
- 2) Ter recebido o diagnóstico de anorexia e/ou bulimia nervosas, síndromes totais ou parciais (AN e BN atípicas), conforme os critérios definidos no DSM-IV-TR e CID-10.
- 3) Estar em seguimento atualmente no serviço ambulatorial, ou ter realizado o tratamento e se desligado do mesmo, por abandono ou alta, desde que a data de procura da assistência seja a partir de 1999.
- 4) Ser o familiar ou responsável pelo paciente perante o serviço, ou ser indicado pelo paciente como um informante qualificado para oferecer as informações que o estudo se propõe a investigar.
- 5) Ser ou ter sido nutricionista, nutrólogo, psicólogo e psiquiatra responsável pelo atendimento desses pacientes.
- 6) Concordar em participar da pesquisa, formalizando sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos os pacientes e familiares que apresentassem comorbidades, transtornos psicóticos ou cognitivos profundos, bem como déficits auditivos ou de comunicação que inviabilizariam a realização da entrevista.

5.6.2 A seleção do caso

A definição do “caso” a ser investigado se fundamentou nos critérios propostos por Yin (2005). Assim, inicialmente, foram selecionados para estudo os pacientes que mostraram maior relevância para a compreensão do fenômeno estudado e/ou que se mantiveram por mais

tempo em tratamento, além disso, eram aqueles que estivessem dentro dos critérios de inclusão/exclusão dos participantes. Em princípio, foi proposto selecionar dois casos: um que, tendo completado o tratamento, recebeu alta; e outro que estivesse em seguimento por ocasião da coleta de dados. Portanto, até esse momento, o presente estudo seria conduzido com dois pacientes e seus respectivos acompanhantes. No entanto, conforme a coleta de dados se iniciou, um dos quatro pacientes masculinos, atendidos nesse período, abandonou o serviço, restando três rapazes. Optou-se, então, por realizar a pesquisa com os três pacientes atendidos no GRATA. O universo de cada caso, conforme mostra o diagrama abaixo, é composto pelo rapaz com transtorno alimentar, seus familiares/acompanhantes e profissionais de saúde que acompanharam o caso. Além de o prontuário médico e as anotações pessoais (diário de campo).

Figura 1. Universo de participantes que compõe cada caso

Face ao objetivo proposto, esta pesquisa tem como foco três adolescentes do sexo masculino diagnosticados com transtorno alimentar e pacientes do GRATA. Foram convidados para participar informantes-chave, como familiares que acompanharam o processo de adoecimento e profissionais de saúde.

Outras informações foram coletadas a partir do prontuário médico de cada paciente e, também, a partir das anotações da pesquisadora no diário de campo, efetuadas ao longo do processo de investigação.

Participantes ⁶	Idade (anos)	Escolaridade	Profissão	Religião	Estado civil	Diagnóstico	Tempo de Tratamento	Situação atual
Fernando	18	2º colegial (Supletivo)	Trabalha em supermercado	Evangélico, praticante	Solteiro	Anorexia nervosa/síndrome parcial: Transtorno alimentar sem outra especificação (DSM-IV-TR)	Um ano e três meses. Situação atual: alta	Alta
Mateus	16	2º ano do ensino médio	Recepcionista em loja de animais domésticos	Católico, não praticante	Solteiro	Anorexia nervosa do tipo compulsão periódica/purgativo (DSM-IV-TR)	Dois anos e quatro meses. Situação atual: em seguimento	Em seguimento
Gustavo	18	2º ano do curso técnico em química	Trabalhador braçal	Católico, não praticante	Solteiro	Anorexia nervosa do tipo compulsão periódica/purgativo (DSM-IV-TR)	Seis anos e 10 meses. Situação atual: alta	Alta

Quadro 1. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com transtorno alimentar

5.7 Procedimentos éticos

Em setembro de 2005, o GRATA foi contatado a fim de se conhecer a equipe, visitar o serviço e pleitear a inserção como psicóloga voluntária do serviço. O interesse para desenvolver o presente projeto de pesquisa começou a ser gestado conforme o contato com o grupo foi se estreitando. O projeto foi elaborado mediante o suporte do Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, coordenador da equipe de Psicologia do GRATA e apresentado ao chefe do Departamento de Clínica Médica e ao coordenador do Ambulatório de Nutrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, tendo recebido a anuência de ambos (ANEXOS A, B). A seguir foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital

⁶ Todos os nomes dos participantes (adolescente com transtorno alimentar, familiares, profissionais de saúde) que aparecem nesse estudo são fictícios.

das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) e enquadrado na categoria aprovado, processo: HCRP nº 8342/2006 (ANEXO C).

A participação dos pacientes, acompanhantes/familiares que acompanharam o processo de adoecer e profissionais de saúde, foi voluntária e formalizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS D, E, F, G). A coleta de dados foi realizada de acordo com a disponibilidade dos colaboradores. Não foram utilizadas técnicas de persuasão de qualquer espécie no sentido de obter o consentimento, pois se acredita que o respeito à opinião dos voluntários deve ser a principal diretriz de estudos científicos conduzidos com seres humanos⁷.

5.8 Local

- O GRATA (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares)

Os pacientes com diagnóstico de anorexia e bulimia nervosas, encaminhados pelos diversos serviços públicos de saúde de Ribeirão Preto e outras cidades da região, são atendidos pelo GRATA, do Ambulatório de Nutrologia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. O GRATA é um serviço especializado, criado para fornecer assistência em transtornos alimentares dentro de um enfoque multi e interdisciplinar.

⁷ Em relação à participação de adolescentes como voluntários de pesquisa, Guariglia, Bento e Hardy (2006) assinalam, em seu estudo com pesquisadores e adolescentes, que os pesquisadores consideraram que “os adolescentes têm capacidade para decidir de forma autônoma participar como voluntários de pesquisa. As jovens afirmaram ter decidido a participação conscientemente” (p. 59). No caso de pacientes com idade inferior a 21 anos, será colhido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tanto do adolescente como do familiar, autorizando a participação dos mesmos. Considera-se que é necessário que os adolescentes, bem como os demais participantes do estudo, estejam plenamente informados sobre as normas e determinações fixadas pela resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde-CNS sobre pesquisas com seres humanos, e que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido esteja redigido numa linguagem acessível a esses diferentes grupos, para que, quando convidados a participarem, possam avaliar a qualidade das informações recebidas e, assim, decidirem de forma realmente informada.

Aos pacientes são oferecidos atendimentos individuais, conduzidos por médicos nutrólogos (residentes e adidos ao serviço) e nutricionistas (voluntárias); grupos de apoio a portadores e familiares, coordenados por psicólogos, nutricionista e médico psiquiatra, além de avaliação psicológica, psicoterapia individual e encaminhamento psiquiátrico. A psicoterapia individual também é oferecida aos pais ou acompanhantes responsáveis.

Todo o atendimento oferecido para pacientes e seus acompanhantes é realizado no dia do ambulatório, atualmente às sextas-feiras. Em alguns casos a psicoterapia individual é realizada em outros dias da semana.

No período em que a pesquisa foi realizada, cinquenta e cinco pacientes estavam em seguimento clínico regular, sendo que 4 eram do sexo masculino. As idades variavam de onze e setenta anos, com amplo predomínio de pacientes jovens, em sua maioria entre quatorze e vinte e cinco anos, sendo que apenas três pacientes tinham mais de quarenta anos. Como a maioria encontrava-se na adolescência, era obrigatória a presença de pais ou acompanhantes (responsáveis legais) durante os atendimentos. O tempo de doença e a gravidade do quadro clínico sintomatológico variavam muito entre os pacientes.

5.9 Instrumentos

Gravador portátil, MP3, roteiros de entrevistas semi-estruturadas (ANEXO H), prontuários médicos.

5.9.1 Sobre as entrevistas

Gil (1999, p. 117) define entrevistas como

uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas no âmbito das ciências sociais.

Para Robson e Holden (1998, p. 228) a entrevista é “um tipo de conversação; uma conversa com uma razão, um motivo (...) as entrevistas parecem ser uma forma direta e não problemática para se descobrir algo”. Segundo Yin (2005), as entrevistas são uma das mais importantes fontes de informações para um estudo social.

Para Debus (1994), há algumas situações em que as entrevistas são mais usadas: quando o tema estudado é complexo e demanda um público bem conhecedor do assunto; quando o tema é delicado; quando é um estudo com um grupo geograficamente disperso, ou quando se busca saber a opinião de consumidores acerca de uma propaganda potencialmente controvertida e não se quer correr o risco de que a opinião geral afete a individual. Nas entrevistas individuais o controle que o investigador tem sobre o ambiente é limitado, portanto, pode haver variações no contexto de cada entrevista.

De acordo com Bogdan e Biklen (1997, p. 335):

As boas entrevistas produzem riquezas de dados, recheados de palavras que revelam as perspectivas dos respondentes. As transcrições estão repletas de detalhes e de exemplos. Um bom entrevistador comunica ao sujeito o seu interesse pessoal, estando atento, acenando com a cabeça e utilizando expressões faciais adequadas.

Para Gil (1999), a entrevista é uma técnica muito importante, pois, além de ser um bom instrumento, uma vez que não exige que o entrevistado saiba ler ou escrever, é muito útil

para obter dados em profundidade sobre o comportamento humano, e tais dados podem ser classificados ou quantificados. Além disso, por meio do uso da entrevista, é possível a obtenção de dados referentes aos mais distintos aspectos da vida social. Este autor ainda menciona acerca da flexibilidade e fácil adaptabilidade desse instrumento (mas, para isso, é preciso que o entrevistador tenha conhecimento e experiência).

Todavia, Gil (1999), assim como outros autores, também menciona algumas desvantagens em relação ao uso de entrevistas: o fato do pesquisador depender da motivação e interesse do entrevistado pode ser complicado, afinal, se este estiver desmotivado a participar da entrevista, isso poderá alterar o resultado. Além disso, em uma entrevista, o entrevistador conta com a verdade do entrevistado. Este, no entanto, pode mentir uma resposta. E, finalmente, o entrevistado pode ter dificuldades vocabulares em responder a pergunta ou ainda ficar intimidado pelo pesquisador ou influenciado por outros participantes no caso de entrevistas em grupo.

Segundo Delgado e Gutierrez (1995), a entrevista em profundidade é um construto comunicativo e não apenas um simples registro das falas do sujeito. É um sistema de comunicação que se retro alimenta; há uma troca de mensagens que alimentam a relação entrevistado/entrevistador. A entrevista envolve três níveis:

- 1) O contrato comunicativo: é muito importante que os entrevistados saibam previamente porque estão sendo entrevistados. Cabe ao entrevistador explicar os motivos de seu estudo. Não é necessário que aprofunde os detalhes, mas deve se colocar aberto para responder todas as dúvidas do entrevistado e também concordar caso o sujeito não deseje continuar sendo entrevistado.
- 2) A interação verbal: estabelece-se a partir de uma série de intervenções do entrevistador. Este deve guiar o entrevistado de acordo com o objetivo da entrevista,

fazer comentários dando seqüência às respostas do entrevistado, ou seja, o entrevistador deve interagir com o entrevistado.

3) O universo social de referência: nesse tipo de entrevista não se busca estudar os problemas pessoais de um indivíduo, mas sim a estrutura social, cultural e de classe que geram a estrutura de sua personalidade e os condicionamentos ideológicos de seu processo motivacional. Assim, esse tipo de entrevista é um processo de interação específico e parcialmente controlado, em que o entrevistado forma arquetipicamente uma imagem de sua personalidade, através de materiais projetivos e biográficos que refletem sua representação social.

Valles (1997), em um discurso mais aprofundado acerca da entrevista em profundidade, conclui que as entrevistas podem ser de diferentes formas: focada, aberta ou semi-estruturada, que é a mais popular. Essa última forma de entrevista, utilizada neste estudo, é uma mescla entre conversação e perguntas previamente pensadas. Foi escolhido esse tipo de entrevista justamente por permitir flexibilidade a partir de um roteiro pré-definido para trabalhar com as informações que os entrevistados trazem espontaneamente.

Em uma entrevista, o ideal é que o entrevistado a sinta como uma conversa informal, sem se dar conta de que está sendo interrogado. A entrevista deve ocorrer como um diálogo, dessa forma, é essencial que haja uma interação, mas o pesquisador deve sempre se lembrar de que “o princípio básico das entrevistas é a certeza de que, durante todo o processo, as informações estão sendo controladas” (MINAYO, 1994, p. 117). O entrevistador deve incentivar o entrevistado a falar, deve ouvi-lo sem contradizê-lo. Dessa forma,

a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador (MINAYO, 1994, p. 114).

Além disso, segundo Gorden⁸ (1975 apud VALLES 1997) ao preparar uma entrevista, o investigador deve estar atento a:

- 1) Selecionar entrevistados mais capazes e interessados a participarem ativamente, ou seja, dispostos a fornecerem informação.
- 2) Manter uma boa relação com os entrevistados.
- 3) Estabelecer tempo de duração da entrevista e um local apropriado

Segundo Valles (1997) as vantagens da entrevista em profundidade são:

- A riqueza informativa: é uma entrevista ampla, holística, pessoal e intensa.
- Flexibilidade: o entrevistador pode pensar perguntas às quais não havia pensado antes. E também aprimorar alguma pergunta que o entrevistado não tenha compreendido etc.
- É uma técnica econômica no sentido de que cumpre o papel estratégico de previsão de erros (tempo, qualidade) que podem trazer um resultado negativo à pesquisa. Além disso, pode beneficiar outras técnicas tanto qualitativas quanto quantitativas, utilizadas em uma pesquisa.
- Melhor acesso a uma informação difícil de observar. Muitas vezes a observação, apesar de indicada, não é possível de ser realizada e ou ainda algo é pouco observável, assim, a entrevista se torna a melhor via.
- “Preferível por sua intimidade e comodidade” (VALLES, 1997, p. 198).

⁸ GORDEN, R.. Interviewing. Strategy, techniques and tactics. Homewood, Illinois: Dorsey Press. 1975.

Por outro lado, as desvantagens da entrevista em profundidade são (VALLES, 1997):

- A questão do tempo. Esse tipo de entrevista consome mais tempo para a análise e para a duração da entrevista.
- Problemas com a validade dos dados colhidos. O entrevistador pode mentir ou omitir suas respostas.
- A falta de observação direta ou participativa, que propiciará ao entrevistador colher dados além da fala do sujeito. Para Minayo (1994), seria interessante para complementar as entrevistas, quando possível, a realização da observação, visando captar, além da fala do sujeito, as relações, gestos e fatos do cotidiano.
- A falta de interação grupal (no caso de uma entrevista em grupo). Os membros do grupo podem ficar incomodados com a presença do outro ou, ainda, podem ficar entediados com a discussão do grupo ou intimidados ou mesmo serem influenciados por outras respostas etc.

É interessante refletir que muitas das limitações apresentadas nesse estudo acerca do uso de entrevistas são, na verdade, principalmente oriundas do fato de que as entrevistas “como interação social, estão sujeitas à mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade” (MINAYO, 1994, p. 120). Portanto, a maioria dos obstáculos desse tipo de instrumento é um reflexo das relações sociais atuais.

Finalizando, é importante ressaltar que, apesar das desvantagens apresentadas acima, a literatura aponta que a comunicação verbal ainda é uma forma privilegiada de interação, e, conseqüentemente, de acesso aos aspectos emocionais e comportamentais do outro (MINAYO, 1994).

5.10 Procedimento

5.10.1 Fase 1 Exploratória

Fase Exploratória	Procedimentos adotados	Finalidades
Período: Setembro 2005 a Julho de 2007	Revisão Bibliográfica	Conhecer a literatura nacional e internacional acerca dos TA em homens.
Período: Setembro 2005 a Julho 2006	Levantamento e consulta das planilhas do GRATA dos pacientes desde 1982, para conhecer o total de pacientes masculinos desde o início do serviço.	Investigação do número de pacientes masculinos atendidos no GRATA ao longo dos anos, para conhecer a característica do serviço e verificar se confirma a literatura de que casos de TA em homens são menos encontrados do que em mulheres.
	Observação do Ambulatório de Nutrologia, responsável pela assistência e triagem aos desnutridos e obesos, para conhecer a rotina da triagem e ter um primeiro contato com futuros pacientes do GRATA.	Contato com a rotina do ambulatório, observação da triagem dos possíveis pacientes do GRATA.
	Observação das reuniões de equipe do GRATA, observação do Ambulatório de Nutrologia responsável pela assistência a portadores de TA e familiares - o GRATA.	Compreensão sobre a rotina do serviço. Contato com pacientes. Delimitação de casos de interesse de acordo com os critérios pré-estabelecidos para a escolha dos casos.

Quadro 2. Descrição dos procedimentos adotados e suas finalidades durante a Fase Exploratória

Em setembro de 2005 fui admitida como membro voluntário do GRATA, passando a integrar a equipe interdisciplinar responsável pela assistência em transtornos alimentares.

A partir da observação dos atendimentos ambulatoriais constatee empiricamente que a maioria dos pacientes com queixas que sugeriam o diagnóstico de transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosas) eram adolescentes e jovens adultos do sexo feminino. Essa supremacia do gênero feminino confirma o que é encontrado na literatura, embora tenha havido um aumento discreto na população masculina. Segundo Zelman (2005), em estudo recente, o número de homens com anorexia ou bulimia nervosa aumentou nos últimos dez

anos. Apesar do crescente número de estudos publicados nos últimos trinta anos, a anorexia e a bulimia nervosas em homens continuam pouco compreendidas. Por um longo tempo, inclusive, acreditou-se que tais transtornos não acometessem pessoas do sexo masculino. Esse desconhecimento gerou a falta de familiaridade dos profissionais da saúde com tal assunto, dificultando a percepção de tais problemas e, por conseguinte, o diagnóstico e tratamento (MELIN; ARAÚJO, 2001). Carlat, Camargo e Herzog (1997) reforçam a necessidade de informações sobre pessoas do sexo masculino com transtornos alimentares, inclusive do ponto de vista prático, para auxiliar no reconhecimento diagnóstico e tratamento.

Tendo em vista tais considerações, surgiu o interesse inicial de investigar qual é a incidência de pacientes adolescentes e jovens adultos do sexo masculino junto ao GRATA, desde o início dos anos oitenta, quando se iniciou o serviço (nessa época recebia um outro nome), até os dias atuais. Para isso, realizei um detalhado levantamento nas planilhas dos pacientes atendidos desde 1982. Assim, foi encontrado que, dos 189 pacientes atendidos entre 1982 e 2005, apenas dezessete eram do sexo masculino e onze buscaram ajuda depois de 1999 e, nesse momento em que tal levantamento foi realizado, havia 4 pacientes masculinos em atendimento.

Após a realização da fase exploratória e a contemplação dos aspectos éticos, foram feitos os contatos com os participantes às sextas-feiras, durante o ambulatório, como descrito posteriormente. Neste período também foi realizada a consulta aos prontuários médicos dos pacientes, para a obtenção de informações clínicas dos mesmos.

5.10.2 Fase 2 Coleta de dados: contatos

- 1) Coleta de informações (clínicas) nos prontuários médicos de cada paciente.
- 2) Anotações pessoais em diário de campo durante todo processo de investigação.
- 3) Contatos com os pacientes, familiares/acompanhantes e profissionais de saúde e realização das entrevistas.

Como os contatos com os pacientes, familiares/acompanhantes seriam realizados nos retornos dos pacientes no Ambulatório, que acontecem às sextas-feiras, houve um processo de contato diferente para cada paciente e seu acompanhante. O mesmo ocorreu com o contato com os profissionais de saúde.

Os participantes do presente estudo foram entrevistados individualmente. As entrevistas com os pacientes 1 e 2 e seus respectivos familiares foram realizadas no HCFMRP-USP, em uma sala reservada e com condições apropriadas de conforto. As entrevistas com o paciente 3 e seus familiares foram realizadas na casa do paciente, situada em município próximo de Ribeirão Preto, em um domingo.

A entrevista com a psicóloga ocorreu na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo), em uma sala reservada. O Médico Nutrólogo (do paciente 2) foi entrevistado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), no corredor. O Médico Nutrólogo e a nutricionista do paciente 1 foram entrevistados em sua casa e o psiquiatra e nutricionista do paciente 2 foram entrevistados em seu consultório.

Todas as entrevistas foram realizadas em conformidade com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que estabelece os cuidados éticos a serem observados em pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta das informações clínicas e sociodemográficas nos prontuários dos três pacientes foi realizada no HCFMRP-USP, em diferentes dias.

Antes do início da entrevista, foi estabelecido o *rapport* com os participantes, fornecendo as informações e os esclarecimentos necessários acerca dos procedimentos concernentes à pesquisa basicamente da seguinte forma:

“Como já foi colocado para você, por meio dessa entrevista, eu poderei conhecer um pouco melhor qual é a vivência que o paciente tem acerca de seu corpo. A nossa conversa durará em torno de uma hora. Todas as informações colhidas serão mantidas em sigilo, no entanto, sinta-se à vontade em não responder alguma pergunta que possa incomodá-lo. Como informei antes, a entrevista será gravada. Assim, terei mais certeza de que não perdi nada do que me disser. Tudo bem? Gostaria de me perguntar algo? Podemos começar?”

Como previamente mencionado, uma vez recebida a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, a coleta de dados dos prontuários médicos foi iniciada e, assim, também o contato com os participantes para o agendamento de entrevistas. As anotações no diário de campo foram realizadas durante todo o processo de coleta (contato, antes e depois de entrevistas).

5.10.3 Descrição do contato com pacientes, familiares e profissionais de saúde, feito pela pesquisadora, para convidá-los a participar do estudo

5.10.3.1 Caso 1

O contato com esse paciente seria realizado dia 25 de agosto, em seu primeiro retorno no segundo semestre de 2006. O paciente não compareceu ao retorno agendado. A mãe ligou no ambulatório, no horário da consulta, para justificar o não comparecimento do filho. Assim, decidi telefonar para o paciente para remarcar o retorno a pedido da equipe, e aproveitei para realizar o convite para a pesquisa. Em uma segunda-feira à tarde, liguei para a casa de Fernando (paciente 1) para conversar com ele e com seu responsável acerca da pesquisa.

Fernando não estava, sua mãe Cássia atendeu ao telefone. Como já nos conhecíamos do serviço, apenas me apresentei novamente e conversamos sobre a pesquisa e remarcamos o retorno e as entrevistas.

5.10.3.2 Caso 2

O contato para a solicitação da participação da pesquisa com o paciente 2 e seu familiar/acompanhante foi o mais difícil. Isto porque já tinha informações da equipe, que foram confirmadas por meio de observação empírica, que tal paciente apresenta dificuldade em confiar no outro. Ao mesmo tempo, existia o desejo de que ele participasse da pesquisa, assim como nos casos 1 e 3, considerando que cada caso é singular e, por isso, torna-se essencial no presente estudo. Já com esses sentimentos e um “pré-conceito” formado em relação a Mateus (paciente 2), em seu retorno no dia 1º de setembro, conversei com ele acerca da natureza da pesquisa e expliquei-lhe os objetivos, solicitando sua participação e de seu acompanhante, no caso, sua avó materna (Mateus mora com a avó materna desde os sete anos). Ele concordou, então perguntei se faria naquele mesmo dia após o grupo. Ele concordou e combinamos de nos encontrar na sala de espera do Ambulatório. Conversaria com sua avó nesse mesmo dia, sobre sua participação e de seu neto.

5.10.3.3 Caso 3

Na época em que entrei em contato com o paciente e família, já havia se passado quase cinco meses que a carta tinha sido enviada. Apesar desse período de tempo, sentia que as entrevistas seriam viabilizadas, pois, a partir de conversas com a mãe e o próprio paciente, percebi que estavam dispostos a participar. No entanto, notei que teria que achar uma solução para a condução da entrevista, que não fosse realizá-las no Hospital. Quando propus à mãe do paciente (Fernanda) para ir até a sua residência, naquele domingo, senti que ela estava um

pouco apreensiva, a princípio, e também surpresa em um primeiro momento, mas logo aceitou. Essa decisão de ir até a casa de Gustavo (paciente 3) mostrou-se acertada, considerando-se que a família não mora em Ribeirão Preto.

5.10.4 A inserção dos pais ou cuidador responsável

Nesse momento do processo de coleta de dados, pelo fato da acompanhante responsável ser mãe ou avó - que na ausência da mãe, foi a cuidadora - dos pacientes, comecei a questionar acerca do papel masculino e da presença dos pais na vida desses rapazes. Quem é o pai ou o cuidador? Como este percebe esse aspecto da corporeidade do filho? Como eles se relacionam? Como se dá a tríade mãe-pai-filho, no caso desses adolescentes com TA? Várias perguntas, que não são exatamente o foco do estudo, emergiram, mas senti necessidade de investigar. O primeiro procedimento foi perguntar para Mateus e Fernando se concordariam com a participação do pai e avô. Concordaram e combinamos de telefonar para ambos.

5.10.4.1 Casos 1 e 2 - Contatos com pai e avô (cuidador responsável)

No último retorno de Mateus, quando pedi a autorização para entrevistar seu avô, solicitei também o telefone do mesmo. Quando telefonei, apresentei-me a ele, expliquei a natureza e objetivos da pesquisa e o convidei a participar. João (avô) logo concordou.

O contato com pai de Fernando foi realizado a partir de uma ligação telefônica. Liguei em sua casa e conversei com sua esposa sobre a possível participação de Carlos (pai). Ela concordou prontamente.

5.10.4.2 Caso 3 - Contato com o pai

No momento em que as entrevistas foram realizadas com Gustavo e seus acompanhantes, já havia decidido entrevistar os pais, então, não foi preciso fazê-lo separadamente, como nos casos anteriores.

Convém lembrar que o projeto, inicialmente, previa entrevistar os familiares acompanhantes dos pacientes, que, posteriormente, foi percebido que eram sempre mães (ou avós).

5.10.5 Contato com profissionais de saúde

O contato e agendamento das entrevistas com os profissionais de saúde foram realizados pessoalmente, no próprio Ambulatório, ou por meio de conversa telefônica. Todos os profissionais contatados mostraram-se solícitos e disponíveis para a entrevista.

5.10.6 Fase 3 Análise dos dados

Após o término da coleta de dados, foi iniciada a (complexa!) fase de análise deste material. De acordo com Yin (2005), uma das estratégias para análise e interpretação de dados em um estudo de caso é aquela que se baseia em proposições teóricas que levaram à realização do estudo, servindo como guia da análise do mesmo. No presente trabalho, os dados obtidos por meio das diferentes fontes foram triangulados e interpretados com o suporte teórico oferecido pela psicanálise.

Esquema de análise de cada caso:

Figura 2. Triangulação das diferentes fontes de coleta de dados

- Objetivo principal: compreender o modo peculiar como o adolescente com transtorno alimentar está alojado em sua corporeidade. Objetivos secundários:
 - (1) Como os pacientes vivenciam seu corpo e imagem corporal, e como essa vivência influencia no início e evolução desses transtornos alimentares, no tratamento e na sua participação no mesmo.
 - (2) Como os familiares e profissionais de saúde percebem a problemática dos participantes desta pesquisa em relação à corporeidade.

Visando responder ao objetivo acima, foram realizados os seguintes procedimentos:

(1) Coleta de informações clínicas sobre os casos nos prontuários médicos.

(2) Entrevistas e diário de campo.

(3) Cada caso e seu universo foram, primeiramente, analisados de maneira separada.

Para isso, cada entrevista foi impressa e lida várias vezes. A seguir, com uma caneta colorida, fui grifando os temas que apareciam e escrevendo, ao lado do local onde grifei, o nome do recorte temático. Fiz também anotações pessoais sobre o trecho grifado, de acordo com anotações no diário de campo e informações colhidas nos prontuários de cada paciente.

(4) Para sistematizar a apresentação dos resultados, os dados foram agrupados em torno de núcleos temáticos, que permitem visualizar os principais achados. Esses núcleos foram obtidos a partir da análise de conteúdo (MINAYO, 1994; BARDIN, 1977), considerando que:

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 1994, p. 203).

De acordo com Bardin (1977, p. 9), “a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados”.

Minayo (1994, p. 208) sugere que “a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo”.

Assim, de acordo com Minayo (1994, p. 209) o pesquisador opta por fazer uma análise temática quando tem como objetivo descobrir “os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (...)”.

É interessante observar que apesar de se tratar de uma forma de análise qualitativa, a análise temática como técnica

é bastante formal e mantém sua crença na significação da regularidade (...) transpira as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional. Porém há variantes na abordagem, pois o tratamento dos resultados trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas. (MINAYO, 1994, p. 211).

(5) E, finalmente, foi realizada a triangulação das informações colhidas por meio de diferentes fontes: entrevistas (pacientes, familiares e profissionais de saúde), diário de campo e informações colhidas a partir do prontuário de cada paciente, segundo interpretação a partir do suporte teórico psicanalítico.

Depois da coleta e sistematização das informações sobre os participantes, escolhi apresentar os resultados na forma de uma narrativa, que descrevesse, a partir dos núcleos temáticos, o ambiente externo dos participantes, para chegar à construção de seu psiquismo e na sua relação com seu corpo.

6 O ACONTECER CLÍNICO: O VALOR DO ENCONTRO

“Como é por dentro outra pessoa
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Como que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento
Nada sabemos da alma
Senão da nossa
As dos outros são olhares
São gestos, são palavras
Com a suposição de qualquer semelhança
No fundo”

Fernando Pessoa

Nesse capítulo são descritas as informações do diário de campo: percepções, sentimentos e pensamentos vividos pela pesquisadora durante o processo da coleta de dados de cada caso.

6.1 O caso Fernando e o acontecer das entrevistas

Figura 3. Relação dos participantes que compõem o universo do caso Fernando

6.1.1 Identificação

Fernando (nome fictício), 18 anos, solteiro, branco, único filho do sexo masculino de uma prole de quatro irmãs mais velhas. No momento está completando o Ensino Fundamental (faz Supletivo, está cursando o segundo colegial), evangélico. Manifesta o desejo de seguir carreira militar, especificamente, a Aeronáutica, e faz planos de prestar os exames de admissão no ano que vem.

6.1.2 Situação familiar

Os pais de Fernando têm 5 filhos, ele é o mais novo e único homem. Atualmente mora com a mãe, o pai e uma das irmãs, que é solteira. As outras irmãs são casadas e moram com suas respectivas famílias. A família reside em um imóvel em um conjunto residencial da Cohab, adquirido mediante financiamento. O pai, 60 anos, ensino médio incompleto, passou por diferentes tipos de trabalhos, no momento está aposentado. A mãe, 53 anos, ensino médio incompleto, já trabalhou fora, mas, por causa dos problemas de saúde de Fernando, teve que abandonar o trabalho para cuidar exclusivamente dele e da casa. A irmã, que mora com eles, é estudante. Segundo informação obtida no prontuário médico, os pais e irmãs são magros; as irmãs têm boa saúde, a mãe é hipertensa e o pai, diabético. O paciente relata que seu relacionamento com os familiares é muito bom.

6.1.3 Vida social

Em seu tempo livre, Fernando gosta de conversar com a família, jogar videogame com os amigos e jogar bola.

6.1.4 No GRATA

Fernando foi internado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, pela primeira vez, em 2002, aos 13 anos de idade, devido a complicações decorrentes de diferentes queixas, dentre elas obesidade, hipótese de hipertensão arterial, intolerância à glicose, cefaléia, seguidas de diminuição da força muscular e mielite viral, que havia sido diagnosticada no ano anterior. Fez seguimento em diferentes ambulatórios: neurologia, fonoaudiologia,

endocrinologia e diabetes e clínica psicológica pediátrica. Em janeiro de 2006, foi atendido pela primeira vez no Ambulatório de Nutrologia, de onde foi encaminhado ao GRATA, com suspeita de transtorno alimentar.

Na primeira consulta no GRATA, em janeiro de 2006, o paciente estava com peso de 71kg, altura de 1,78 m, IMC: 22,41kg/m², portanto, eutrófico. Apresentava, como queixa inicial, grande perda de peso (46 kg em um intervalo de 10 meses). Fernando afirma que começou a perder peso após um quadro neuromuscular viral. Atualmente, seu desenvolvimento neuropsicomotor parece estar se processando dentro dos limites da normalidade. Quando pesava 117kg e, por apresentar intolerância à glicose e HAS (hipertensão arterial sistêmica), foi orientado por médicos e nutricionistas a perder peso e a controlar a dieta. Desde então, ele começou a fazer dieta por conta própria. Ele transmite a informação de que faz cerca de seis refeições diárias, em pequenas quantidades e não faz restrição específica a nenhum alimento. Incomoda-se com a possibilidade de aumento de peso. Por isso, segue uma rígida dieta alimentar e pratica exercícios físicos de forma exagerada.

A hipótese diagnóstica é anorexia nervosa/síndrome parcial: transtorno alimentar sem outra especificação (DSM-IV-TR).

Como situação atual, tem-se que ele recebeu alta em abril deste ano.

6.1.5 Entrevistas com Fernando e mãe

No dia 22 de setembro, quando fui chamar Fernando e sua mãe para os grupos, combinei com o rapaz que, após o grupo, eu o encontraria na sala de espera do Ambulatório e iríamos a uma sala adequada, onde pudéssemos realizar a entrevista. Também foi combinado com a mãe que a entrevista com ela somente seria realizada depois que fosse feita a entrevista com seu filho.

Um adolescente me espera no Ambulatório ao lado de sua mãe. Camiseta e calça comprida. Alto. Com um corpo nem magro, nem gordo. Uma timidez no olhar e um ritmo quase ingênuo em seu falar. Parece se questionando sobre nossa futura conversa. Sorri. Apesar de sua timidez, principalmente observada quando olha para baixo ao conversar, e de seu sorriso quase sem lugar, comunica-se fluidamente comigo. Ao final da entrevista, seu sorriso já tem mais lugar e seu olhar, sem tanto receio, me olha.

Assim como combinado, Fernando estava esperando após o grupo. Caminhamos em direção à sala que foi reservada para esse propósito. Fernando surpreendeu um pouco, porque parecia um rapaz tímido. Durante a entrevista dava algumas risadinhas que pareciam risadas de quem está com vergonha ou um pouco sem jeito. No entanto, apesar disso, ele contou aspectos íntimos que o incomodavam em seu corpo, respondeu todas as questões naturalmente e nossa conversa teve uma duração de aproximadamente 45 minutos. Senti-me tranqüila durante toda a entrevista. Ao final, caminhamos de volta à sala de espera do Ambulatório, quando chamei sua mãe.

Ao iniciar a entrevista, eu estava tranqüila, porque Cássia, assim como seu filho, demonstrava grande interesse em participar e parecia se sentir importante em ter recebido esse convite, isto foi possível perceber a partir da forma como ela olhava, como falava. A princípio, percebi que Cássia estava um pouco apreensiva, ou melhor, estava me observando

e, ainda, talvez pensando sobre aquilo que estava acontecendo naquele momento. No entanto, depois de alguns minutos de entrevista, ela “relaxa” e demonstra isso colocando sua bolsa que estava em seu colo, na mesa. Percebi essa atitude como um voto de confiança para meu trabalho e, a partir daí, nossa conversa fluiu. A entrevista teve uma duração aproximada de 1 hora e 22 minutos. Percebi sua necessidade de contar mínimos detalhes sobre sua vida e a vida de seu filho e família. Na verdade, esse fato me angustiou um pouco, porque precisava ficar com controle sobre nossa conversa, apesar de estar fazendo uma entrevista semi-estruturada e que permite flexibilidade. Com isso, senti que precisava estar atenta para não me sufocar e me perder com tantas informações que Cássia estava me contando e, assim, gerar uma com-fusão em mim e nos dados que estava coletando. A partir dessa experiência, fico pensando na necessidade dessa mãe em dominar e com-fundir-se com o outro e, claro, com seu filho.

6.1.6 Entrevista com pai de Fernando

Quando cheguei à sala de espera do ambulatório, avistei Fernando e seus pais. Caminhei em direção a eles, cumprimentei-os e me apresentei para seu pai: Carlos, que, muito delicadamente, sorriu para mim. Assim, caminhamos em direção ao local da entrevista. Senti uma presença muito amorosa de Carlos, com um olhar quase ingênuo, percebi timidez e uma possível atitude bastante passiva em relação à vida. Ele tem um problema na fala devido a um derrame. A entrevista correu lenta e amavelmente. Carlos respondeu tranqüilamente a todas as perguntas. Percebi que, nessa família, seu papel pareceu de um pai muito afetuoso, calmo, mas que, ao mesmo tempo, parece não ter ocupado a função paterna. Após a entrevista com sua esposa e filho, e agora o conhecendo, é possível perceber que Cássia é a figura forte e

dominadora desse lar. É significativo observar essa dinâmica familiar, porque a literatura referente às pessoas com TA traz uma mãe dominadora e um pai enfraquecido.

É muito interessante porque, antes mesmo de realizar a entrevista com pais e Fernando, tal dinâmica familiar já aparece, especialmente quando, ao ligar na casa de Fernando para convidar seu pai, conversei com sua mãe sobre esse convite e ela concordou rapidamente, demonstrando muita satisfação e orgulho ao me ouvir convidando seu marido a participar da pesquisa, ela disse: *“Claro, ele vai sim e vai ficar muito feliz quando eu contar para ele, você sabe, né? Ele anda doente...”*. É interessante notar que foi ela quem decidiu a participação de seu marido e filho, antes mesmo de checar com eles se estavam dispostos. Podemos pensar em um aspecto invasivo e autoritário dessa mãe. Parece que ela tem uma atitude de dominação em relação a Fernando e seu marido. Não havendo, assim, para estes, espaço e tempo para sentir e elaborar suas emoções, sempre visando “andar na linha”, e quem dita a “linha reta” é a mãe.

6.1.7 Entrevistas com os profissionais de saúde que atenderam Fernando

Foram entrevistados: psiquiatra, nutricionista (2), psicóloga, que o acompanhava no grupo de apoio psicológico, e dois médicos nutrólogos. Devido ao fato de serem residentes, existe uma rotatividade destes profissionais.

Estes profissionais em relação a Fernando demonstraram otimismo quanto a sua melhora nutricional e aderência ao tratamento, apesar de sua timidez e de ter muita preocupação em engordar, e demonstrar desejo de realizar atividades físicas em excesso. No entanto, observavam que Fernando se preocupava em manter peso e não engordar, mas tinha medo de prejudicar sua saúde. Fernando fora uma criança e adolescente que passou por vários quadros de doenças orgânicas (obesidade, mielite viral, intolerância à glicose, hipertensão

arterial). Portanto, com o tempo e uma maior vinculação e confiança com relação aos profissionais que o atendiam, começou a seguir as orientações médicas e nutricionais corretamente. Demonstrando desejo de ficar saudável e comer saudavelmente, o que facilitava o manejo dos profissionais.

6.2 O caso Mateus e o acontecer das entrevistas

Figura 4. Relação dos participantes que compõem o universo do caso Mateus

6.2.1 Identificação

Mateus (nome fictício), 16 anos, solteiro, branco, único filho do sexo masculino, tem uma irmã mais velha que não mora com ele. Cursa o segundo ano do Ensino Médio, mas afirma que não gosta de ir à escola, o que chateia muito seus avós, de família católica.

6.2.2 Situação familiar

Mateus nasceu em 1990, mora com a avó desde os sete anos de idade, quando a mesma o adotou legalmente. Os avós são separados, portanto, já faz alguns anos que Mateus mora apenas com a avó, tem uma irmã mais velha que também não mora com ele. Segundo relatos das entrevistas, o rapaz foi muito “*judiado*”, “*mal alimentado*” quando morava com seus pais (até os sete anos). O pai era muito violento com o rapaz e a mãe “*só olhava e não fazia nada*” (prontuário médico). Atualmente, o rapaz quase não encontra os pais. Segundo as entrevistas, percebe-se que a relação de Mateus com os avós é muito frágil, ele afirma que não o aceitam. Ambos apresentam dificuldades em aceitar a escolha sexual de Mateus. O avô diz sentir vergonha. Além disso, acham que Mateus tem a “*cabeça fraca*”, por isso desenvolveu um transtorno alimentar. É possível perceber que existe uma relação de hostilidade mútua entre eles e o rapaz. Mateus parece muito desconfiado: seu olhar, seu tom de voz dão a impressão que desdenha a vida e todos ao seu lado. Seu corpo é onde ele investe.

6.2.3 Vida social

Começou a trabalhar recentemente. Nas horas livres, gosta de sair à noite em barzinhos. Afirma ter apenas um verdadeiro amigo.

6.2.4 No GRATA

Sua primeira consulta no GRATA foi em julho de 2005, pesando 56 kg, com altura de 1,70 m e IMC de 20 Kg/m² (considerado eutrófico). Segundo prontuário, em 2004, começou a se sentir gordo, pesava nessa época 68-70 kg. Nesse período, começou a se achar menos

atraente que um amigo que tinha a mesma idade e pesava 10 kg a menos. Foi aí que conheceu a irmã de um amigo que, segundo relato, ensinou-o a vomitar voluntariamente. Mateus, então, iniciou uma dieta restritiva e começou a provocar vômitos, junto com uso de laxantes e chá de sene, para emagrecer rapidamente. Apresenta dificuldade em defecar sem o uso de laxantes. Nega uso de drogas injetáveis ou via oral, nega tabagismo.

Apresenta grande insatisfação com o peso e corpo, especialmente a barriga e as coxas e acentuada distorção da imagem corporal. É muito resistente ao tratamento. Mostra-se desinteressado e afirma que vem obrigado. Recusa usar o medicamento indicado pelo Psiquiatra, com medo de engordar. Na verdade, chegou a concordar, mas tomou apenas por alguns dias e desistiu. Quando vai aos retornos, recusa-se a pesar, continua fazendo uso exagerado de laxantes e provocando vômitos, além do uso do chá de sene. Afirma dificuldade em seguir a dieta indicada pela nutricionista. Segundo informação colhida em seu prontuário médico, relata que gostaria emagrecer mais até chegar aos 40 kg, para se sentir mais “*bonito*”. Refere ter o “*controle da situação*” e menciona que com 30 kg ficaria muito magro e “*feio*”.

A hipótese diagnóstica inicial foi bulimia nervosa (DSM-IV-TR), e futuramente anorexia nervosa do tipo purgativo (DSM-IV-TR).

Sua situação atual: Mateus está em seguimento, mas parece ter abandonado o tratamento, uma vez que não compareceu em seus últimos retornos.

6.2.5 As entrevistas com Mateus e seus avós

Com uma aparência moderna, parece gostar de moda, um colar no pescoço, jeans e camiseta e um boné na cabeça. O olhar se destaca. Ao olhar nos olhos de Mateus vejo um olhar que me olha e tenta me decifrar. Será que sou perigosa? Será que dá para confiar em mim? A sensação que tenho é que há um medo grande da invasão do outro. Pode o outro não ameaçar? Será que dá para chegar perto? Tudo isso está lá em seu olhar. Quanta comunicação, sem a necessidade de uma palavra se quer. E eu? Durante a entrevista fui ficando meio sem palavras. Seu olhar parecia me penetrar e eu ali, apenas queria dizer: dá para confiar.

Ele estava lá, esperando, e, quando o convidei a me acompanhar para a sala onde o entrevistaria, ele disse que não queria fazer naquele dia, porque não estava se sentindo bem. Concordei, mas confesso que, naquele momento, senti-me angustiada e desapontada. E ali, naquele momento, percebi que, apesar de seu aceite, nada estava definido. Combinamos, então, de realizar a entrevista em seu próximo retorno. Neste momento, quando me despidia de Mateus, sua avó chegou e então tive a oportunidade de conversar com ela sobre o estudo, da importância da participação de Mateus e convidá-la a participar também.

Seu retorno foi marcado para o dia 20 de outubro. Estava muito ansiosa. Será que ele aceitaria realmente participar da pesquisa? Teria Mateus mudado de idéia? A reunião de equipe terminou e fui chamar pacientes e acompanhantes para os grupos de apoio. Quando cheguei à sala de espera, avistei Mateus e sua avó. Nesse momento, comecei a me sentir um pouco mais tranqüila e pensei: eles vieram. Chamei todos para os grupos e aproveitei para confirmar participação de ambos e combinar de encontrá-los após os grupos. Eles confirmaram a participação e combinamos de nos encontrar na sala de espera do Ambulatório. Mateus seria entrevistado primeiro, e, a seguir, sua avó. Quando o grupo terminou, ele estava esperando na sala de esperas, e diz que saiu mais cedo do grupo porque não passou bem, teve pressão baixa e estava se sentindo fraco. Perguntei se ele gostaria de fazer a entrevista outro dia e ele disse que não, porque já estava se sentindo melhor. Então caminhamos para a sala onde a entrevista ocorreu.

Agora, voltando àquele momento, vejo como estava ansiosa para realizar aquela entrevista. Nossa conversa fluiu com dificuldades. Mateus respondeu a todas as questões, mas as respostas eram curtas e sem muita ênfase ou interesse. Parecia que ele não estava muito desejoso de estar ali. A sensação que tive durante a entrevista foi de ter que controlar e fazer perguntas o tempo todo, porque senão a conversa não iria muito além e poderíamos cair no vazio. Ele não me daria nenhuma informação que não perguntasse. Apesar das nossas

limitações, naquele momento, porque fui me sentindo tensa e preocupada em conduzir a entrevista de forma que cumprisse o objetivo, esse propósito foi cumprido e, após aproximadamente 40 minutos, nossa conversa terminou. Assim, caminhamos até a sala de esperas do Hospital e chamei sua avó, Matilde, que me acompanhou até a sala da entrevista. Agradei sua participação e, novamente, expliquei o intuito do estudo e a importância de sua participação e de Mateus. Ela disse que tudo bem, mas não me pareceu muito envolvida. A entrevista foi “fria”, se é que se pode usar essa palavra aqui. Matilde respondeu todas as questões, mas parecia distante, sem muita emoção, em alguns momentos dava uma risada, mas dava a sensação de um riso dissociado, como se suas palavras e sua emoção não caminhassem juntas. Sem afeto e sem açúcar, nossa conversa teve duração de aproximadamente uma hora.

A entrevista com o avô de Mateus foi realizada em outro dia. O interessante foi observar a reação de Mateus, quando solicitei a participação de seu avô, ele disse: *“tudo bem, mas não vai adiantar nada mesmo”*.

Quando liguei para seu avô explicando acerca da pesquisa e da sua participação, ele, como dito anteriormente, concordou em participar, mas logo perguntou se iria demorar muito, porque não poderia ficar no Hospital muito tempo. Expliquei que a duração da entrevista dependeria dele e que deveria durar aproximadamente uma hora. Ele também disse que precisaria ser entrevistado logo, perto do meio dia. Expliquei que teríamos sala apenas a partir da uma e trinta da tarde. Quantas ordens! Pensei.

Ele concordou em ser entrevistado nesse horário. João (avô) estava aguardando na sala de espera, após me apresentar, caminhamos em direção ao local da entrevista. Primeiramente, expliquei novamente a pesquisa e objetivos, agradei sua participação e enfatizei a importância dele estar ali, conversando comigo. Como de costume, pedi autorização para gravar. Ele aceitou, mas perguntou como esses dados seriam usados. Expliquei que seria

apenas para fins de pesquisa, e que seu nome não seria usado. Minha primeira impressão foi a de um senhor rígido, controlador e suas palavras eram carregadas de uma ironia crua. E foi assim que agiu durante toda nossa conversa. Respondendo a quase todas as perguntas, sem demonstrar emoção, e muito autoritário em seus comentários em relação a mim e, em inúmeros momentos, demonstrando sarcasmo em relação a seu neto. Algumas respostas foram bastante duras, demonstrando inflexibilidade e pré-conceitos. Precisei estar muito atenta aos meus objetivos como pesquisadora. Apesar disso, ao mesmo tempo, demonstrava estar disposto a ajudar, desde que estivesse no controle. Nossa conversa foi fluida e teve duração de aproximadamente 40 minutos. Assim como observado nas entrevistas com Fernando e seus familiares, é interessante perceber como a forma que Mateus e seus avós se relacionaram comigo, independentemente dos dados, durante todo o processo de coleta de dados, já conta muito de cada um deles e da relação entre si e com a vida.

6.2.6 Entrevistas com profissionais de saúde que atenderam Mateus

Em relação a este caso foram entrevistados: a psicóloga que o acompanhava no grupo de apoio psicológico, a nutricionista (2), o psiquiatra e dois médicos nutrólogos. Isto porque, como já mencionado, existe uma rotatividade destes profissionais por serem residentes.

Percebi nas falas dos profissionais uma mistura de angústia, raiva e, ao mesmo tempo, necessidade de cuidar de Mateus. No caso de Mateus aparecem, em vários momentos, nas falas dos diferentes profissionais, a questão do vínculo, manejo, sexualidade e dificuldade em aderência ao tratamento, assim como sua intensa insatisfação com o corpo e distorção da imagem corporal e intenso desejo de emagrecer, dificultando o processo terapêutico.

6.3 O caso Gustavo e o acontecer das entrevistas

Figura 5. Relação dos participantes que compõem o universo do caso Gustavo

6.3.1 Identificação

Gustavo, 18 anos, solteiro, branco, único filho do sexo masculino, tem uma irmã mais velha que mora com ele em uma casa numa cidade perto da casa de seus pais. Sua mãe também dorme nessa casa quase todos os dias da semana, porque trabalha numa cidadezinha

lá perto. O pai continua na casa da família e eles se reúnem aos finais de semana ou “quando dá”. Gustavo trabalha e estuda, é católico, mas não praticante.

6.3.2 Situação familiar

Gustavo mora com sua irmã em uma cidadezinha perto da cidade onde moram seu pai e a mãe. A mãe fica entre uma cidade e a outra, entre uma casa e outra. A razão que eles dão de morarem separados do pai é o trabalho. Por meio dos relatos observou-se que esta parece ser uma família que descobriu e está descobrindo formas de melhorar o relacionamento entre eles.

6.3.3 Vida social

Gustavo afirma gostar de sair, passear, namorar e pescar.

6.3.4 No GRATA

História de início de dieta restritiva. De acordo com seu prontuário médico, o paciente, que na época tinha 1,48 m, apresentou grande perda de peso associada à atividade física em excesso, estava pesando 43 kg e desejava chegar a 35 kg. Evoluiu com perda ponderal progressiva, chegando a 30 kg em dois meses, associado com temor excessivo de engordar e, dez dias antes da internação, houve surgimento de vômitos auto-induzidos. Gustavo ficou internado por dois meses e meio, quando recebeu alta da internação pesava 35,2 kg, IMC de 15.98 kg/m².

A hipótese diagnóstica é de anorexia nervosa do tipo purgativo (DSM-IV-TR).

A situação atual do caso: em abril de 2007, Gustavo recebeu alta do ambulatório.

6.3.5 Entrevistas com pais e irmã de Gustavo

Era um domingo, às 9 da manhã. Quando cheguei a sua casa, toquei a campainha, e, após uns cinco minutos, sua mãe abriu o portão. A seguir vem o pai e a irmã. Apresentei-me e entrei na casa. Quando seu pai me cumprimentou, senti um cheiro de bebida alcoólica e isso chamou a atenção. Entrei na casa e fomos direto à cozinha, onde me ofereceram café. Foi interessante porque Mateus ainda não estava lá. Como dito anteriormente, ele mora em outra cidade e não havia chegado, estava atrasado. Então sua mãe decide ligar novamente para ele e ninguém atende. O pai e a irmã dizem que a mãe fica muito em cima dele o tempo todo, e que ele nem gosta e que ele virá; *“deve ter acontecido alguma coisa”*. A mãe demonstrou-se muito preocupada, porque desde a noite anterior estava tentando falar com ele no celular. A irmã diz: *“acredita que todo dia de manhã ela liga para ele para acordá-lo?”*. O pai também concordou que ela não dá descanso para o filho. Até então não conseguiam localizá-lo e, enquanto o esperamos, decidi iniciar as entrevistas. Antes de começarmos, no entanto, a primeira pergunta que o pai me fez é se essa doença só atinge homossexuais. Respondi que não e percebi um alívio no sorriso do pai que concordou comigo imediatamente, diz: *“é eu sei”*. Como não estava ainda entrevistando não quis prolongar essa conversa.

A primeira pessoa que entrevistei foi o pai. Jorge, 51 anos de idade, estava com a aparência cansada, tinha olheiras no rosto, a boca estava muito seca e o cheiro era de que havia bebido na noite anterior. Foi muito simpático e respondeu a todas as perguntas calmamente. Percebi que estava muito atento e envolvido em nossa conversa. A entrevista teve duração de aproximadamente 42 minutos.

Nesse momento, sua mãe, após ter tentado ligar para o filho várias vezes, decidiu ir em busca dele, foi até a pracinha onde o ônibus chega.

Decidi então entrevistar a irmã porque considerei importante para o estudo. Foi uma conversa muito enriquecedora. Cláudia ficou muito envolvida. Em vários momentos emocionou-se. Percebi como, para ela, era importante e difícil falar sobre sua experiência de ter um irmão com TA e como foi doloroso para ela vivenciar essa doença do irmão. Foi uma entrevista muito bonita e calorosa, além de espontânea e sincera. Sua duração foi de aproximadamente 26 minutos. Duração curta, contudo, muito expressiva.

Quando esta entrevista se encerrou, a mãe chegou e Mateus também. Ele foi até a cozinha, onde me apresentei e ele pediu desculpas pelo atraso. Respondi que não tinha problema e fiz o convite para iniciar a entrevista com ele ou sua mãe. Nesse momento, ele diz para entrevistar sua mãe primeiro e sai da cozinha indo para a sala de TV com pai e irmã.

Percebi como ela estava envolvida em nossa conversa, e como falar sobre este assunto a emocionava e era doloroso. A entrevista teve uma duração aproximada de uma hora e trinta minutos.

Aliás, considero muito importante mencionar que todos os membros dessa família demonstraram muito interesse em participar e se entregaram emocionalmente à entrevista, demonstrando grande afeto e confiança, especialmente através de olhos com lágrimas, pausas, nó na garganta. Eu também me senti emocionada e muito interessada em conhecer aquilo que essas pessoas estavam contando.

6.3.6 Entrevista com Gustavo

Um rapaz bonito vem me cumprimentar na cozinha de sua casa. Parece um pouco tímido, mas muito educado e interessado a ajudar. Já consigo ver um homem na figura de um moço: a voz firme e séria, não ri muito, um olhar intenso...

Nossa conversa durou quase duas horas. Gustavo, de maneira calma e detalhadamente, contou todo o processo de seu adoecer até sua recuperação e vida atual. Foi uma entrevista

muito rica em detalhes e muito sincera, ao mesmo tempo em que afetiva. Percebi emoção em Gustavo quando contava sobre sua vida desde o início do desenvolvimento do TA. Foi muito interessante também porque hoje Gustavo, um rapaz saudável, pôde olhar para aquele Gustavo que desenvolveu um TA anos atrás.

Entrevistar toda a família foi uma experiência única e de extremo valor, uma vez que pude conhecer mais profundamente a complexidade dessa dinâmica familiar e a transformação dessa família, que se reconstruiu ao longo do processo de adoecimento e cura de Gustavo.

6.3.7 Entrevistas com profissionais de saúde que atenderam Gustavo

Os profissionais entrevistados que acompanharam o caso de Gustavo foram a psicóloga, o médico nutrólogo (1) e nutricionista. No entanto, apenas a nutricionista o acompanhou desde o início do tratamento, ou outros o atenderam quando o paciente já estava apresentando melhoras.

A psicóloga se mostrou bastante otimista quanto a Gustavo e disse que, no grupo, ele sempre buscava ajudar os outros pacientes com conselhos. A nutricionista também demonstrou bastante otimismo, falando que Gustavo parecia ter uma força dentro dele que o fez aderir ao tratamento e evoluir para a cura ao longo dos anos. O nutrólogo diz que, quando começou a atendê-lo, o paciente já estava em um quadro melhor, portanto, o processo terapêutico foi se desenvolvendo naturalmente, culminando na franca recuperação deste paciente.

6.4 As entrevistas com os profissionais de saúde (aspectos gerais relativos aos três casos)

Os profissionais de saúde se mostraram dispostos e abertos para participar. As entrevistas com eles tiveram duração em torno de trinta minutos e uma hora e meia.

Essas entrevistas foram muito enriquecedoras, no sentido de eu poder conhecer mais profundamente a situação clínica e emocional dos pacientes. Além disso, pude conhecer o manejo desses profissionais que lidam diretamente com cada caso, e como percebem a problemática da corporeidade em tais pacientes. Na maioria das entrevistas eu não precisei perguntar diretamente sobre esse aspecto, porque já aparecia naturalmente. A questão do vínculo e manejo com o paciente também apareceram com frequência durante as entrevistas. Aspectos estes que estão intimamente relacionados com a forma com que estes rapazes se relacionam com seu próprio corpo.

Algumas características percebidas nos três casos, encontradas nas entrevistas com profissionais, podem ser aqui assinaladas:

(1) Gustavo foi atendido por diferentes residentes de psiquiatria durante sua internação, em 2000. Devido a essa variação de residentes e ao fato dele ter sido atendido muitos anos atrás, as informações psiquiátricas foram coletadas a partir de seu prontuário médico. Também, a partir das entrevistas já realizadas com os outros profissionais de saúde que acompanharam o caso, percebi uma repetição dos dados, assim, considerei suficientes os dados colhidos a partir destas entrevistas e de seu prontuário médico;

(2) Como existe grande troca dos médicos nutrólogos, e como o GRATA ficou alguns meses sem esse profissional, houve uma variação no atendimento aos pacientes: Fernando (caso 1) foi atendido pelos dois médicos nutrólogos apenas no início do seu tratamento; Mateus (caso 2) foi acompanhado pelos dois médicos nutrólogos somente um período de seu

tratamento; Gustavo (caso 3) foi acompanhado pelo médico nutrólogo quando já estava numa fase inicial de melhora;

(3) É relevante mencionar que a psicóloga entrevistada os acompanha a partir dos grupos semanais com pacientes de apoio psicológico;

(4) Novamente, devido a essas mudanças de profissionais, o psiquiatra entrevistado acompanhou casos 1 e 2 por volta de um ano, mas não desde o início do tratamento desses pacientes;

(5) As nutricionistas (1 e 2) têm um contato mais aprofundado com tais pacientes, pois os acompanham desde o início do tratamento e com mais frequência, o que refletiu na profundidade das entrevistas.

Apesar dessas características, encontradas durante as entrevistas com estes profissionais, ainda assim considereei relevantes os dados colhidos, pois fica bem clara a complexidade da relação paciente/profissional, o que reflete a forma com que estes rapazes relacionam com seu corpo.

7 ANÁLISE E COMPREENSÃO DOS CASOS

Por meio da consulta da análise de conteúdo temática das entrevistas com Mateus, Fernando, Gustavo, encontrei os núcleos temáticos apresentados abaixo. Estes núcleos aparecerão **em negrito**, e as categorias pertencentes dentro de cada núcleo, quando existirem, aparecerão em *itálico*. Como as entrevistas seguiram um roteiro semi-estruturado, o leitor observará a repetição da maioria dos núcleos temáticos na apresentação dos três casos. Além disso, o objetivo desse estudo não é necessariamente cada caso em si, mesmo estes sendo, em sua singularidade, muito importantes, mas sim, aspectos similares desses casos de homens com transtornos alimentares, para poder abrir para uma reflexão sobre outros casos de homens com TA e sua relação com o corpo, que não sejam necessariamente os três casos tratados nesse estudo. O leitor observará similaridades sutis entre os casos, sutis, mas, fundamentais.

Os relatos dos participantes estão em *itálico*, e, em destaque no texto, para facilitar a leitura e identificação das falas. A análise e discussão dos casos serão apresentadas na seguinte ordem: primeiramente apresentarei o caso Mateus, a seguir, o caso Fernando e finalmente, o caso Gustavo. O leitor pode observar que a ordem de apresentação dos casos foi alterada. Isto tem um sentido. Conforme fui compreendendo a complexidade do ambiente psíquico e familiar de Mateus, pude refletir sobre os outros casos. Assim, em um processo de construção de conhecimento, as entrevistas do caso Mateus foram desencadeadoras do entendimento dos outros. Por isso, fez sentido para mim, apresentar esse caso primeiro. Ao me ver tão envolvida com esses relatos, compreendi também o que é uma pesquisa qualitativa e o papel do pesquisador que se propõe a fazê-la.

Vale ressaltar que esse estudo tem como base a teoria de Winnicott e, portanto, o ambiente é considerado fundamental, assim, considere importante apresentar ao leitor, em

forma de narrativa, os núcleos temáticos que demonstram o ambiente desses rapazes, para levar a uma reflexão mais aprofundada do desenvolvimento emocional dos mesmos e, conseqüentemente, da relação que cada um tem com seu corpo.

Apesar de a maioria dos núcleos temáticos e categorias temáticas ser relativa aos três casos, existem exceções: dentro do núcleo temático **Teatros do Corpo**, o leitor encontrará duas categorias relativas a dois casos em particular que serão discutidas, a posteriori, durante a análise de cada caso. Tais categorias são: *O regime! Corra, Fernando, corra!* (apenas encontrada em Fernando) e *A internação* (apenas encontrada em Gustavo). Além disso, o terceiro caso possui um núcleo temático singular, que também será discutido dentro da análise deste caso. Este núcleo temático chama-se: **O falso e o verdadeiro self**.

Finalmente, cabe esclarecer que os relatos dos profissionais aparecem no núcleo temático **O transtorno alimentar permeando as relações: a postura dos profissionais frente aos usuários e familiares do serviço clínico**.

Antes de iniciar a análise e discussão, segue abaixo uma breve explicação sobre os núcleos temáticos.

1) O desenvolvimento emocional

Este núcleo temático apresenta o ambiente que esses rapazes experienciaram desde seu nascimento. Os relatos me permitiram descrever a realidade familiar dos mesmos. Neste momento, convido o leitor a pensar acerca da construção da realidade psíquica destes jovens, a partir do conceito de Winnicott de um ambiente suficientemente bom. *O ambiente familiar* é a única categoria temática deste núcleo.

2) “O que será que me dá que brota a flor pele, será que me dá...”.

Neste núcleo temático são abordados os aspectos da sexualidade destes rapazes, que aparecem durante as entrevistas de forma mais ou menos destacada.

3) Teatros do corpo

Neste núcleo temático serão abordadas as categorias relativas à corporeidade. A expressão “teatros do corpo” é de Joice McDougall (1996) e a escolhi como título deste núcleo temático porque a palavra “teatros” é usada por esta autora como uma metáfora da realidade psíquica. As categorias encontradas foram:

→ *O adoecer*

→ *O corpo em cena*

→ *O corpo objeto*

→ *Conflito entre esquema corporal e o eu narcísico*

→ *O imaginário da perfeição*

→ *Distorção da imagem corporal*

→ *O regime! Corra, Fernando, corra!* (apenas encontrado em Fernando)

→ *A internação* (apenas encontrado em Gustavo)

4) O transtorno alimentar permeando as relações: a postura dos profissionais frente aos usuários e familiares do serviço clínico

Serão abordadas, nesse núcleo temático, categorias que auxiliem o leitor a observar como a relação que esses rapazes têm com seu corpo está intimamente conectada à maneira que estabelecem relações com a família e com os profissionais de saúde. Além disso, será possível observar o papel fundamental da construção de uma aliança entre a equipe, o paciente e a família contribuindo para a recuperação do paciente. As categorias que compreendem este núcleo temático são:

→ *Aceitação do TA*

→ *O tratamento*

→ *O manejo*

→ *O vínculo*

→ *Evolução*

5) Ah bruta flor do querer, ah bruta flor... (Caetano Veloso) Comprar, comprar, comprar... Quero, eu quero, quero... Ter, ter, ter...

Costa (1998) discute o sujeito atual como aquele que coleciona sensações e desvaloriza sentimentos, assim, a felicidade só pode ser alcançada se a pessoa está sempre se renovando externamente (claro!), para que possa, só dessa maneira, existir e sentir que existe aos olhos do outro. Abordarei, então, nesse núcleo temático, como eles se relacionam com o ser e o ter. Abadi (1998) discute que a anorexia e a bulimia representam facetas de auto-reparação e de vingança a um ambiente frustrante, e que a voracidade, assim como a inibição do apetite, é um sintoma anti-social muito comum. O ter, a acumulação de objetos, o consumismo respondem à necessidade de apoderar-se a um objeto para suprir uma falta.

6) O Zênite da força: o amor

O significado da palavra Zênite, de acordo com o “Novo Dicionário Básico da Língua Portuguesa” (FERREIRA, A. B. H, 1988, p. 686) é: 1) Interseção da vertical superior do lugar com a esfera celeste; 2) Auge, apogeu, culminância.

Este núcleo temático é sobre a vivência do afeto, porque essa experiência emocional é fundamental ao desenvolvimento emocional do ser humano, na construção psíquica e na relação com a corporeidade.

7) Uma mensagem...

Nas entrevistas, com cada um dos rapazes, perguntei que mensagem eles dariam para um outro rapaz da sua idade. Cada resposta demonstrou a singularidade de cada um desses rapazes.

8) O falso e o verdadeiro *self*

Este núcleo temático é singular a Gustavo, que, em vários momentos de sua entrevista, demonstrou vivenciar claramente a cisão entre o falso e o verdadeiro *self*.

7.1 O caso Mateus

“(...) esse negócio do amor (...)”.

Apresentarei abaixo o caso Mateus. O leitor observará a solidão de Mateus, que usa o corpo como uma fortaleza. Uma fortaleza que, na verdade, representa um profundo aprisionamento. Mateus parece viver sem saída e aprisionado em um *self* que não lhe faz boa companhia.

7.1.1 Apresentação dos núcleos temáticos:

1) O desenvolvimento emocional

→ *O ambiente familiar*

A vida de Mateus é marcada por um sofrimento profundo, desde o nascimento, conforme pode ser demonstrado nas falas de sua avó:

“Ele foi muito desgastado até na gestação, né? Até os sete anos, isso aí eu acho que a cabeça dele ficou um pouco sem saber nada, sem saber. Lá na casa dele não tinha, não tinha uma boa alimentação e lá não tinha uma estrutura pra nada assim (...). Então ele passava fome mesmo, passava fome, eu comprava a despesa lá, mas ele (o pai) vendia a despesa, vendia tudo”.
(Matilde).

Nesse momento da entrevista eu me questiono se ela sente raiva ou indignação, porque, apesar de suas palavras, tem um sorriso em seu rosto. Seu afeto parece bastante dissociado daquilo que está me contando. E eu fico pensando também: esse rapaz sentia fome do quê? Passava fome de quê?

No relato de seu avô:

“Ele estava maltratado pelo pai, né? O pai o maltratava demais sabe...”.
(João).

E, conforme registrado em seu prontuário médico:

“Refere que foi morar com avó por sofrer maus tratos em casa, refere que apanhava quase todos os dias do pai com cinta e corrente e a mãe só ficava olhando, sem fazer nada”. (Prontuário Médico)

Se pensarmos na teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott, em que o ambiente é fundamental como eliciador do desenvolvimento emocional e que o primeiro ambiente facilitador é a mãe ou cuidadora, podemos começar a refletir no porquê atualmente esse rapaz apresenta-se tão desconfiado, tão raivoso, com tanto desamor e descuidado por si mesmo, conforme percebido por meio do contato com ele.

Quando pergunto a Mateus sobre seus pais, ele responde em um tom impregnado de raiva e desdém:

“Vazio” (Mateus).

E continua:

“Queria ter uma família (...) acho que carinho, amor, mais ou menos alguma coisa assim”. (Mateus).

Mateus diz que sua avó não sabe como demonstrar esses afetos. No entanto, também fico pensando na capacidade de Mateus em receber o bom que vem do outro. Sua avó pareceu ser pouco amorosa, mas, por outro lado, será que esse rapaz também foi capaz de perceber ou, se percebe, de receber, ao longo de sua vida, as tentativas de sua avó e outros de se aproximarem dele? Será que Mateus, numa tentativa de se proteger da humilhação e rejeição vivida nos primeiros anos de sua vida, precisou desenvolver, como um mecanismo de defesa, um *self* adaptativo a este ambiente pouco saudável fazendo uso do isolamento? O perigo está no outro.

Mateus conta que

“Quando eu tinha uns dois anos foi quando começou, meu pai começou a me bater, passava fome, não tinha comida, tinha dia que eu só tomava água, sempre sofri quando eu morei com ele (...) e com a minha mãe”. (Mateus).

Atualmente seus pais não moram com ele e Mateus não sabe onde moram, não tem muito contato com os mesmos. Segundo informação no prontuário médico, Mateus diz sentir vergonha dos pais, do modo como eles se vestem e falam. Em entrevista, ele me conta que os pais só vão vê-lo de vez em quando, caso precisem de dinheiro ou comida dos avós. Convido o leitor a pensar o quanto as relações nessa família são estabelecidas no concreto, assim, os pais de Mateus apenas procuram os avós para suprir uma necessidade material: comida e dinheiro.

Mateus segue dizendo que não tem nenhuma lembrança boa de sua infância, e, quando pergunto como se sente acerca disso, ele me responde:

“Numa boa”. (Mateus).

Esse aspecto parece um mecanismo de defesa de dissociação afetiva. Mateus parece dissociado de seus sentimentos em relação às figuras parentais.

Ao mesmo tempo em que Mateus concordou em participar deste estudo, e estava ali, presente, atento à minha pessoa, observando-me, questionando-me, durante a entrevista eu fui experimentando uma sensação de ter que mostrar para ele que estávamos ali juntos e que ele poderia confiar em mim. Tive que fazer um grande esforço para dar continuidade a nossa conversa, porque ele me respondia exatamente o que perguntava, sem demonstrar muito afeto ou interesse. Eu precisei prestar atenção para não “esvaziar”, ou seja, para continuar conversando, perguntando e acreditando em mim. Parece que eu comecei a experimentar o vazio que ele sente.

Mateus morou com os pais até os sete anos de idade, época em que seus avós, depois de muitas tentativas, conseguiram tirá-lo dos pais, devido aos maus tratos que este rapaz

recebia. A avó relata que desde o nascimento de Mateus ela queria tirá-lo do ambiente parental, mas nunca conseguia devido à violência do pai, então decidira que, quando Mateus ficasse maior, iria tirá-lo da casa dos pais.

Os avós relatam que o pai sempre foi muito violento, além de fazer uso de álcool e drogas, e que não admitia que Mateus freqüentasse a escola. A avó relata que suas tentativas de levá-lo à escola sempre falhavam, porque o pai não permitia, não o deixava ir. O avô conta que acha que o pai não gostava que Mateus fosse à escola porque ele, o avô, pagava o ônibus da escola para Mateus. A avó relata então que, na última tentativa, levou Mateus à delegacia e fez queixa do pai que o havia espancado. Assim, conseguiu ficar com o neto. Aos sete anos de idade Mateus finalmente foi morar com os avós. Segue o relato da avó:

“Porque ele (o pai) era um homem sem educação, né? Como eu falei muito valente, gostava de bater, batia na mãe do (Mateus) na frente do (Mateus) como batia no (Mateus) também. Mas não tava tendo muito jeito de eu tirar o (Mateus) logo, nem a menina, a filha que nem era dele, porque ele era uma pessoa perigosa. Perigosa assim, ele deixava seqüela na gente se a gente quisesse enfrentar ele, entendeu? Aí que eu fiz, eu falei assim, deixa o menino crescer, que vai dar um tempo, que uma hora eu tiro o menino dele. E ela (sua filha) não teve jeito de tirar não, porque ela, quando ela não dava certo lá com ele, ele batia nela, ela ia lá em casa, mas ele já chegava empurrando lá o portão, abria, chegava lá dentro e tirava ela, vamos embora, vamos embora. Não teve jeito essa saída dela (...) Agora ela tem que agüentar as conseqüências. Não é que ela tem que agüentar (...) não se agüenta mais. Mas só que ela quis, né? Porque de certo ele falava que gostava, que amava, esse negócio do amor. Não é problema esse negócio do amor, ama, né? Nem todo mundo é bobo que fala porque ama, sofre, não é assim. Se for bem tratado fica com a pessoa que ama, mas se ama a pessoa, mas não for bem tratada tem que sair fora. Melhor sozinha do que mal acompanhada, mas ela não pensou isso (...). Mas quando o menino completou sete anos, quando ele completou seus seis anos eu pus ele no présinho pra preparar ele pro primeiro ano, só pra ver como é que ia ser (...). Comprei aquilo tudo, comprei uniforminho, comprei sapatinho, tudo. Aí ele só foi um dia, o pai dele já chegou lá falando pra diretora: - tira meu filho daí, tira meu filho daí que ele não precisa estudar não, bobagem, eu nunca estudei (...). Aí não deu pra deixar o menino, pra fazer o pré, né? Até eu perdi o dinheiro tudo das coisas que eu comprei, mas não tem problema não, isso aí a gente não liga não. É uma pena, aí então (...).(Matilde).

Por meio do relato acima é possível observar que Matilde preocupa-se em cuidar de Mateus, oferecendo estudo e tirando-o de um pai violento. No entanto, questiono-me: onde está o afeto? Onde está o amor? São oferecidas a Mateus provisões materiais.

Quando ela (avó) disse “*esse negócio de amor*”, senti um tom de desprezo em relação a esse sentimento. Como se, para ser feliz, fosse preciso deixar o sentimento de lado, ser racional. Fico pensando o quanto essas mensagens também possam ter sido introjetadas por Mateus que, em vários momentos de sua fala, parece não sentir que é possível amar e ser amado.

Sobre morar com sua avó, Mateus diz:

“No começo eu não gostei não, eu chorava, sentia falta da minha mãe, do meu pai. Depois fui acostumando (...) Prefiro morar com ela (...) Porque com ela eu tenho comida, tenho casa, tenho roupa. Com meus pais eu não teria nada disso”. (Mateus).

Mateus diz “*com meus pais não teria nada disso*”, acho interessante pensarmos no uso da palavra “nada”. Ele poderia ter dito com meus pais não teria tudo isso, mas Mateus escolhe o termo nada. Parece que, de certa forma, ele está desprezando o que a avó lhe dá, como se não fosse bom o suficiente. Provavelmente porque sente que falta o mais importante naquilo que a avó o oferece: o afeto. Pensando em termos winnicottianos, parece que Mateus, que não parece ter recebido um cuidado suficientemente bom de sua mãe, e, de seu pai, quando foi morar com os avós, continuou não recebendo esse acolhimento fundamental para o seu desenvolvimento. Faltou a Mateus sentir a pele e o calor do cuidador.

Acho importante apresentar um pouco sobre o relacionamento entre os avós de Mateus. A avó relata que

“Aí o que aconteceu, aconteceu que eu me casei, no civil, na igreja, tudo direitinho, namorei bastante, tal pra conhecer a pessoa, mas acontece que quando eu soube que eu não ia ter filhos, falei assim pra ele, nós era um casal que sempre se dava muito bem, falei assim acho que a gente vai ter que, pra não ficar, pensa bem, ficar até a velhice, sem ninguém, só nós dois, né? Então vamos adotar uma criança que a gente vai ter uma companhia, né?” (Matilde).

Assim, adotaram uma criança recém-nascida, que cresceu e teve dois filhos de pais diferentes, uma menina, que hoje tem por volta de 22 anos, e um menino: Mateus.

Como já mencionado, devido à violência do pai de Mateus, a avó tirou Mateus e sua irmã dos pais, e conta que quando procurou uma advogada para intervir nesse caso, seu marido não gostou “*dessa situação dessa menina ter se perdido*”, ou seja, da filha ter engravidado. Por este motivo, segundo seu relato, o marido foi morar com outra mulher porque a filha “*se perdeu*”. Então, segundo a avó, a culpa pelo fim de seu casamento foi o fato da filha ter engravidado, portanto, parece que a culpa é da filha. Dá a impressão de que Matilde apresenta dificuldades de integrar seu afeto, e, assim, precisa achar no outro um culpado, parece muito difícil para ela se responsabilizar pela sua vida, sua história.

Na entrevista, o ex-marido prefere não responder sobre seu casamento e diz que mantém contato atualmente com sua ex-mulher, a avó de Mateus. Achei curioso, porque nesse momento da entrevista ele me pergunta se eu era casada e diz “*espera até você se casar para você me entender*” e dá uma risada. Pensei na entrevista que tive com sua ex-mulher, a avó de Mateus, porque o tom da voz do avô de Mateus era muito parecido com o tom da voz da avó quando me dizia sobre “*esse negócio de amor*”. Fico com a impressão de que Mateus cresceu em um ambiente em que o amor é sentido sem cor, como algo que oferece perigo e dor, e quase como algo que atrapalha. Fazendo-me lembrar de Chico Buarque: “*... o amor jamais foi um sonho, o amor é feroz, faz em nós um estrago medonho (...) é por isso que se há de entender (...) se precaver*”. Nessa concepção do amor, torna-se muito difícil entregar-se, envolver-se, comprometer-se com o outro, havendo assim uma dissociação entre o afeto e a razão.

Sua avó relata que Mateus é um menino “*generosíssimo*”, perfeccionista e “*feliz, alegre*”, que até os quatorze anos Mateus sempre foi um bom menino e caseiro e começou a

mudar quando começou a sair para passear. Mateus conta também que seu relacionamento com a avó piorou quando ele começou a sair, confirmando a fala de sua avó. Esta relata que a primeira vez que Mateus “*saiu para passear*” foi quando seu pai estava lá passando três meses e, segundo ela, parece que foi nessa época que Mateus “*aprendeu a vomitar*” e começou a se queixar do corpo. O avô diz que Mateus quando criança era certinho, gostava de ir à escola, mas o pai não deixava. E o avô continua

“Eu acho que o (Mateus) pegou essas coisas, esse nervoso porque ele queria ir na escola (...) e o pai achava ruim”. (João).

Atualmente, Mateus não demonstra interesse algum pela escola e o avô, num tom de desabafo, diz

“(...) eu fiz de tudo (...) Agora segunda-feira começa. Já era para ter começado e ele não foi, agora a partir de segunda-feira eu vou levantar cedinho e vou lá, vamos ver se ele... ele é ruim de levantar cedo, não gosta não, mas ficar na rua até tarde ele gosta”. (João).

Sua avó relata:

“Ah, os estudo era bão, assim, era bão, ele nunca foi lá grandes coisas nos estudos, mas, mas, como ele gosta de ele falta muito, então tá sempre com nota baixa. Ele falta demais e (...) O pai dele é preguiçoso a mesma coisa. Preguiça ele puxou pro pai”. (Matilde).

Quatro aspectos me chamam atenção nesses relatos: 1) Assim como a avó, o avô também precisa se retirar da responsabilidade: o culpado é o outro: “*eu fiz de tudo*”, mas onde está o afeto?; 2) Os dois avós demonstram dificuldades em aceitar que Mateus queria “*passear*”, divertir-se, o que são desejos naturais da maioria dos adolescentes; 3) A relação entre vômito e presença do pai na casa, conforme veremos a seguir; 4) A comparação de Mateus com aspectos negativos do pai.

Em minha opinião, o fato de Mateus ter desenvolvido uma relação ruim com os estudos tem íntima conexão com o fato de o pai proibi-lo de estudar quando criança, e, nesse sentido, levanto três hipóteses: 1) Mateus ter ficado traumatizado por ter sido humilhado nas

várias tentativas de ir à escola, relacionando a escola à humilhação e medo; 2) Mateus acredita não ser merecedor de algo bom, já que não teve o bom durante sua infância, não se sente capaz de usufruir do bom, sobrando-lhe o “vazio”, como ele já disse antes; 3) Será que a figura de seu pai é tão presente e autoritária que Mateus inconscientemente ainda não pode desautorizá-lo sendo um bom estudante? E, seguindo esta linha de pensamento, parece que Mateus lida com a realidade por meio da submissão e não por via da criatividade. Parece que sua capacidade imaginativa não foi plenamente aceita, talvez porque Mateus, quando bebê, não tenha se sentido seguro suficientemente para entrar tranquilamente no mundo encantado do brincar e do criar, ou ainda porque não lhe foi apresentado o mundo do brincar. Parece que Mateus não podia se distrair e ausentar-se, tendo que ficar sempre alerta para se proteger das possíveis invasões dos pais. Uma vez que a capacidade criativa não se desenvolve plenamente, em uma tentativa de defender-se de um ambiente pouco favorável, as capacidades de pensamento e separação entre objetos reais e fantasiosos, internos e externos, ficam comprometidas.

O avô conta também que Mateus às vezes

“(...) vem com esse negócio de bater”, mas que “ele não chega perto muito não, ele tem medo de mim, porque se eu for tratar o (Mateus) do jeito que ele merece hum... hoje ele era uma outra pessoa”. (João).

Fico incomodada com este comentário, porque, apesar de estar me contando que Mateus pode ser agressivo, ele parece desprezar quem este rapaz é ao dizer que, se dependesse dele, hoje seu neto seria “outra pessoa”. Para agradar a quem?

Parece que Mateus passou sua vida sem ser visto, reconhecido. A avó tenta não desagradar o neto, mas isto não significa que ela o reconheça, parece apenas que não quer discordar para não brigar. Conforme demonstrado em seu relato abaixo:

“(...) ele não gosta de ser corrigido, se corrigir ele fica bravo”. (Matilde).

“Então ele se sente bem porque tomando sene ele não tem barriga, vai no banheiro toda hora, a barriga dele também funciona, ele fica quietinho

assim. Aí ele acha que tá bão, fica feliz, alegre (...) então agora não é que eu deixo (Mateus vomitar), é que parece que quando ele vai lá e vomita tudo (que ele acabou de comer), ele sai de lá numa tranqüilidade, canta, fica alegre e canta, é muita felicidade. É errado, mas fica numa felicidade”. (Matilde).

Dá a impressão de que, para ela, não existe o contato amoroso e a possibilidade da conversa, existindo apenas duas opções: ficar quieta e deixar para lá, ou brigar, não havendo assim o acolhimento afetivo.

A avó, que parece não ter tantos recursos internos desenvolvidos para lidar com a situação de Mateus, demonstra-se sem saída:

“Outro dia eu não sei o que eu falei com ele, ele falou assim: a senhora sabe que eu engordei dois quilos e a senhora sabe que se eu engordar muito eu me mato, né? Mas só que ele fala eu me mato, mas é pra querer chamar a atenção, nem tanto assim ele vai se matar, pode ser que mais pra frente ele... mas ele não vai se matar não. Mas é que ele se acha gordo, se acha gordo assim. Vomitando e tomando chá, até que dá pra aturar bem, mas se eu falo pra ele que é pra parar com isso tudo, aí ele fala: é, mas aí e depois, a senhora quer que eu, a senhora quer que eu me mato? Porque se eu parar com tudo e ficar gordo, é lógico que eu vou me matar. Que bom, né? Então não adianta ficar brigando com ele, falar pra ele não fazer.” (Matilde).

É interessante observar como Mateus e seus avós se relacionam no concreto. O comer ou não comer, o morrer ou viver parece ser a forma que eles encontraram de se comunicar. Nesse momento da entrevista eu fiquei angustiada, com uma sensação de estranhamento dentro de mim, e pensei: como ela pode dizer com um sorriso nos lábios e uma tranqüilidade aparente?

“(...) Mas só que ele fala eu me mato, mas é pra querer chamar a atenção, nem tanto assim ele vai se matar, pode ser que mais pra frente ele... mas ele não vai se matar não”. (Matilde).

Quase parecendo que não era de seu neto que ela estava falando...

Mateus reclama que a avó não o entende e que são muito diferentes, e que ela o prende muito e que não o aceita, mas

“É que ela quer mandar e eu não deixo, quer mandar em mim, mas eu não deixo, eu faço o que eu quero. Não gosto disso. E ela sabe às vezes me respeitar, mais ou menos, mas sabe (...) Se ela não aceita pelo menos ela não critica”. (Mateus).

Observa-se, nessa fala, que Mateus parece não aceitar que o outro lhe dê ordens.

Em relação ao avô, Mateus, num tom irônico, diz que não irá adiantar nada entrevistá-lo, desmerecendo o avô e, de certa forma, o meu trabalho também. O avô, através de seu relato, parece agressivo nas críticas que faz para seu neto, provavelmente porque acha muito difícil compreender a doença de Mateus, como demonstrado a seguir:

“Ele só fala que tá gordo. Hoje mesmo ele no carro, ele disse assim: “Nossa mais eu to sentindo que eu to gordo” e eu falei: Eu vi você, tá parecendo uma vara de pescar de tão magro. E ele falou: “É nada, a balança que fala”. Eu respondo: tudo bem, eu tenho esse corpo aqui, tenho 1,76m, peso 82Kg, mas não passo disso, por quê? Eu não tenho gordura, porque eu como demais, é porque eu ando eu caminho, isso aqui é porque o corpo meu com 1, 76m tem que ter esses kg. Agora você tem 1 e.....mesma coisa também você tem que ter isso aí 72 kg, mas você quer ter 30 kg? Então fica sem comida, arruma um prego e põe numa tábua e deita nela e fecha num caixãozinho, assim, e você fica lá 4 meses, 5 meses, aí você fica magrinho, eu deixo você fazer isso, ficar lá um tempo, eu tranco você lá dentro se você quiser”. (João).

Demonstrando raiva, angústia, falta de compreensão e inconformismo e, por isso, dificuldade em ser um ambiente de sustentação para Mateus. Foi interessante porque, durante a nossa conversa, fui me sentindo um pouco desafiada e não muito acolhida, apesar dele ter demonstrado interesse em participar. Passando assim, uma mensagem ambivalente para mim: eu te ajudo desde que seja do meu jeito. Senti-me também “angustiada” após a entrevista, quando estava transcrevendo seu relato, tomei um cuidado excessivo com seu nome. A partir desse meu sentimento, fiquei pensando em Mateus, que possivelmente também se sente assim: pouco acolhido, ameaçado, em um vínculo pouco confiável e persecutório (ABADI, 1998).

Quanto a relacionamentos em geral, Mateus me conta que não tem muitos amigos e acredita que

“Não, nem todo mundo (o respeita). Me respeitam mais em relação à família. Nenhum amigo me respeita muito do jeito que eu sou”.(Mateus).

Demonstrando que o sentimento de ser rejeitado perpetua nas diferentes relações. Será que ele aprendeu o que é respeito?

Pode-se observar também que dentro de Mateus parece não existir espaço para o bom. Este rapaz parece ter dificuldade em aceitar, incluir um alimento bom, como também observado em seu relato, quando me conta que já foi em uma psicóloga, mas que tinha preguiça de ir, apesar de gostar de estar com ela. Parece difícil para Mateus receber um objeto bom dentro de si e mantê-lo, mesma dinâmica que faz com o alimento.

2) Teatros do corpo

→ *O adoecer*

Pensando no início do adoecer de Mateus, segundo sua avó:

“Como que eu percebi? (...), é que ele tinha quatorze anos e meio, mas aí ele começou a vomitar, aí um dia eu falei assim, cê tá vomitando? Ah, então tem que dar remédio. Aí nós fomos lá no postinho, falei pro moço, ele tá vomitando (...) Então, quando ele tinha quatorze, acho que ele tava com os, tudo dele tava assim desenvolvendo e eu não sei se foi revista, se foi colega ou se foi nervoso assim da vida dele por ter passado por momento difícil, eu não sei o que foi que aconteceu que ou se foi lá na escola, só sei que esse menino começou com esse negócio de vomitar. Levei no posto, (...) só que posto lá demorou um pouquinho. No posto, (o médico) pensou que não era nada grave, então não ficou muito tempo(...). Mas aí era bulimia já. Aí eu levei ele no posto, aí depois aí eu vi que (...) não tava adiantando, eu paguei uma doutora (...) fiquei lá uns três meses. Só, que ela também (...)ela falou assim pra mim: então aqui não vai dar porque eu sou nutricionista, mas tem que ser uma equipe boa, a senhora vai no posto de saúde, pega o papel, eles vão mandar pras clínicas, as clínicas vai mandar cartinha e a senhora vai lá com ele. Aí, quando mandou a cartinha eu vim, faz um tempinho, né? Por enquanto ainda, ele continua vomitando, né? Vomita, ele toma chá pra, pra, aquele chá pra, acha que o chá emagrece. Pra não precisar de vomitar ele toma muito chá. Apesar que ele faz as duas coisas, ele vomita e toma o chá. Então eu não enfrento ele não, eu deixo ele, não é que eu deixo que isso não é coisa de se deixar, mas eu não fico brigando com ele”. (Matilde).

Seu avô parece não muito claro desse início e diz:

“Para franqueza sua eu não sei direito como começou não. Me falou que tinha uma coleguinha dele que fazia isso”. (João).

O caso dessa amiga de Mateus, que o ensinou a vomitar, aparece em seu relato e também nos relatos da avó:

“Mas aí ele (amigo de Mateus) falou: sabe aquele dia que o (Mateus) saiu pra dar uma volta no bairro? Eu até assustei porque ele foi me contar ele e era a primeira vez, né (que Mateus saiu para passear)? Ai, Pai do céu! Onde cês tavam andando! Falou: “não vó, tô aqui pertinho mesmo, né?”. Aí depois que o (Mateus) começou a vomitar, falei assim o (amigo de Mateus) porque que o (Mateus) tá vomitando? Aí ele falou assim: “ah, não sei, a minha irmã também vomita”. E ele falou pro (Mateus) que a irmã vomitava pra ficar bonita, pra ficar magra. Eu não sei também se o (Mateus) falou assim ah! Então ela vomita, então também vou vomitar, pode ser isso”. (Matilde).

E de Mateus:

“Eu mesmo comecei com regime. Aí o (amigo) chegou em mim e falou que a irmã dele vomitava (...). Aí eu pensei assim, eu vou tentar, vou ver se eu consigo. A primeira vez que eu tentei, umas três vezes, acho que foi umas três. Eu tentei vomitar, não consegui. Aí eu parei. Falei assim já que eu não consigo, vou parar. Tomei água morna, que meu amigo mandou, não consegui. Aí teve um dia que eu cheguei da escola, eu decidi comer bastante. Eu fui tentar vomitar e consegui”. (Mateus).

No entanto, no relato da avó, aparece algo relativo ao início dos vômitos que me chamou muito a atenção. Quando pergunto sobre o início da doença e se algo diferente estava acontecendo na vida de Mateus, a avó me conta sobre essa irmã de um amigo de Mateus, que pode tê-lo influenciado a vomitar e também me relata:

“Não sei se é porque uma vez o pai dele ficou lá em casa três meses e a estadia do pai dele na minha casa não foi nada boa, sabe. Foi muita briga demais, então ele queria bater no (Mateus) não deixa ele pôr a mão no (Mateus), não ponho nem deixo ninguém pôr (...) Sei que aquela estadia do pai dele lá em casa não foi boa não”. (Matilde).

E então pergunto se foi nessa época que Mateus começou a vomitar e sua avó diz:

“Parece que sim, foi, parece que sim”. (Matilde).

Portanto, como mencionado anteriormente, parece haver uma relação entre o vomitar, a presença desse pai e a manifestação acentuada da preocupação corporal. Talvez possamos inferir que a presença do pai fez com que o transbordamento do mundo interno de Mateus ficasse insuportável e ele precisasse expelir essa sujeira concretamente através do vômito, da

defecação, usando o corpo como uma fortaleza que o protege do contato com um mundo interno tão frágil.

→ *O corpo em cena*

Segundo relatos de sua avó:

“Depois que ele começou a vomitar é que ele começou a falar (...) Antes? Não, ele nem percebia que ele era tão lindo, eu que percebia, ele não via, mas eu percebia que ele tava muito bonito assim” (...) Forte, forte (...) Mas ele tava com uma massa assim, uma muito boa, muito bonito, depois ele afinou, né? Aí ele ficou aquele menino mais afinado, não tá aquele menino mais forte, bonito, né? (Matilde).

O avô também diz que Mateus, antes de começar a vomitar, era

“(...) bonitinho, gordinho, fortinho”. (João).

No entanto, na sua ótica:

“(...) eu era bastante feio, era gordinho, desleixado”. (Mateus).

Segundo prontuário médico e relatos de sua avó e seu próprio: é obcecado pela barriga e coxas. O próprio Mateus relata que gostaria realmente de:

“Eu penso assim, eu vejo aqueles homens (gogoboy). Porque assim, no mundo, no mundo gay, quando o homossexual ele é muito magro, falam que eles têm AIDS. Esse ano eu parei pra perceber isso agora. Eles começam a falar, ah tem AIDS, tá doente. (...) Aí, só que assim, os homens querem as pessoas tipo assim fortes, musculosos, sabe? E eu tenho vontade de ter um corpo daquele”. (Mateus).

Parece que Mateus não se sentia suficientemente bom para agradar, tinha que ser melhor, mais bonito, para poder ter o olhar do outro sobre ele. Esse me parece um aspecto muito relevante quanto à forma que este rapaz lida com seu corpo. Quando escuto Mateus querendo ter “*um corpo daquele*”, que ele considera perfeito, atraente, imagino o bebê Mateus. Um bebê que, assim como todos, na sua encantadora onipotência e sedução, espera pelo olhar acolhedor, o toque e calor de sua mãe. No entanto, parece que Mateus não os recebe, o que dificulta a vivência do próprio corpo.

→ *O imaginário da perfeição*

Mateus, então, constrói a sua subjetividade, distanciando-se mais e mais de seus sentimentos e emoções. O corpo se torna sua grande paixão. Acredita que poderia ser mais amado se fosse mais magro ou mais bonito, caindo assim no precipício do imaginário da perfeição, tal qual descrito por Costa (2004).

Segundo relatos de sua avó:

“Ah, então, ele tem baixa estima demais, ele acha assim, que, que ele, a pessoa só vai, quem vai gostar dele se ele ser gordo, se ele ser feio, quem vai gostar dele? Pra ele, pras pessoas gostar dele, ele tem que ser uma pessoa magra, porque ninguém gosta de gordo, (...), então é por isso que ele vomita pra não ficar gordo”. (Matilde).

E do próprio rapaz:

“Quando eu comecei a sair com meus dois amigos, o (nome do amigo) era mais bonito que eu e as pessoas só queriam ele e eu não aceitavam. Ele era magrinho, bonitinho e eu não. As pessoas não me queriam, só queria ele (...) Eu comecei a perceber que as pessoas não me aceitavam do jeito que eu era. Aí, por exemplo, eu pensei. Aí eu falei assim, se as pessoas aceitam o (nome do amigo) como ele é, e ele é bonito e magro, eu também vou ser, aí as pessoas vão começar a gostar de mim (...) Eu mesmo comecei com regime. Aí o (nome do amigo) chegou em mim e falou que a irmã dele vomitava”. (Mateus).

Segundo seu relato, quando começou a emagrecer, começou a se sentir:

“Desejado. As pessoas olhavam, olham mais pra mim”. (Mateus).

Na fantasia de Mateus, finalmente, ele estava conseguindo ser interessante o suficiente para atrair o olhar do outro, ser visto, e desejado. Este rapaz se torna, então, um prisioneiro, alojado em um corpo aterrorizante. O corpo apresentado por Carlos Drummond de Andrade (2004): *“um envelope selado, um revólver que assusta. Um carcereiro”*. Quanto pavor habita o mundo interno de Mateus. Precisando se esconder de suas emoções e ser desesperadamente aceito por tudo e todos. Grande vazio e grande voracidade em seu interior, observados em seu relato:

“(...) quero ser bonito, desejado, quero todo mundo em volta de mim, quero poder ser o tal, poder ficar com todo mundo. Conseguir tudo na vida, eu quero”. (Mateus).

→ *O corpo objeto*

Mateus vai tecendo sua vida em linhas de fumaça, agarrando-se cada vez mais no nada, continuando no vazio e no desejo desesperado de preencher essa falta (a ausência afetiva). Parece que a mãe morta (GREEN, 1998) impera dentro deste rapaz, que ainda vive a catástrofe interna devido ao desinvestimento dessa mãe, que, segundo informação colhida em seu prontuário médico, não fazia nada quando o pai o maltratava e o deixou ser levado pelos avós e, atualmente, continua distante: morta-viva. E assim, Mateus continua desprezando sentimentos e super investindo em uma máscara protetora, o corpo.

“Então eu penso assim, como eu sou bonito (...) eu penso em usar tudo que eu tenho pra ter homens a minha volta, pra ter dinheiro. Acho que eu quero usar o meu corpo pra conseguir tudo o que eu quero (...) Não sei, vendendo o meu corpo, não sei. Tem muitos meios. (...) Eu tenho uma ambição de conseguir tudo, eu sou muito ambicioso”. (Mateus).

Querendo eternamente, pedindo eternamente. Parece que ele ainda experiencia a ilusão de onipotência da majestade, o bebê (COSTA, 2004), talvez porque ele ainda não tenha ultrapassado esse estágio de desenvolvimento, devido à falta do olhar e toques cuidadores (holding, handling) da mãe suficientemente boa. Parece que Mateus busca esse olhar no outro. Um olhar que o aceite, respeite-o, ame-o, coloque limites e, acima de tudo, reconheça-o. Parece que Mateus ainda não sabe bem quem ele é. Assim, de acordo com Winnicott, podemos levantar hipótese de que este rapaz não viveu os processos iniciais de seu desenvolvimento de uma forma suficientemente boa, e, dessa forma, parece não ter havido o fortalecimento egóico suficiente para o fortalecimento da expressão de seu verdadeiro *self*, ficando enovelado por uma fortaleza que o protege e, ao mesmo tempo, asfixia-o.

Nessa dificuldade de ser e se sentir verdadeiramente real, o corpo torna-se um objeto à mercê dos desejos narcísicos, havendo um conflito entre o esquema corporal e o eu narcísico.

“Tenho vontade de ter um corpo daquele, só que eu não sei, sabe? Eu não sei o que fazer. Eu nunca me considereí doente. É que quando eu como e não vomito, minha barriga fica grande e eu não quero. Eu quero ter um corpo definido, eu quero ter um corpo legal, acho que ser muito magro é feio, principalmente no homem (...) só que eu não quero passar pelo processo. Eu não gosto de tipo ir na academia, cansa muito. É um processo muito longo”. (Mateus).

A última frase do relato acima demonstra, novamente, sua busca por uma solução mágica, demonstrando onipotência em relação à vida. Parece que ele está sempre esperando receber tudo o que deseja, como em um toque de mágica. Nessa onipotência, Mateus coloca-se em uma situação de grande dependência do outro. O que me faz pensar se essa onipotência é falsa, porque ele é extremamente dependente.

→ *Conflito entre esquema corporal e o eu narcísico*

A partir dos relatos de sua avó, de Mateus e informações colhidas no prontuário médico, é possível observar o super investimento do eu narcísico em detrimento do corpo físico:

“Ah, reclama que é gordo demais, fica só olhando a barriga assim e fala que tá gordo, que se ele tiver que ficar gordão ele se mata, fala: se eu ficar gordão eu me mato, mas ele não consegue. Ele é um menino feliz, assim do jeito que ele tá indo. Ele toma, primeiro ele não tomava sene não, agora esse tempinho que ele tá tomando, ele só vomitava, acho que foi na escola se não em engano, que falaram pra ele que sene é bão, ele tá que tá com esse sene agora ultimamente. Então ele se sente bem porque tomando sene ele não tem barriga, vai no banheiro toda hora, a bexiga também funciona, ele fica quietinho assim. Aí ele acha que tá bão, fica feliz, alegre, agora se quer ver se ele ficar nervoso é se ele não vomitar, nem coisar, porque aí ele acha que tá gordo, né?” (Matilde).

“Paciente demonstra postura dissociada em relação à condição de hoje. Demonstra satisfação em reduzir peso, mesmo estando esclarecido sobre o processo de desnutrição” (Segundo referido em seu prontuário médico).

Segundo sua avó:

“(...) não vai dar nada não, isso é bobagem, não tem assim aquela noção do perigo que vai trazer isso tudo, né? Aí põe tudo as coisas pra fora, bebe esse chá, ele não tem noção que o corpo dele, ele precisaria de pensar assim ao contrário: senhor o que eu faço com isso, eu preciso resolver, não comer demais porque a gordura no corpo não é bom, também não posso ficar magro porque magro também... a gente tem que ter um balanceamento do peso, então, eu tenho que comer beterraba, verdura, legumes, peixe, ovos, carne, assim fazendo um balanceamento bom pra saúde, ele não tem essa noção”. (Matilde).

E nas falas do próprio Mateus, que sabe das consequências negativas:

“Quero ter um corpo perfeito (...) faço o que eu faço, vomitando (...) Às vezes eu sinto meus ossos doer. Eu não tenho uma disposição boa como os meninos, eu não sinto vontade de fazer nada (...) porque eu não me alimento direito. Eu não sinto vontade de andar, eu canso rápido, eu sinto tontura às vezes assim, fraqueza, sono”. (Mateus).

É possível observar que, na busca de usar o corpo como imagem, Mateus causa um desequilíbrio na tendência de seu corpo físico em equilibrar-se.

→ *Distorção da imagem corporal*

Os relatos abaixo ilustram a representação de uma imagem corporal distorcida.

“Ele só fala que tá gordo. Hoje mesmo ele no carro assim:” Nossa mais eu tô sentindo que eu tô gordo”. E eu falei: Eu vi você tá parecendo uma vara de pescar de tão magro que tá”. (João).

Nas falas do próprio Mateus:

“No espelho eu vejo de um jeito, aqui eu vejo de outro (...) eu olhando assim minha barriga até não é tão grande, às vezes. Quando eu acordo, tipo quando eu tomo muito laxante. Hoje eu acordei, tomei, vim, quero criar ela daquele jeito. Tava magra (...) aquela, reta e tá do jeito que eu gosto, mas se eu como uma coisinha, ela já fica grande, isso que eu não gosto” (Mateus).

O leitor pode observar a fantasia que Mateus faz acerca de seu corpo: um corpo que pode se alterar tão imediatamente. Parece que este rapaz tem dificuldade em diferenciar o mundo interno do mundo externo, real. Uma pessoa que sente que seu corpo pode se modificar tão instantaneamente parece ter um mundo interno muito frágil e vulnerável, com

pouca noção de limite entre interno e externo, real e fantasia. Parece que Mateus não percebe seu tamanho. Além disso, parece que ele ainda não pode se ver, reconhecer-se, daí a distorção (porque ele é magro) de se ver num corpo:

“Gordo, não gordo, mas cheio (...) Minha barriga fica grande, meu braço não, quer dizer eu não parei pra perceber, mas eu olho mais na coxa e na barriga”. (Mateus).

Observa-se que Mateus não sente seu corpo como ele é realmente, com limites e alcances. Parece que faltou o manejo suficientemente bom (handling) para que ele lidasse com os limites de seu próprio corpo, concretamente, e de seu ser. Trazendo a teoria de Winnicott, pode-se pensar que Mateus não vivenciou de forma plena o processo de ilusão e desilusão. Ficando profundamente desiludido; não podendo nada, resultando numa estrutura egóica sem sustentação, não podendo ser, escondendo-se em um falso *self* onipotente: eu quero, eu posso, mas que, na verdade, é profundamente dependente, como mencionado anteriormente.

É interessante pensar que Mateus refere sentir-se “vazio” em relação aos pais. Vazio pode ser um espaço cheio de nada. Mateus sente-se vazio e se reconhece cheio. Cheio de quê? A distorção corporal apresentada como um corpo cheio parece refletir um mundo interno super cheio, em estado de transbordamento ou concretude: estou cheio de gordura e mais nada. Não havendo assim a simbolização.

Ao mesmo tempo, em alguns momentos, Mateus parece quase se reconhecer, apesar da insatisfação.

“Minha barriga eu não sei, não gosto muito da minha barriga, não tenho nada contra. Eu não me acho uma pessoa gorda, enorme (...) Magro, só que não é magro o suficiente. Ou eu queria ter esse corpo, ficar aqui assim, tá ótimo, parar nele. Tipo parar nos cinqüenta e cinco, cinqüenta e seis”. (Mateus).

3) “O que será que me dá que brota a flor pele, será que me dá...”.

Durante a entrevista, Mateus me conta que é homossexual, começou a perceber que era diferente por volta dos oito anos de idade e diz:

“(...) sentia uma atração”. (Mateus).

E, com relação a essa escolha, diz:

“Não sei, eu acho que eu me respeito, me respeito não, me aceito (...) É, me aceito assim que eu não escondo de ninguém que eu sou, eu falo que sou, me aceito assim, de uma forma, não geral, eu ainda preciso parar pra pensar muito bem (...) mas acho que agora eu me aceito sim.”. (Mateus).

Parece que Mateus ainda não se sente totalmente seguro quanto à sua escolha sexual. Por nossa conversa, percebo que ele ainda não se aceita como ele de fato é. E talvez venha disso a dificuldade encontrada por ele em se identificar com seu corpo masculino.

Utilizando a teoria de Winnicott, levanto a hipótese de que Mateus ainda não se sente in-corporado, integrado em seu corpo masculino. É como se seu *self* não fosse parte de seu corpo. É como se soma e psique estivessem separados, sem se inter-relacionarem. Parece-me que essa hipótese pode ser ilustrada na fala abaixo.

“Uma coisa que eu queria mudar... Não sei. Se fosse pra mim mudar, queria mudar era totalmente. Queria morrer e nascer de novo (...) Não sei se como mulher ou como homem, mas uma pessoa bonita, uma pessoa alegre, divertida, que todo mundo deseja, todo mundo quer”. (Mateus).

Com relação à sua sexualidade, fico pensando na relação entre sua escolha sexual e a experiência que vive com sua mãe, seu primeiro e inesquecível objeto de amor. Durante as entrevistas, seus avós e o próprio Mateus falam muito do pai, mas a mãe quase não aparece ou é trazida como alguém omissa. Dá a impressão de que a mãe, assim como a avó, mantém-se distante afetivamente. O pai, segundo relatos, é um homem violento, e o avô pareceu-me um homem pouco afetivo, e autoritário. As figuras masculinas na vida de Mateus, parecem muito marcantes e presentes, enquanto que as femininas parecem quase que inexistentes,

desbotadas. A ausência da mãe é sentida com tanta dor, que parece que Mateus, ao invés de desenvolver a capacidade de elaborar essa dor, busca desesperadamente não entrar em contato com tamanho desamparo, fazendo uso de um objeto protetor (ABADI, 1998), seu corpo.

O avô, demonstrando um pesar, conta, durante a entrevista, que antes o levava para todos os lugares e que tinha um relacionamento mais próximo com Mateus, mas que hoje isso não é mais possível por um motivo que, em suas palavras,

“(...) é um motivo bobo”. (João).

O avô não aceita a escolha sexual de seu neto. Motivo bobo? Pensei, comigo, durante a entrevista. Ter vergonha de passear com alguém devido à escolha sexual não é um motivo bobo que deva ser ignorado, e, também, é compreensível que o avô sinta dificuldade em aceitar esse fato. No entanto, parece-me que quando ele usa o termo “bobo” é uma forma de desvalorizar a escolha de seu neto e, assim, de negá-lo.

O avô diz:

“(...) quando ele chegou em mim e falou que era gay, eu não aceito e não aceitei, nunca aceitei, na família nunca teve isso e agora vai querer fazer isso na minha família? Tô certo ou tô errado? (...) Minha mulher aceita, quando ele começou desse jeito nós o levamos no médico (...) que falou” não é nada disso não, isso aí é porque ta mudando a voz, muda e é desse jeito mesmo” e depois virou desse jeito (...). (João).

4) Comprar, comprar, comprar... Ter, ter, ter... Eu quero, eu quero, eu quero... “Ah bruta flor do querer, ah bruta flor...” (Caetano Veloso).

A voracidade de Mateus fica bastante clara, como observada nas falas do próprio Mateus e sua avó, respectivamente. Parece que ele está sempre buscando substituir o objeto faltante (ABADIA, 1998). A partir de suas falas, é possível observar que o corpo também é um objeto externo, assim como casa, dinheiro etc.

“Tirando o corpo e dinheiro, quero ter minha casa, meu carro, quero ter as coisas que eu mais quero, tipo, uma segurança financeira, pra poder me sentir seguro. E encontrar uma pessoa legal”. (Mateus).

“Ah, ele gosta muito de, ele gostaria de, ele não gosta de ser pobre, ser pobre ele não gosta. Ele acha que sendo rico ele pode fazer lipoterapia (risos). Como que fala essas coisas que tira, essas pessoas que opera pra ficar bem (...) Sendo rico pode fazer lipoaspiração, ele não tem dinheiro, não pode fazer nada, ele se sente... Aí eu falo assim pra ele: que dinheiro não é assim não, dinheiro é muito bom, mas a gente pode viver sem dinheiro mesmo. Ele não gosta de ser pobre, ele não gosta de ser pobre, ele tem vontade de ser assim, realizar uma coisa que sendo pobre ele não vai conseguir realizar, então ele não gosta da vida dele (...)” (Matilde).

“Não fala coisa com coisa, ele quer comprar roupa bonita, quer comprar isso e aquilo, no fim do ano ele me fez comprar um monte de coisa para ele e me falou que ia pagar e não paga, eu que tenho que pagar, então.” (Matilde).

Desprezando o que vem do outro, sem a junção do afeto com aquilo que ele recebe, essa cisão é responsável por transformar objetos internos e externos em coisa indiferenciada. Há a coisificação de si mesmo e do outro. Parece-me que esta é uma característica muito enraizada em Mateus. Assim, este rapaz assume uma postura de ‘comigo ninguém pode’. A grande ironia é que, ao mesmo tempo em que Mateus assume esta postura de onipotência, ele se coloca em total dependência do outro, como mencionado anteriormente, em uma posição de passividade e espera. Parece que este rapaz não se sente capaz de se sustentar. Querendo tudo, comendo tudo, mas estando sempre vazio.

“Ele acha que vai lá come tudo, tudo, tudo, mas no fim acaba nem comendo nada porque tudo ele vomita, né?” (Matilde).

5) O Zênite da força: “... Esse negócio de amor...”

“Há que esquecer o amor, há que se amar, sem amar...” (Chico Buarque)

Mateus parece expressar desprezo em relação aos laços amorosos, fazendo-me lembrar um pouco a visão que os avós parecem ter sobre amor.

“Botasse um velho, que tivesse dinheiro e eu não gostasse, perto de um homem bonito, maravilhoso, que eu amasse, eu escolheria o velho, que amor não sustenta barriga, amor não te dá remédio, amor não te dá roupa, amor é só pra você sofrer. Viver debaixo da ponte? Eu não! Odeio ser pobre, odeio ter uma vida miserável, não gosto. E eu ficaria com o velho, lógico, ou

uma velha também. Se tivesse dinheiro, se tivesse falando que me sustentaria, ia dá carro, casa, roupa, dinheiro, tudo, ficaria com uma pessoa assim”. (Mateus).

Em alguns trechos de sua entrevista, ele expressa o desejo de, nas suas palavras, “encontrar alguém legal” e ter uma “família, amor, carinho”. Parece-me que, na verdade, este rapaz deseja um encontro bom consigo mesmo, a busca por se sentir real no mundo. Fico pensando o que Mateus fez com a experiência de desamparo que sofreu com seus pais: dá a impressão que este bebê não amado, a princípio, sentiu raiva e ódio desses pais por não o amarem, o que ele transformou e se voltou para ele em um ódio por si mesmo, por não ter sido capaz de fazer com que os pais o amassem. E assim, ao longo de sua vida, vivencia relações que parecem confirmar essa experiência primária que ele carrega, sentindo-se desprezado, considerando-se “feio”, pouco atraente. Desenvolvendo um mecanismo mental que busca desesperadamente o reconhecimento do outro, agradar o outro, e a forma que Mateus encontrou é por meio da busca pelo corpo perfeito, o corpo imagem. Superinvestindo nesse corpo objeto/objeto corpo, buscando, a todo tempo e a todo custo, não entrar em contato com sentimentos de desamparo tão intensos e profundos. Restando uma pergunta fundamental: quem é Mateus?

6) O transtorno alimentar permeando as relações: A postura dos profissionais frente aos usuários e familiares do serviço clínico

→ *Aceitação do TA*

Quanto ao transtorno alimentar, para seu avô, Mateus:

“(...) é sem vergonhinha, malandro igual o pai (...) é malandrinho. Deus ajuda que eu não tô pecando, né? (...) eu não sei muita coisa não. Leio bastante sobre isso mas não sei lá, eu acho que isso aí é sem vergonhice (...) porque uma pessoa que quer emagrecer, tocar o dedo na garganta para vomitar? É sem vergonhice. Ou a cabeça é muito pequeninha. Deus ajuda que eu não vou fazer isso, né? Você acha que é doença mesmo? (...) a cabeça da pessoa que é fraquinha, mas porque fraca, sendo que desde pequeninho a gente tratou dele certinho”. (João).

Parece que sua avó concorda com as palavras do avô:

“Isso aí vem da cabeça dele, eu falo assim pra ele: isso aí não tem nada a ver, a gente tem que gostar da gente, não tem nada que ver se os outros acham se é gordo ou se é magro, tem que, tem que correr e deixar a alimentação correr conforme a natureza da pessoa, não tirar. Só que não adianta, isso é uma doença, que eu já percebi é uma doença, uma mania que não é doença, eu acho, que nem cigarro. O cigarro se fuma um hoje, depois de repente dá aquele nervoso de querer fumar mais um, eu nunca fumei, mas eu acho. A bebida eu acho que é a mesma coisa. A pessoa bebe assim um pouco, depois bebe mais um pouco, não fica sem, eu acho que a bulimia é a mesma coisa. Mas isso aí só pega em pessoas que, o cigarro, a bebida, como a bulimia, essas coisas, só pegam em pessoas que têm, que não, que não, por exemplo, a pessoa tem uma firmeza na vida, cabeça, não pega bulimia não. Eu acho que a pessoa que tem uma cabeça firme, uma cabeça sadia não pega uma bulimia (...) Uma cabeça sadia é falar não pra uma coisa que não é, por exemplo, você ir contra a natureza, por exemplo, comer e jogar a comida fora. Então, uma pessoa fraca de cabeça. Fraca de cabeça que é, é uma pessoa assim que...”. (Matilde).

Os avós demonstram grande dificuldade em compreender a complexidade da situação de Mateus. Ao mesmo tempo, esses avós estão presentes e o levam para se tratar, demonstrando cuidado com Mateus. Um cuidado cru que é função, muito mais do que emoção. Esse cuidado é percebido desde o passado, quando os avós levaram Mateus para sua casa. Hoje aparece na tentativa constante de levá-lo para se tratar. Aparece, ainda, em falas da avó, quando diz que nunca iria deixar ninguém bater em Mateus (referindo-se principalmente a seu pai), e mesmo do avô, quando diz que tenta conversar com Mateus, mas que ele não fala nada.

→ O tratamento

Segundo relatos de seus avós, é possível observar a dificuldade no lidar com tal rapaz, que demonstra uma grande dificuldade em aderir ao tratamento e em se vincular. O manejo, então, deve ser bastante cuidadoso, além do contato gradual, para que Mateus não se sinta invadido e ameaçado. Da mesma forma, o contato da equipe com seus avós parece bastante complicado. Apesar de levarem o neto ao tratamento, parece que os avós não têm condição de perceber que, mais do que uma carona, Mateus precisa sentir que eles estão junto com ele.

“Mas aí sempre fica aquele clima, né? Uma coisa assim, é super difícil conversar com ela, ela sempre com tom agressivo, não sei, acho que é uma pessoa meio sofrida, uma pessoa mais amarga”. (Nutricionista 2).

“(...) parece que é uma prisão que tem na casa dele”. (Nutricionista 2).

“(...) ele ia porque ele deixava bem claro que ele não queria, que ele ia porque o vô e a vó levavam. Isso ele deixou bem claro e, para ele, ele não era doente, e era o vô e a vó que levavam ele”. (Médico Nutrólogo 1).

“E os avós tinham ele como um verdadeiro problema, né?” (Médico Nutrólogo 1).

“Então que realmente ele era um empecilho e que muitas vezes eles demonstravam não saber que ele era homossexual e ao mesmo tempo eles rejeitavam isso e ele era totalmente rejeitado de todas as formas”. (Médico Nutrólogo 1).

Os avós não demonstram muito otimismo ou esperança em suas falas acerca do tratamento e da melhora de Mateus. Para o avô a equipe deveria ser mais “enérgica”:

“Porque tratamento aqui é muito bom, mas só que eu queria que eles fossem mais enérgicos com ele para poder ele tomar o remédio. Ele não toma, também não adianta eu falar, ele toma um dois dias e depois não toma mais (...) não tenho muita (esperança) não, não por mim, não pela vó, por ele, ele não tá querendo isso, se ele quisesse, já faz 2 anos que nós tamos aqui ou mais. Se ele quisesse, ele já tinha sarado. Eu quero que ele sare”. (João).

Segundo a avó:

“(...) só que eu não posso falar que ele teve alguma melhora, porque, por causa mesmo dele, que ele não faz esforço, ele não percebe. No dia em que ele perceber ele vai valorizar aqui, o que as pessoas falam. Eu acho impossível que seja um filme que não seja dentro da cabeça dele, eu acho que vai tá um filme ali, é. Então, esse filme é bom porque um dia ele pode voltar no pensamento, ver, lembrar, aí um dia ele vai cair na real e ele talvez um dia ele possa sarar. E é um pouco, eu sou um pouco desesperançosa no momento, eu sou meio desesperançosa (...) Porque eu vejo ele mais evoluído com a bulimia. O tanto que já conversaram, é o psiquiatra fala, a nutricionista fala, psicóloga fala, eu acho que, que ele ainda não o arredou pé, ainda não fez nada, mas é por ele mesmo, a cabeça dele que ainda não caiu na real. Não é que o povo não soube trabalhar direito em cima dele.”(Matilde).

E, para Mateus

“Tá certo o médico falar as coisas, falar. O médico quer ver o paciente bem. Aquele médico que gosta do trabalho, que gosta do que faz, tem uns que não mostram não, tá nem aí. Mas aqueles que gostam, que faz, quer ver o paciente bem. Tipo a (nutricionista), quando parece que ela fala. Ela parece

que quer ver uma pessoa assim normal, sabe, saudável, boa. Tipo ela quer que eu pare de vomitar, quer que eu me alimente bem, tudo. Só que eu tava falando assim pra ela: tá eu posso até fazer isso, se eu falar, posso me alimentar bem e tudo. Se eu não me sentir bem comigo? Cê sabe de uma coisa? Vai vir outra, eu penso. Se eu sarar disso vai vir uma coisa pior, tipo, as pessoas podem não me aceitar (...) Porque eu posso engordar. Eu posso ficar com o corpo diferente”. (Mateus).

Aqui está apresentado o seu conflito: se ele sarar não vai ter o corpo que ele considera perfeito e ideal para que os outros gostem dele. Seu maior medo é não ser aceito pelos outros. Ficando uma pergunta: os outros ou ele próprio? De quem Mateus tem tanto medo? Ele me diz que tem medo de “*ficar sozinho*”. Acho que a maior solidão de Mateus encontra-se em sentir-se possivelmente aterrorizado por um *self* que não lhe faz boa companhia, por não ser sentido como real. Acredito que Mateus já se sente sozinho.

Os profissionais de saúde relatam sentimentos despertados por Mateus: a angústia do primeiro contato, a mãe suficientemente boa e o pai autoritário. O desejo de cuidar e o afeto se mesclando com autoritarismo e raiva. Como observado nos relatos abaixo:

“(...) e de repente o corpo também é uma evidência e a negação aí pesada da distorção, sabe do tratamento da necessidade de vinculação e adesão. Então foi um choque, realmente o começo”. (Psiquiatra).

“(...) a gente ficava, né, receosa, assim, se ele ia ou não continuar crescendo, se ele ia ter alguma falha no desenvolvimento (...)” (Nutricionista2).

“Esse menino vai pra casa, vai tomar, né, um tanto de laxante... tanto... tanto... deixa a gente de cabelo em pé, mesmo, assim, né... é lógico que a gente não tem esse controle, né? Mas fica aquele desejo de a gente poder, né, de a gente tentar ajudar de um jeito que você não vai poder nunca, mas enfim, a gente fica, eu fico preocupada porque eu acho que eu me afeiçoo mesmo, sabe? Eu acho que tem esse lado que você realmente se vincula com o paciente, sabe?” (Nutricionista 2).

“(...) Ah... eu acho que variou muito assim... eu acho que no começo, lógico, eu ficava muito preocupada, ficava assustada, né, um menino com 15, 14 anos, né, que na época que começou, colocando a vida em risco, então isso deixa a gente também, né, a gente fica preocupada. Acho que mistura de preocupação, a gente fica com raiva, tem hora que você fala assim: pô caramba, como é que não entende que está fazendo mal pra saúde, né, como é que chega aos extremos desse jeito, né?” (Nutricionista2).

“Ele passa, ele expressa, ele fala eu não sei por que eu tô aqui, eu queria que esse retorno fosse mais longo, no entanto, ele sempre vem nos retornos,

aqui não adianta para nada, eu vou continuar porque eu tô feio, o meu amigo falou que eu tô gordo, vou continuar....emagrecendo e essa angústia que vem é você falar assim você vai morrer se continuar assim, dá vontade de instituir uma relação de autoridade”. (Psiquiatra).

→ *Como o ideal de imagem corporal influencia no tratamento?*

Há um desafio constante para os profissionais no tratamento de Mateus, em que o conflito entre o eu narcísico e esquema corporal imperam.

“E aí eu percebi que ele falava isso para mim: eu quero continuar emagrecendo porque eu não tô bem assim, tô feio porque é bonito mais magro mesmo (...) Ah quero 35 kg...” (Psiquiatra).

“Eu tentava falar para ele que a gente tinha os exames e mostrava para ele que ele tinha que mudar os hábitos alimentares, que ele estava evoluindo com uma perda de peso que ele tinha que recuperar o peso, então, sempre mostrando a parte nutricional para ele e mostrando que isso era uma doença, mas ele não aceitava. (Médico Nutrólogo 1).

“(...) assim... é... quanto menos, melhor... sempre me lembro dessa, né... então quando a gente contava pra ele dos riscos, riscos... de morte súbita, parada cardíaca... então eu lembro que ele, ele falava “não tem problema, se tiver magro”, sabe? Tudo era assim, não tem problema desde que eu esteja magro, né? (...) Ele teme, mas ele quer ficar magro, então ele arrisca um pouco mais do que ele tem pra buscar esse benefício. (Nutricionista 2).

“(...) parecia que não era com ele, parecia que não ia acontecer, mas eu acho que do jeito dele: não tô nem aí, não tem problema, né, contanto que eu fique mais magro, ele pegava algumas coisas, né?” (Nutricionista 2).

“(...) Eu acho que ele se preocupa, sim, senão ele não teria mudado o comportamento dele”. Mas eu noto que tem um desejo de ser assim muito magro, né, tem um desejo assim de perder peso a qualquer custo, né? Mesmo ele sabendo dos riscos, mesmo ele sabendo das coisas que... que não são boas, né? Vem com esse peso baixo, ele acha que ainda assim é melhor ele ficar com o peso muito baixo. (Nutricionista 2).

“(...) eu acho que o Mateus tem muito essa idéia, de que se ele for magro, todo mundo vai gostar dele, a vida dele vai ser, sabe, tudo meio fantasioso, assim. Ele tá magro, ele faz amizade, quando ele tá magro ele é feliz, então ele faz uma série de associações desse tipo.”. (Nutricionista 2).

→ *O manejo*

Parece que a função da equipe de profissionais responsáveis pelo seu tratamento é exatamente a de ser um ambiente suficientemente bom, oferecendo apoio egóico, confiança, limites, que façam sentido para o paciente. Dessa forma, ele talvez consiga experienciar um

tipo de relação que falhou no passado, e, assim, possa ir se fortalecendo e, quem sabe, descobrir outros caminhos de expressão de suas angústias, que não através de seu corpo.

Quais formas criativas esses profissionais encontram para lidar com Mateus e com tantos sentimentos despertados durante o contato com esse paciente? Como ser “uma mãe suficientemente boa” sem sufocá-lo com “excesso de leite” ou “deixá-lo morrer de fome”, acolhendo-o e frustrando-o quando necessário?

Seguem abaixo algumas formas de contato, prosseguindo com os relatos dos profissionais responsáveis pelo caso:

Mostrando a Mateus que ele é autor de sua vida:

“(...) eu fazia a minha parte, mas não tem como a gente obrigar, então eu deixava sempre assim em aberto para ele. Porque eu acho que se a gente impõe ele não vem. Então você tem que deixar sempre em aberto. A partir do momento tudo que é imposto é ruim, então tentar passar uma situação que para ele tem que ser benéfica, tentar ver se ele aderiria melhor ao tratamento, tanto que ele sumiu um tempo e depois ele voltou”. (Médico Nutrólogo 1).

“É, então, assim, meu objetivo é auxiliar que ele mesmo vá desenvolvendo a discrepância. Eu aqui, no exemplo que eu te dei, acabei fazendo as discrepâncias para ele, o ideal seria que eu jogasse mais para ele, mas para você ver também o grau de resistência dele, e como ele te coloca nessa posição de impotência, né? Eu faço o que eu quiser, eu corro risco mesmo e não vou parar e você não tem nada a ver com isso, e abordar um paciente assim, com o passar do tempo, eu fui aprendendo varias coisas (...) então eu fui legitimando, alguns ataques que ele fazia e eu fazia a análise se era passível ou não, e comprava a idéia dele e falava: você tem razão, você está no seu direito”. (Psiquiatra).

“Eu fiz a entrevista motivacional: é uma entrevista onde você vai auxiliar autonomia, vai estimular a auto-eficácia do paciente. Ele mesmo que vai sendo o agente do processo...” (Psiquiatra).

Ouvindo seu ritmo:

“(...) mas depois você vai vendo com o tempo que o paciente... ele adere também, você tem uma preocupação, sim, que é difícil... você vai é entendendo um pouco daquele... o porquê daquele comportamento, né? Então eu acho que aí fica mais fácil de a gente tentar administrar o que a gente sente de ruim, sabe? Então, aí você consegue, eu acho, trabalhar junto

com ele pra tentar realmente ajudá-lo. Mas é difícil, mesmo assim, não vou falar que... sente muito tranqüilo, eu acho que não. Que é difícil, mas... é uma experiência muito interessante, assim, acho que muito, é... muito bacana pro profissional. Você vê todo esse amadurecimento do tratamento, você vê as dificuldades dele, né? Ele levava as dificuldades pra gente também. Então é aquela coisa assim... ele é muito honesto, então eu acho que isso favorece também, né? Então... é... ele é rebelde, mas ele sempre foi muito sincero, então olha, né... eu não tô tomando... ele sempre falava: eu tô tomando 9 laxantes, né, 9 comprimidos, hoje eu tomo 6 comprimidos, então... ele sempre é muito sincero, então isso faz com que a gente realmente faça... a gente fica disposta a ajudá-lo, vejo muito isso nele, sabe. Então eu acho que... eu acho que é isso". (Nutricionista 2).

"(...) tem esquema alimentar que eu já fiz, (...) tá muito longe de ser adequado assim, né? Completamente distante de uma recomendação nutricional, por exemplo. Mas às vezes a gente tem que fazer isso pra gente poder atender, né? Mesmo assim eu tendo a idéia de que aquilo não tá adequado, né? Está mais próximo daquilo que ele tem no momento, né? Do que ele consegue fazer no momento, mesmo assim é difícil pra eles... pra eles atenderem, entendeu?" (Nutricionista 2).

Olhando para Mateus:

"É, se a gente pega um médico acostumado num modelo médico de: eu passo e você toma, a probabilidade de ele despertar uma resposta violada e até uma eventual hostilidade (...) você tem que ficar muito atento a isso porque há a probabilidade de você emitir uma resposta ríspida (...) (Psiquiatra).

É possível observar que Mateus, o tempo todo, demanda que os profissionais estejam olhando para ele e talvez, só assim, ele possa ir se reconhecendo e permitindo a presença do outro. Parece-me fundamental no manejo com esse paciente que o profissional responsável esteja disponível para ele, para que, com o tempo, ele vá experimentado a sensação de existir para o outro.

→ *O vínculo*

Ser e permitir a presença do outro e criar uma aliança com o outro. O grande desafio da vida de Mateus se reflete na relação com os profissionais que cuidam dele, como observado nos relatos abaixo:

"E ele ficava naquela situação, (...) foi difícil de começar o vínculo porque ele, na verdade, não queria tratamento (...) Era bem difícil o relacionamento

familiar dele e aí teve uma vez que ele pegou e não quis mais vir, não veio”. (Médico Nutrólogo1).

“Atitude de ataque, né? Muita revolta vai atacando, né?” (Psiquiatra).

“E ele ataca. Ele ataca muito (...) O grupo tava num movimento tão gostoso e aí ele vai e ataca aquilo, ele não suporta o bom. E o grupo fala: poxa, porque não dá para ter um pouco de poesia na vida? E ele: ‘ah, porque a vida é dura’. As pessoas começam a tentar dialogar, mas ele fica sempre num pólo diferente. Nos últimos grupos ele tem estado muito mal fisicamente, então ele fica muito disperso, chegou a passar mal num grupo e aí ele faz um sinal e pede para que eu saia com ele, levei ele para tomar água, levei café e ele melhorou e ele pede segredo. Ele é capaz de te dar um voto de confiança e pedir ajuda, mas assim quando tá no limite”. (Psicólogo).

“Ele não queria nada, então foi muito assim... aos poucos, né? A aproximação difícil. Aí, como a gente fazia sempre depois dos grupos, o horário que ele estipulou, então quando ele começa a gostar de estar comigo ele se afasta. Então é perigoso gostar. É um paciente que se aproxima e quando ele começa a curtir o contato ele se afasta, então acho que é isso que me atrai porque ele tem capacidade de contatar. Ele tem necessidade do contato. Mas ele teme muito o abandono, né? Pela própria história de vida dele, né? Que uma história muito sofrida, então assim, a imagem que eu tenho dele é de alguém muito frágil que veste assim uma carapaça que se faz de muito forte, muito solitário, que precisa de muita ajuda, mas que teme muito, né? Teme ser traído, teme não poder confiar”. (Psicólogo).

→ Evolução

Sua evolução clínica parece estar intimamente ligada com sua capacidade de se vincular e confiar na equipe:

“(…), por exemplo, o meu intuito com ele foi esse: nas primeiras vezes em entrevistas mensais e às vezes mais espaçadas e, apesar dele manter aquele tom de negação, de desafiador: eu quero emagrecer mesmo, eu tomo laxante mesmo (...), ele vem aderindo”. (Psiquiatra).

“(…) foi muito boa a conversa que a gente teve, ele se abriu, não só no sentido de falar e esclarecer todas as distorções e assumir todas as distorções, não foi nada disso, foi no sentido de solicitou a minha avaliação, o que eu acho uma abertura, mostrou abertura para a gente, está negociando num clima bem vinculado, de troca, foi muito positivo.” (Psiquiatra).

“(…) mas... no começo do tratamento, ele tomava 2 cartelas de lactopurga, né? Que são 12 comprimidos, hoje, depois ele passou a... ele toma 6, o que querendo ou não, é muita diferença... é ainda um comportamento de alto risco, é agressivo pra saúde dele, mas em vista do que era, eu acho que está bem melhor...” (Nutricionista).

“Eu lembro dele aceitando ajuda quando não está agüentando mais. Eu acho que está tendo uma mudança, há uns dois, três meses ele pediu para passar pelo psiquiatra, ele ainda não aceita, mas começa a pedir psicólogo (...)” (Psicólogo).

“Mas eu acho que assim, ele continua, né? Com bastante restrição alimentar, continua usando laxativo, mas eu acho que ele melhorou”. (Nutricionista)

“(...) Ele tinha uma pequena melhora e tal, mas ele tinha o fundo familiar dele que era muito complicado”. (Médico Nutrólogo1).

Caminhando com a fala do médico nutrólogo, parece que o com-tato entre Mateus e sua família continuava pouco favorável, e em um ritmo não equilibrado. Este rapaz recebe provisões materiais concretas, mas o afeto parece continuar distante, e ele continua se sentindo muito sozinho. Talvez, em uma tentativa de manter esse isolamento, ele resolve abandonar o tratamento. Sua avó foi em sua consulta algumas vezes, para remarcar o retorno e, assim, garantir seu lugar no tratamento. Mas parece que a avó também tenha desistido.

7) Uma mensagem...

Mateus parece ter desistido do tratamento, parece que para este rapaz é muito difícil aceitar esse alimento bom porque parece muito doloroso entrar em contato com emoções tão profundas. O real é o corpo, o concreto, e só é possível existir para si mesmo e o outro através do corpo, objeto, matéria. Seu verdadeiro *self* parece continuar muito distante, como expresso em sua mensagem:

“Eu falo para a pessoa assim: se a pessoa é bonita, vai usar o corpo dela pra conseguir tudo na vida (...) eu sou desse jeito, eu penso no meu futuro, uai, amor não sustenta barriga. Falaria pra pessoa, cê tem seu corpo? Usa seu corpo, tudo que se tem, se pode ter, eu sou assim”. (Mateus).

7.1.2 Análise compreensiva à luz da psicanálise

O leitor pode perceber, a partir dos diversos relatos, que a infância de Mateus foi marcada por vários eventos adversos, como o maltrato do pai, o descuido da mãe, inúmeras privações emocionais e materiais, que podem ter levado a uma sensação de não aceitação pontuando sua existência. Esses fatores perpetuaram-se por toda primeira infância e perduram até os sete anos de idade, quando os avós o retiraram da casa dos pais e passaram a se responsabilizar por seus cuidados. No entanto, observa-se, através dos relatos, que os avós, por razões pessoais, também parecem não ter recursos internos para funcionarem como um ambiente favorável a este rapaz. Mateus, ao morar com os avós, parece continuar vivenciando a ausência de um ambiente suficientemente bom, a diferença é que, nesse momento, ele recebe provisões materiais, mas ele continua passando fome.

A forma de falar, de olhar, parece de uma pessoa que tem uma relação de desvalorização em relação à vida e a si mesmo, e desconfiada em relação ao outro, supervalorizando sua imagem corporal em detrimento do corpo físico e dos sentimentos. Nesse sentido, caminhamos com Costa (2004), que discute o sujeito contemporâneo como aquele que desvaloriza os sentimentos e coleciona sensações. Parece que a imagem narcísica do bebê que Mateus foi, continua “hibernando” (COSTA, 2004, p.77) no interior do seu eu e, assim, este rapaz parece se sentir obrigado a sempre renovar o espectro de estimulações sensíveis para sentir que existe aos olhos e ao olhar do outro (COSTA, 2004).

Na verdade, encontramos um rapaz com um grande sofrimento psíquico. Aquele bebê sozinho, angustiado e desamparado, defendendo-se do pai violento e da mãe “morta” (GREEN, 1998). Sentindo-se, assim, não reconhecido e humilhado. Parece ser dessa forma que ele vivencia seu mundo interno, e, conseqüentemente, suas relações externas: gritando raivoso pelo olhar do outro, agarrando a si mesmo na concretude do corpo. Porque, para

Mateus sentir parece algo perigoso, já que existe um mundo interno tão temido, como lidar com tanto desamparo? Assim, Mateus foi se adaptando a esse ambiente ameaçador, perdendo-se em um *self* falso, falsamente onipotente, mas que o protege e, assim, passa a sua vida tentando ser atraente o suficiente para agradar o outro, buscando em cada um, aquele olhar inicial que lhe faltou.

Caminhando com Winnicott, é por meio do olhar da mãe que o bebê se reconhecerá. Parece que Mateus ainda não se reconhece, talvez devido à falta desse olhar tão fundamental para o desenvolvimento do ser humano: o olhar materno. O olhar que expande para o toque, a pele, o calor, o nosso corpo/meu corpo, o nosso corpo/o seu corpo e o meu corpo, sensações fundamentais para o desenvolvimento emocional deste rapaz. Independentemente de a mãe ser biológica ou não.

É interessante que Mateus, durante a entrevista, relata ter medo da solidão, mas, por outro lado, demonstra sentir que o contato com o outro é amedrontador. Esses sentimentos tão antagônicos provavelmente refletem um mundo interno que Mateus parece vivenciar, mesclado pelo conflito constante entre o vazio e o desejo contínuo de preencher essa falta. Porém, é incapaz de discriminar que aquilo que falta é o alimento psíquico, o amor. Afinal, para ele, “*amor não enche barriga*”.

Segundo Winnicott, a forma que o indivíduo experiencia os primeiros meses de sua vida é fundamental na maneira que ele irá constituir o seu corpo, alojar-se em seu corpo, reconhecendo-se e, assim sendo, capaz de reconhecer o outro como uma pessoa inteira. Parece-nos possível pensar que este rapaz, para quem não foi proporcionado uma sustentação suficientemente boa, não consegue se sentir integrado a seu próprio corpo (ABRAM, 2000). Sem o olhar de sua mãe e sentindo um ódio enorme por si mesmo, por ter fracassado em conquistar o olhar dessa mãe, Mateus passa toda a sua vida investindo num corpo, objeto usado para sedução. No entanto, caminhando com Costa (2004), esse corpo, transformado em

“objeto-corpo” é “eu-corpo” e, assim, não oferece a Mateus a resistência necessária para que este rapaz possa desenvolver o sentido de realidade exterior, nem a complacência necessária que o tornaria instrumento de comunicação entre o mundo interno e o externo.

Quando começa o tratamento no GRATA, ele tem a oportunidade de experimentar uma relação mútua, em que seu ritmo pode ir gradualmente sendo ouvido pela equipe que tenta ir se adequando a ele, oferecendo uma relação recíproca e de verdade, em que existe compromisso e responsabilidade mútua. É possível observar, por meio dos relatos, que Mateus parece em alguns momentos, quase se permitir confiar na equipe, nesse novo tipo de relação, o que pode ser a sua esperança. Segundo Abadi (1998), quando o ambiente interno bom não pôde se desenvolver, é preciso um controle externo que ofereça condições de sustentação e segurança essenciais para que a pessoa consiga executar suas tarefas pessoais. Esse ambiente externo suficientemente bom, que suporte e dê suporte aos impulsos da pessoa, pode representar a sua esperança. Mas, parece que no caso de Mateus, apesar da equipe oferecer um ambiente favorável, o ambiente de sua casa ainda parece ser sentido como pouco favorável e, assim, Mateus parece continuar sem a sustentação emocional da família, e, talvez, ainda, com muito medo e receio de ser.

Parece que Mateus não pode se dar conta de tantas emoções primitivas dentro de si, e conseqüentemente, por não conseguir desenvolver a capacidade de pensar e elaborá-las, parece não encontrar outras formas de reação para sua sobrevivência (ABADI, 1998), senão a de colocar essas angústias impensáveis em seu corpo. Por meio da busca “cega” pelo corpo perfeito, o corpo imagem usado para atrair o outro, Mateus cai nas armadilhas do imaginário da perfeição e o resultado é o desenvolvimento de um transtorno alimentar.

Seu verdadeiro *self* parece estar tão esmagado que (quase) desapareceu. Restando um falso *self* agarrado no concreto, distante do afeto, do sentir e sentir-se e que o aprisiona em uma vida cheia de nada, vazia. No entanto, parece haver uma esperança, porque ele sonha em

ter carinho, uma família... Talvez, esse rapaz ainda consiga pinçar o fio (de ouro!) que o leve ao encontro consigo mesmo.

7.2 O caso Fernando

“Sabe aquele desejo, como desejo de... é como se fosse um grande amor?”.

Apresentarei agora o caso de Fernando. Peço ao leitor para se distanciar de Mateus e adentrar nessas linhas que traçam uma trama psíquica e um ambiente familiar diferentes do caso apresentado anteriormente e, ainda assim, com similaridades fundamentais. Dessa forma, coloco novamente a questão: como ser uma mãe “suficientemente boa” sem sufocar com excesso de leite ou deixar morrer de fome, sendo capaz de acolher e frustrar?

Superficialmente, parece-me que a dinâmica familiar de Fernando é oposta a de Mateus, que recebeu tanta negligência de seus pais ao longo de sua primeira infância. Fernando, ao contrário, conforme o leitor acompanhará ao longo da apresentação dos núcleos temáticos, parece ter recebido uma enxurrada de amor e cuidados, enquanto que, para Mateus, restou a seca. Adentrando nos relatos das entrevistas de Fernando e seus pais e pensando mais profundamente sobre este caso, encontrei na seca e na enxurrada uma semelhança sutil que pode passar despercebida, mas que parece determinante no caminho a ser trilhado: o caráter invasivo e destrutivo. Também pensei: depois de uma enxurrada o solo fica muito úmido, e, com o calor do sol bem dosado, pode encontrar um equilíbrio que leve naturalmente à fertilidade, à vida. Enquanto que na seca, tudo parece mais árido e estático: quase morto.

7.2.1 Apresentação dos núcleos temáticos

1) O desenvolvimento emocional

→ *O ambiente familiar*

Fernando nasceu saudável de parto cesariano: “*um bebê lindo*” (de acordo com o relato de sua mãe nascera com 3,7 kg, porém, em seu prontuário, encontra-se registrado o peso de 2,8 kg). Sua mãe relata que ficou feliz quando soube que estava grávida, mas, ao mesmo tempo, triste, porque ela tinha medo de não conseguir dar para Fernando o que ele precisaria financeiramente. O marido, de acordo com o relato da esposa, bebia muito nessa época.

“Não bebe de espancar e dá bafão, eu num concordo, abafo na hora (...) eu sou forte”. (Cássia).

Deu-me a impressão, de acordo com seu relato abaixo, que a mãe sentia que podia contar apenas consigo mesma na criação dos filhos.

“(...) mas eu consegui dá sim. Ele comia muito bem, ele tinha um lugar pra dormi bem confortadinho, cama limpinha, toalha limpinha, tudo cheirosinho, tudo gostosinho, pediatra certinho, balança, eu era viciada em balança pra vê se tá engordando, porque a gente é boba, a gente quer que os filhos engordem”. (Cássia).

Acho interessante quando escuto Cássia dizer que “*era viciada na balança*” para ver se o filho estava engordando, correspondendo, assim, ao que, na sua ótica, seria um bebê saudável:

“Pra vê se ele tava ficando gordo, se o alimento que eu tava dando pra ele tava... tava bom... Mãe é boba, mãe quer vê o filho gordo, mas não pensa que futuramente vai sofrer”. (Cássia).

Parece que Cássia precisava da confirmação de que o alimento que oferecia era bom o suficiente. Concretamente, ela ficou “*viciada na balança*”. Mas, de que alimento será que ela

está falando? Fernando tem quatro irmãs mais velhas e Cássia ainda parece uma mãe insegura quanto a sua capacidade de nutrir.

O pai, de uma maneira bem menos prática e mais emotiva, sobre o filho diz:

“Quando ele nasceu eu me senti... vixi! O primeiro homem! Eu fiquei entusiasmado e tudo que eu fazia era para ele. Até as outras falavam: não pai, é só ele, só ele”. (Carlos).

Acho interessante porque, nestes pequenos trechos, já encontramos características marcantes de seu pai e de sua mãe. Aspectos que vão se confirmando ao longo do acontecer das entrevistas. A mãe apresenta-se para mim como uma mulher forte, prática, controladora e também carinhosa. Quando entrevistei o pai, encontrei um homem muito tímido, passivo, a delicadeza parecia correr pelo seu corpo através de seus gestos e sorriso leves e sutis. Afetuosidade: foi a palavra que veio à mente durante nossa conversa. Além disso, já é possível perceber que, desde seu nascimento, Fernando ocupou um espaço em evidência entre os filhos. A princípio, por ser o filho mais novo e o único homem, mantendo-se nesse lugar de “*destaque*” ao ficar doente (será apontado no decorrer do texto).

A mãe relata, como mencionado anteriormente, que passaram por dificuldades financeiras durante toda a infância do menino, principalmente quando Fernando tinha dois anos. O pai bebia e fora despedido e, assim, Cássia precisou assumir todo o sustento dessa família.

“(...) aí eu logo arrumei um emprego, já fui logo trabalhar para levar pelo menos o básico que eu trago... arroz, feijão, verdura e tá muito bom...”. (Cássia).

No entanto, é interessante que, apesar de Cássia contar sobre o fato de que seu marido teve problemas com álcool e por isso nunca parou em empregos, ela demonstra gratidão por ele, e em sua voz posso ouvir uma melodia de carinho ao falar de Carlos, como expressado na fala abaixo:

“(...) meu marido é muito bom para mim (...) nunca nos traímos (...) briga, às vezes uma coisinha que não agrada ele, ele gosta das coisas muito certa”.
(Cássia)

E, quando pergunto a Carlos sobre seu relacionamento com sua mulher, ele diz:

“Graças a Deus é ótimo, faz 32 anos, nós nunca separamos, nunca tivemos uma briga violenta...”. (Carlos).

Dá-me a impressão de que Fernando nasceu em um ambiente de amor e acolhimento. Questiono-me sobre a dinâmica do relacionamento dos pais. Parece que a mãe assumiu o papel de mantenedora deste lar e o pai, talvez por ser uma pessoa tão sensível e vulnerável, parece ter se perdido em uma mulher tão forte. Força necessária, mas que se mistura com voracidade e dominação em relação ao marido e aos filhos. Tal aspecto pode ser observado nas falas abaixo:

“(...) nós conversa sobre tudo, mas quando é para chamar atenção dos filhos, é ela. Eu nunca dei um tapa (...) eles conversam, ela explica para ele sobre namorada, quando ele tiver uma namorada, ele poder ter relacionamento e usar camisinha, ela explica tudo”. (Carlos).

“Ela explica tudo”. Tudo está sob seu controle, *“limpinho e certinho”*. Observado nas falas abaixo de Cássia e Fernando, respectivamente:

“(...) eu tenho duas coisas pra agradecer: eu dou conselho pro meu marido, criei meus filhos direito”(Cássia).

“Ela é carinhosa, assim também, companheira. Quando eu tava doente, assim, fiquei internado, ela me fez companhia, tudo certinho. Não tenho nada o que queixar dos dois. Ninguém nunca me bateu, nunca teve motivo também, sempre andei na linha (...) eu fui educado de um jeito que sempre na reta, nem pra lá, nem pra cá, sempre na linha certa (...) tipo assim, nem responder” (Fernando).

Fernando relata sobre o pai:

“Ele é brincalhão, vixe, é um amor. Ele é companheiro também. Quando eu tava precisando mais, ele me ajudou bastante. Tudo que ele puder fazer por mim ele faz, se não puder ele tenta fazer, mas tá ótimo.” (Fernando).

Sobre a irmã que mora com ele:

“Ela é extrovertida, gosta de brincar bastante. É companheira também, vai à escola comigo, enquanto tô estudando. Depois nós voltamos juntos. Outra é que eu não tenho muitos amigos... então eu a levo para passear também”. (Fernando).

Relatos de seus pais dão à impressão de que o relacionamento familiar é saudável como expresso nas falas abaixo:

“(...) às vezes um dia de domingo, vai alguém na nossa casa, meu filho vai lá, cada um leva um pouquinho de cada coisa, acaba fazendo (...) um almocinho gostoso, né? Então quando eu falo que é tudo de bom, tudo de bom pra mim...” (Cássia).

“(...) às vezes aos domingos a gente assa uma carne e a gente faz uma rodinha lá e conversa”. (Carlos).

E, finalmente, sobre o relacionamento dos pais, Fernando relata:

“Os dois é tipo assim... de vez em quando sai uma discussãozinha, mas é normal... de casal. Coisa boba, meu pai gosta de jogar muito naquela lotomania. Então a minha mãe acha que aquilo lá é jogar dinheiro fora, pro governo...”. (Fernando).

Parece não haver o caráter invasivo e agressivo que encontramos no caso anterior.

Parece que o ambiente é suficientemente bom, mas será que é?

Por meio de relatos, como de Cássia, descrito abaixo, quando conta que pegou o filho com *“os olhos cheios de lágrimas, magoado”* quando os pais estavam com problemas financeiros.

“Calma meu anjo, vai dar tudo certo, nem que a gente coma arroz e feijão”. (Cássia).

É possível observar, pelas suas palavras, o grande afeto que sente em relação ao filho, afeto que eu escuto em sua voz ao longo de toda nossa conversa ao falar de seu *“grande filho”*, sua família. Parece uma leoa orgulhosa ao relatar sua estória, a estória de seus filhos, sua conquista. Faz o que for preciso para cuidar, valorizar e proteger os seus e a si mesma. Por um lado, pareceu-me uma mulher forte e uma mãe que assume seu papel de cuidadora. Por outro lado, pareceu-me uma mãe extremamente vaidosa, não dando (talvez) espaço para que

seu filho seja quem ele realmente é. Portanto, não oferecendo um ambiente suficientemente bom.

Ao longo da entrevista com Cássia fui percebendo, sutilmente, que toda vez que ela falava da melhora de seu filho era como se, de certa forma, ela estivesse contando de sua vitória, de como ela é forte e boa. Parece que o orgulho que ela sente do filho é também um orgulho por ela mesma. O que eu acredito se não tivesse me parecido um pouco exagerado, seria um comportamento natural de uma mãe.

2) Teatros do corpo...

→ *O adoecer*

E, assim, o corpo encena. Fernando, sem saída para ser, parece ter, ao longo de sua vida, que desenvolver sintomas físicos: a gordura, a mielite viral, o transtorno alimentar.

A mãe relata que, desde criança Fernando tinha uma tendência para engordar, mas que não era uma criança gorda e nem magra; nas suas palavras: “*era uma criança forte...*” (Cássia).

É muito interessante porque, logo no início da entrevista, Cássia relata que nos primeiros meses de vida era viciada na balança. Ao final de nossa conversa, tento investigar um pouco melhor sobre isso, e ela diz que, quando ele se tornou criança, ela parou de pesá-lo constantemente porque:

“(...) *ai eu tava vendo, né? (...) saudável não. Falava pra ele assim: ó...não é por ai não. Você já tá ficando... hum ... a gente já não achava mais roupa*”. (Cássia).

Parece que houve um exagero da Cássia com relação à alimentação de seu filho, admitido por ela mesma, como demonstrado no relato acima. Winnicott trata da importância dos estados de excitação e não-excitação do bebê para seu desenvolvimento saudável, além da importância de uma mãe que perceba essas necessidades (emocionais) de seu filho, de acordo

com estes estados de excitação e estados de tranqüilidade. Achei interessante porque, no texto escrito por Winnicott, em seu livro “A Natureza Humana”, sobre “o estabelecimento da relação com a realidade interna” (WINNICOTT, 1990, p. 120), diz “... mas a mãe, por sua adaptação extremamente delicada às necessidades (emocionais) do bebê...”. Portanto, Winnicott, quando menciona acerca das necessidades do lactente, coloca entre parênteses a palavra “emocionais”. Fica claro que, para este autor, a mãe, ao oferecer o seio ao filho, não está apenas alimentando-o concretamente, mas sim, está nutrindo a capacidade de amadurecimento emocional deste bebê. Voltando à Cássia e sua grande preocupação em alimentar seu filho, parece uma mãe sem muita noção de limites. Fico pensando como isso influenciou em seu encontro com Fernando e na experiência emocional deste a partir do encontro mãe-filho.

Fernando teve mielite viral dos doze aos dezesseis anos de idade. Cássia relata, pontuada e detalhadamente, seu esforço e atenção com relação a seu filho nesse período. Fernando, que já era “*o xodozinho*” dessa família, como mencionado por seu pai, tornara-se ainda mais em evidência devido à gravidade de sua doença. E, ironicamente, ainda mais dependente de sua mãe, como observado na fala de Cássia abaixo. É possível observar também, nessa mesma fala, o pedido de Fernando por seu espaço e a reação da mãe, que até parece natural de uma mãe, mas, ao mesmo tempo, faz-me pensar o quanto ela queria fazer e resolver, passando assim, sem se dar conta, com a força e rapidez de uma enxurrada, por cima das necessidades de seu filho. Onde ele está? Parece que ela não o vê.

“Eu tava dando banho nele por que a coordenação motora comprometeu por causa... por conta dessa mielite... eu sentava na cadeira e eu mesma dava o banho. Ele só lavava as parte íntima dele porque ele não deixava... ele nunca deixou eu tocar (...) ele falava: a senhora tocou quando eu era criança, mas agora que eu já sou grande (12 anos)... Não tinha que ter vergonha não, mãe é pára essas coisas (...) não precisava ter medo. Joga pra lá, joga pra cá, lava, seca bem secadinho...” (Cássia).

Nessa época, a mãe e Fernando relatam que ele era “*gordinho*” e que, com o uso da medicação (corticóide), engordou mais.

“(...) eu sempre fui fortinho, gordinho, mas quando eu comecei a avolumar, foi daí pra que eu tomei (nome do remédio) que inchou mais ainda (...) aí eu fui engordando”. (Fernando).

→ *O corpo em cena*

Fernando encontra-se dentro daquela grande parte dos homens que desenvolvem transtorno alimentar e que foram obesos previamente (FARROW, 1992; KAUFMAN, 2006).

Ele relata que quando estava obeso sentia

“(...) uma coisa horrível. A noite que eu ia dormir, parecia que ia cobrir a gente, uma coisa a barriga o tanto que ia. Só um obeso pode falar o que é ser obeso de verdade”. (Fernando).

E se sentia:

“(...) um monstro. Era tão... tão feio a coisa. Muita gordura, os braços pareciam que ia (...) Tudo me incomodava, Até as partes íntimas também... incomodava bastante, tudo”. (Fernando).

Sua mãe conta que, desde os 8, 9 anos, Fernando já era considerado gordo. E ela foi investigar porque seu filho comia tanto. Foi na escola para saber se estava tudo bem com ele, diz:

“Na escola não sabia que não tinha acontecido qualquer coisa grave, entendeu? Sabe uma coisa assim: um estupro, qualquer coisa, até isso eu perguntei. Direito de mãe, né?”. (Cássia).

Também perguntou para Fernando o que havia acontecido para ele começar a comer tanto:

“Então fui, quis saber se Fernando, cê não viu nada, que... que fez você disparou pra comer? Porque tem gente que achando que comer vai melhorando. A ansiedade é tão grande que comendo elas ficam melhor”. (Cássia).

Acho interessante porque Cássia vai buscar no externo e no concreto uma explicação para o comportamento de seu filho. E a resposta de Fernando para sua mãe foi:

“Não, mãe, não tenho nada contra ninguém, nunca ninguém fez nada pra mim”. (Fernando).

Parece que Fernando se dá conta de que tem um ambiente interno, uma estória presente e passada, quando relata à mãe que o seu comer descontroladamente não tem relação com seu mundo externo atual.

A mielite viral e o quadro de enxaqueca foram tratados no Ambulatório de Neurologia, de onde foi encaminhado para a Endocrinologia, sendo recomendado então a fazer uma dieta devido à intolerância à glicose e HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica). A princípio, Fernando mostrou-se muito resistente a seguir a dieta. É importante ressaltar que Fernando, nessa época, estava realmente acima do peso normal (117 kg).

“Na hora que eu tava com a médica, assim, eu falava assim: ah, eu vou fazer, mas chegava em casa, eu mudava o pensamento: vixe, mas pra que fazer regime? Vou morrer mesmo, vou comer mesmo! Falava assim pra minha mãe (...)” (Fernando).

E completa:

“Com roupa, não parecia nada, mas quando era... assim, muita gordura, banha, né, pra baixo... coisa feia mesmo. Eu tava assim, eu tinha perdido de... já perdi a vontade de estudar, de jogar bola, saí na rua, de conversar, por causa da gordura, e outra também, ah... não tava andando direito, eu tava ruim das pernas, gordo... dava vontade, mas eu falava hoje não dava, tava com dor nas pernas (...)” (Fernando).

No entanto, um dia, durante o atendimento na Endocrinologia, relata que a médica lhe falou algo que “*encaixou na cabeça*”. Algo de que ele parece não se recordar bem, mas que está relacionado com a possibilidade da morte dos pais. E Fernando relata que naquele dia se sentiu uma pessoa magra, seu pensamento mudou na hora:

“(...) parecia que tocou tudo (...) Depois daquele dia, parece que foi embora. Tipo assim... soltar um foguete e ir embora, não desanimei, até hoje eu to (...)”.(Fernando).

Parece que nesse momento Fernando tenha se dado conta de que é uma pessoa separada de sua mãe e precisa caminhar com suas próprias pernas.

→ *O regime: corra Fernando, corra!*

Desde então, Fernando passou a seguir o regime prescrito pela médica, mas conta que, como desejava perder peso rapidamente, *“deixei a dieta de lado e fiz do meu jeito”*. De acordo com seu relato, a dieta prescrita pela médica, por exemplo, no café da manhã incluía: *“um copo de leite, três bolachas, uma banana e uma torrada”*, todavia Fernando alterou para:

“(...) aí o que eu fiz? Um pouquinho de café e três bolachas. Eu fui fazendo do meu jeito... Em uma semana perdi 5 kg: aí é que tá o problema, eu perdi tudo aquilo, mas achava que eu tava gordo ainda. Aí um dia, por acaso, eu falei: vou subir nessa balança... tipo, eu tava comendo pouco pensando que eu tava comendo muito, entendeu? Aí eu subi na balança da farmácia, eu tava com 117 kg, foi pra 109. Eu falei: ‘nossa, 109! Eu falei: 109! E aí eu falei: deve tá errada a balança. Aí eu fui... aí todo mundo reparava: ‘nossa você tá magro ‘! (...)” (Fernando).

No entanto, Fernando relata que não acreditava no que as pessoas lhe diziam, achava que eles falavam isso só para alegrá-lo e estimulá-lo a continuar a fazer o regime corretamente, então, ele seguia a sua dieta, comendo muito pouco e fazendo exercícios físicos em demasia, sentindo-se muitas vezes cansado, fraco, debilitado e com falta de ar, provavelmente sintomas de hipoglicemia. Chegou a desmaiar uma vez. Ao mesmo tempo, Fernando menciona ter sentido felicidade enquanto emagrecia, mas, ainda assim, incomodava-se com as *“pelancas”*, especialmente no abdômen, que achava que era gordura e por isso desejava emagrecer mais.

→ *Distorção da imagem corporal e Conflito entre esquema corporal e o eu narcísico*

Diz que percebia que estava perdendo peso, mas, por causa da pele flácida, achava que estava engordando:

“(...) via que tava emagrecendo, mas... o excesso da... que eu olhava para baixo, eu pensava que tava engordando. Aí eu fui, fui, fui, fui... aí até hoje tá aí. Regime, regime, exercício, regime, exercício... chegava da escola cansado, fazia bicicleta, ia lá embaixo e andava, andava o dia inteiro, tava elétrico.”(Fernando).

E prossegue:

“Eu pensava que ia perder peso rápido assim, rapidinho assim. Todo alegre, enquanto que os outros seguiam a dieta certa, do meu jeito eu ficava cada dia mais magro. O corpo tava ficando daquele jeito que eu queria, mas assim, a saúde assim, as vistas embaralhavam, olhava assim, cheio de estrelinhas...” (Fernando).

É possível observar a voracidade, a onipotência e a falta de limites deste rapaz, colocando em risco a própria vida.

Cássia, em uma tentativa de colocar limites ao filho, relata que (nessa época):

“(...) às vezes eu brigo com ele (...) às vezes eu falo: não tá exagerando um pouquinho? Tem que ter hora, tem que ter regra, tem que ter limite (...)”. (Cássia).

No entanto, é possível observar que, quando ela coloca limite, é de forma autoritária, como relatado na fala acima e na seguinte:

“Na minha casa tem respeito, é a lei do respeito. Até enquanto a gente tiver com os olhos bem abertos”. (Cássia).

É a lei do respeito. Acho interessante ela usar a palavra “lei”. Dá a sensação de que é algo de fora que exerce o controle, que coloca o que é certo ou errado. E cabe aos outros

moradores desta casa, desta pátria, seguirem essa lei, sem pensar ou questionar o sentido do respeito.

Cássia conta também o episódio em que Fernando desmaiou e ela, desesperada, o levou ao pronto-socorro. Diz que a médica deu um “pito” (sic) em Fernando e que sua resposta à mãe foi:

“Eu vou mostrar pra ela [médica] que eu sou homem, eu vou comer. Aí (...) começou...”. (Fernando).

Parece-me que tal médica, nesse momento, representou o papel de sua mãe ao longo desses anos, como se Fernando precisasse desse “pito” (como de sua mãe) para parar e seguir (submissamente) “*na linha reta, nem pra lá, nem pra cá*”.

Quando escuto Fernando dizendo essa expressão, fico pensando o quanto seguir o que o outro diz ser na linha reta pode ser algo sem vida própria, sem pensamento e sem a capacidade de criar, de sentir-se real. Por outro lado, parece-me que ao usar a expressão: “*vou mostrar para ela que sou homem*”, Fernando pode estar em uma busca de apropriar de si mesmo, de sua identidade e, ao fazer isso, perceber que é responsável por si. Parecendo-me uma oportunidade de desenvolvimento emocional.

Cássia relata que seu filho queria ficar com um corpo “*escultural (...) sarado*”. Fernando diz que quando era obeso queria ser

“(...) uma pessoa magra. Magra assim que nem eu assim. Se eu fosse... se eu fosse gordo hoje aqui e eu hoje passasse aqui, eu ia falar: nossa! Eu queria ser daquele jeito!”. (Fernando).

E que, atualmente, quando se olha no espelho, sente-se

“(...) uma pessoa magra, magra mesmo, sem nenhum defeito (...)”. (Fernando).

Tal relato demonstra que, atualmente, Fernando, que é eutrófico, parece superficialmente satisfeito com seu corpo e imagem corporal e mais consciente de seu tamanho, de seus limites, contudo, não está. O perigo encontra-se no sentido de que ele demonstra excessiva preocupação com o peso e forma física, levando-o a uma alimentação desequilibrada e ao exagero nas práticas de exercícios físicos. Externalizando no corpo suas angústias internas.

→ *O corpo objeto*

Fernando, então, sente que conforme foi ficando mais magro, foi se tornando mais popular. Seu pai relata que:

“(...) agora e antes ele se transformou, no passado ele era gordão, ele vivia feito: eu não posso sair com os colegas, jogar bola, vôlei. Agora ele tem coleguinhas (...) quer trabalhar (...)”. (Carlos).

Conforme foi emagrecendo, foi se sentindo mais bonito, o que é natural e saudável. Mas existe o lado do perigo, achar que o corpo, belo e concreto, é a sua ponte de contato com o outro. Correndo o risco de usar esse corpo como um objeto para atrair o olhar do outro, caindo assim nas entranhas do imaginário da perfeição. Ou, ainda, achar que é apenas através do corpo que ele pode falar suas dores, seus medos, sendo o corpo um objeto usado para pedir socorro.

Este caso é interessante porque, Fernando, desde o nascimento, parece ter sido “sufocado” e, assim, privado de ser. Na infância tornou-se uma criança obesa e na adolescência ficou muito doente, dependendo inteiramente da mãe e sendo bastante obediente à ela. Parece que Fernando viveu sua vida escondido em um falso *self*. Quando estava melhorando da mielite viral e foi recomendado pelos médicos perder peso por riscos à sua saúde, primeiramente Fernando rejeitou tal hipótese, dizendo que iria morrer mesmo. Parece

que, na verdade, nesse momento, Fernando já se sentia morto, aprisionado e mais, parece que Fernando tinha muito medo de sair desse local de conforto, que, contraditoriamente, era a sua prisão, como se estivesse protegido por sua gordura de dis-fundir-se da mãe e assim, ser.

A fala da médica acerca da possível perda de seus pais, parece tê-lo tocado, no sentido de que, nesse momento, talvez, pela primeira vez, este rapaz tenha se dado conta de que é um ser separado de sua mãe, talvez tendo um breve contato, ainda superficial, com a noção de “eu sou” no mundo separado do outro. Ao iniciar sua dieta, parece que Fernando percebeu que pode ser autor de sua vida, mas...

→ *O imaginário da perfeição*

No entanto, assim como para sua mãe, não existe o equilíbrio, a linha deve ser reta: ou tudo, ou nada, ficando o verdadeiro *self* novamente escondido dentro dessa busca incansável pela perfeição, pois parece não haver espaço. Espaço interno para desenvolver a capacidade de sentir-se real, de pensar, de andar com as próprias pernas, apesar de uma linha reta, um pouco para lá e um pouco para cá. E, assim, desenvolver a (tão profunda) capacidade de brincar e dançar com a inexorável impermanência da vida.

“Então ele fica assim na frente do espelho, se ganhou peso na barriga, cuidando do cabelo e põe para traz e para frente, a ilusão dele é essa (...) Ele só fica frente do espelho, vai na frente do espelho mais grande que alcança o corpo inteiro e fica (...) ele tem 2 barras de peso e ele faz peso faz bicicleta e vai pesar na farmácia perto de casa a cada 15 dias. (Carlos).

“(...) eu não falo nada, eu acho que é pior responder para mamãe, porque você só tem a perder, né? Ela dá um conselho, ela te põe na linha, aí se você não ouvir o conselho, mais tarde você pode ter um prejuízo, compreende?” (Fernando).

3) O que será que me dá que a brota a flor da pele, será que me dá?

Fernando parece muito tímido quando fala sobre relacionamentos amorosos. Ainda parece um menino se descobrindo. Quando pergunto se gosta de alguém, conta, com um sorriso nos lábios e um olhar adocicado, que

*“Ah..., ter, tem, mais é uma menina lá que gosta de mim, mais eu num tô sabendo... disse que é bonitinha...vou me informar, vou saber quem ela é”.
(Fernando).*

Dá para perceber seu distanciamento e, ao mesmo tempo, seu desejo de chegar perto, apesar do receio. Seu olhar vai longe ao contar isso. Parece que o amor ocupa um lugar suficientemente bom dentro dele, que é cuidado e nutrido. Ele diz que nunca namorou, só beijou, mas que quando namorar quer “*namorar sério*”. Tenho a impressão de que ele coloca o amor ainda como muito ideal, perfeito, possivelmente numa maneira de mostrar que está distante.

4) “Ah bruta flor do querer, ah bruta flor...” (Caetano Veloso) Comprar... Comprar... Comprar... Ter... Ter... Ter... Quero... Quero... Quero...

A voracidade de Fernando parece não se espalhar para outros aspectos de sua vida, talvez devido à sua submissão e obediência em relação à mãe.

A mãe relata que ele adora camiseta baby look, ela diz: “*é a paixão da vida dele*”, então conta que, por exemplo, na semana passada a esta entrevista, havia comprado uma para ele e diz:

“(...) pago baratinho (...) ele num cobra nada da gente, não cobra luxo, não cobra roupa, o que a gente pode dar, a gente não deixa ele sem...descalço, a gente tá sempre dando dinheiro para ele aparar o cabelo”. (Cássia).

Em vários momentos a mãe fala sobre sua dificuldade financeira e sua luta para sustentar a casa.

“A gente agora... posso dá pra comer uma fruta...” (Cássia).

“Mas eu comprava danone quando eu fazia compra, uma vez por mês...” (Cássia).

A partir desses relatos, é possível observar que a relação de Fernando com o dinheiro parece dentro de sua realidade financeira. E parece que sua mãe procura controlar os gastos e controlar o marido (que joga na lotomania!), colocando limites para essa família. O que é muito importante, no entanto, fico com a sensação de que Cássia tem dificuldade de encontrar um equilíbrio, dando demais ou sendo rígida demais. E, novamente, penso na frase de seu filho: *“sempre na linha reta, nem pra lá, nem pra cá, sempre na linha certa”*. Dá a impressão de que não existe flexibilidade, talvez devido a um medo muito grande do descontrole. Afinal, como Fernando diz em relação à comida: *“Ah, sem sair da dieta, num descontrolar tudo, senão se você descontrolar...”*.

5) O Zênite da força: o amor

Durante a entrevista com Cássia, ficou transparente sua ligação profunda com seu filho, como observado em sua fala abaixo, quando conta da sua emoção no dia que foram assistir a esquadrilha da fumaça, aviões de caça, vivida com intensidade com seu filho que sonha em entrar para a aeronáutica.

“(...) eu acabei chorando junto com ele minha filha, eu chorei, no fim, todo mundo achou graça porque eu chorei de a emoção brilhava no olho dele. Sabe aquele desejo, como desejo de... é como se fosse um grande amor? Aquele desejo de servir a pátria amada, né? (...) Ele ama de paixão”. (Cássia).

E no relato abaixo:

“Porque eu vejo por dentro, de dentro para fora (...) eu vejo o amor dele por dentro”. (Cássia).

Parece-me que Cássia também ama seu filho de paixão. E esse amor parece tão grande e tão desmedido que esmagou Fernando. E este rapaz, sentindo a força do tamanho do amor, seu primeiro amor, ficou enovelado por tanta emoção e querendo a todo custo servir a essa mãe, que durante toda a sua vida representou sua pátria amada, seu continente. Ironicamente, sua ligação foi tão grande que não houve espaço para que ele abrisse as portas de seu continente interno, distanciando-se, assim, de si mesmo.

6) O transtorno alimentar permeando as relações: A postura dos profissionais frente aos usuários e familiares do serviço clínico

→ *Aceitação do TA*

Seus pais parecem não compreender bem por que ele está fazendo o tratamento no GRATA. Para eles é uma continuação do tratamento no ambulatório de Endocrinologia. Como observado nas falas abaixo:

“Olha... não (sei por que ele foi encaminhado para esse ambulatório). O hospital vai mandando (encaminhando para diferentes ambulatórios)”. (Cássia).

“Ele vem aqui para continuar o tratamento” (Carlos).

Os relatos dos pais são muito interessantes, porque consta, na literatura, a dificuldade em diagnosticar homens que desenvolvem transtornos alimentares, isto porque estes sintomas, muitas vezes, ficam encobertos pela preocupação em se manter saudável (ELIOT; BAKER, 2001). No caso de Fernando, essa dificuldade é ainda mais evidente no sentido de que Fernando era um rapaz obeso, apresentava problemas de saúde devido à obesidade e

realmente precisava perder peso, o que foi um fator concreto que provavelmente influenciou no desenvolvimento do transtorno alimentar.

Os pais, apesar de não compreenderem muito claramente a razão de Fernando estar se tratando no GRATA, a família tem uma postura de sustentação a Fernando e ao tratamento, fazendo uma aliança com a equipe:

“(...) eu acho que é muito bonito, assim, sabe... eu vejo a família dele, assim, apesar de serem (...) mas eu vejo assim um pessoal muito unido, muito preocupado, sabe. Então às vezes ele ia com a irmã mais velha, às vezes ele ia com a... com a mãe... então você via que tinha todo um zelo assim com o tratamento dele. É um pessoal que não é de falar muito, é um pessoal mais calado, mas estava lá, sabe? Aquela coisa assim... né... a mãe, o filho dela, é o irmão da moça, lá, da irmã dele, então era aquela coisa assim, vai junto, escuta as orientações, sabe, é uma coisa bonita de se ver, é um movimento que você vê, você fala.... a família vem, traz tá preocupada, né, como é que... e eu acho que tem essa característica de ter passado por tantos tratamentos assim, né? Então, primeiro a mielite, depois a pré-diabetes, então, meu, é pra preocupar mesmo, sabe. Eu vejo se fosse na minha família eu também ficaria preocupada, imagina, meu irmão com mielite, também quase com diabetes, é pra ficar assustado mesmo, né? É a pessoa por quem eles zelam, né?”(Nutricionista 2).

→ O tratamento

No GRATA, o paciente é assistido desde janeiro de 2006. Fernando relata que foi “transferido” para fazer seu acompanhamento junto ao GRATA devido à nutrição:

“(...) porque tava comendo tudo errado, aí mandou pra cá pra reeducar, comer de maneira certa, e também para fazer parte do grupo que tá aí”.
(Fernando).

O GRATA oferece um grupo de apoio semanal aos pacientes que sofrem de anorexia e/ou bulimia nervosas e outro grupo aos acompanhantes. Sobre o grupo dos pacientes, Fernando relata que gosta de participar para ouvir o que as pessoas têm a dizer acerca de suas experiências: “*eu ouço, mas eu fico ouvindo só, eu fico pensando*”, o que nos permite pensar nas dificuldades de envolvimento afetivo e no distanciamento defensivo, com a conseqüente

necessidade de manter controle sobre as situações desconhecidas, em função da intensa desconfiança nas relações interpessoais.

Fernando parece não compreender que foi encaminhado ao GRATA porque tinha a hipótese diagnóstica de anorexia nervosa, e não apenas para realizar uma reeducação alimentar. Isso fica bem claro quando ele discorre acerca da anorexia e bulimia nervosas:

“(...) é uma coisa que existe e que pouco a pouco vai desgastando o ser humano. Porque vomita, é perigoso. Eu já ouvi falar, ouvi o médico falar que pode dar uma parada cardíaca que acaba com a pessoa. Fica fraco, fica as menininhas lá dos bracinhos fininhos. Não tem força, não tem resistência, não tem... A coisa... eu nunca tinha visto essa doença, primeira vez... mais é uma coisa que pelo amor de Deus, que triste!” (Fernando).

Podemos levantar a hipótese de que ele não se sente pertencente ao grupo. Talvez por isso, além de sua timidez, ele permaneça tão quieto no grupo, apenas ouvindo, mantendo uma atitude reservada, de calculado distanciamento, como defesa frente aos seus conflitos.

No GRATA, ele foi aconselhado a diminuir a frequência dos exercícios físicos e a seguir a dieta encaminhada pela nutricionista. Fernando relata que, a princípio, foi muito difícil ouvir as recomendações da nutricionista:

“(...) pra mim não resolvia nada... eu só queria fazer o meu jeito, eu tava emagrecendo, não queria que ninguém desse palpite, tava conseguindo aquela minha meta. Então ela falava, mas eu voltava a comer pouco, ou a minha mãe fazia eu comer à força e eu ia na bicicleta, queimava tudo e saía.” (Fernando).

Nesse trecho fica clara a recorrência a restrição alimentar e manobras compensatórias, o sentimento de onipotência e o confronto com a mãe. Como se Fernando estivesse buscando desesperadamente se separar dela, mesmo em detrimento de sua saúde física. Talvez o desenvolvimento do transtorno alimentar, seja um sintoma representando a sua necessidade de contato com seu verdadeiro *self*.

→ *Como o ideal da imagem corporal influencia o tratamento*

Este paciente, a princípio, demonstrou um desejo acentuado de emagrecer e fazer exercícios físicos de forma exagerada, como observado na fala abaixo:

“(...) depois ele queria emagrecer mais ainda. Estava insatisfeito”. (Médico nutrólogo 1).

“(...) paciente mostra-se descontente com o peso, atribuindo aumento à pesagem após o almoço”. (Prontuário médico).

“Então, o que pode, o que não pode, o que tem açúcar, o que não tem açúcar, sabe, umas coisas assim, muito... muito peculiares, assim... eu sempre achei muito interessante isso nele, né? E eu acho que ele ficou meio... ele perdeu um pouco da noção. Eu acho que ele recebeu essas orientações, ele realmente seguiu com tanto rigor, tanto à risca, que eu acho que ele ficou meio perdido depois, depois ele não conseguia parar...”. (Nutricionista 2).

No entanto, talvez até devido à sua característica em “servir a uma pátria amada”, Fernando parece ter começado a ouvir a equipe médica e a compreender que eles estavam preocupados com seu bem estar físico e mental, e, assim, parece aos poucos começar a se dar conta de que estava se prejudicando. Talvez, nesse momento, Fernando começou a pensar sobre si mesmo, sobre quem é e sobre o que lhe faz bem e o que lhe faz mal.

“Só que eu vejo assim... ele ainda tem essa preocupação, né, pontual com o abdômen, pontual, né, com a barriga, e que ele tem muito receio assim de perder o controle também dos exercícios físicos, né, porque... no último retorno dele, eu lembro assim... eu falei pra ele, né, que mesmo que... vá aumentando em massa muscular, não é saudável que esse peso ultrapasse né, o IMC de 25, né, do mesmo jeito ele prejudica o organismo. Tem mais peso, né, pra o esqueleto sustentar, né. Então eu falei pra ele, (...) não é legal você ter um sobrepeso né, nem que seja só de massa muscular, né. Então eu vi que ele ficou meio... assustado, né. Teve uma proposta de a gente fazer bioimpedância no próximo retorno de novo (...)”. (Nutricionista 2).

“(...) eu acho que ele já fica mais, sabe, mais assustado, assim, ele fica mais temeroso com que possa acontecer com a saúde dele”. (Nutricionista 2).

“(...) acho que ele procura, não sei, acho que é uma referência, sabe, parece que ele precisa que alguém certifique tá tudo bem com ele, sabe, eu sinto é diferente, muito diferente, assim, o jeito de eles se perceberem, a queixa,

muito diferente, assim. Ele tem muito medo do que possa acontecer com a saúde dele”. (Nutricionista 2).

“(...) ah, eu acho que ele fica muito preocupado quando a gente fala pra ele que o IMC dele tá diferente... então qualquer mudança que você traga... um exame bioquímico, quando o médico tem alguma novidade, enfim, acho que... todo atendimento, qualquer procedimento novo, qualquer... que relacione né, ao corpo dele, a saúde, eu acho que o deixa um pouco assustado, sabe? Eu noto que ele é extremamente assim desconfiado, né, que ele tem aquela coisa de... o que tá acontecendo, isso é bom ou é ruim?” (Nutricionista 2).

→ O manejo

Os profissionais precisavam estar atentos para não se perderem nesse comportamento de Fernando de agradar o outro, acreditando, assim, que estava tudo “certinho”, como observado na fala abaixo:

“(...) ele é contido então, talvez, contido não seja a palavra mais interessante para definir (...) ele parece um pouco distanciado, sorridente, às vezes a gente tá conversando um assunto sério e ele fica sorridente. Parece também controlado pela reação do terapeuta, acho que ele tenta ser agradável (...) Nesses casos você vai ter que fazer o diagnóstico não exatamente no conteúdo expresso, mas no comportamento dele, foi um diagnóstico difícil até”. (Psiquiatra).

Além disso, precisavam estar atentos para não se transformarem em um ambiente dominador e invasivo. Era muito importante que Fernando não servisse à equipe, mas sim que, junto com a equipe, desenvolvesse a capacidade de pensar no sentido do tratamento etc. Dessa forma, parece que um outro lado de Fernando começou a se desenvolver, ele começou a se questionar e a questionar o outro. Experimentando uma relação de confiança e troca em que podia se colocar, podia aparecer, sem a ameaça de perder o outro e, ao mesmo tempo, tendo que ceder em alguns momentos, ou declinar em outros, mas sempre pensando o porquê. Dá a impressão de que esse tratamento estava proporcionando a Fernando encontrar consigo

mesmo e sentir-se real, capaz de pensar, de criar alternativas “experimentando”, e, assim, sair daquela linha reta. Tão reta...

Como observado nos relatos abaixo:

“(...) foi legal ver o caminho dele, assim, que ele foi cedendo aos poucos, assim, né, foi acatando um pouco das orientações, assim, mas muito devagar assim, sabe... experimentando(...) eu acho que eu o sentia sempre experimentando assim, vamos ver se dá certo, se não dá, sabe, eu acho que realmente porque ele tinha medo, sabe”. (Nutricionista 2).

“(...) então eu já vi muito isso nele assim... mas eu vejo que também ele vem num processo de mudar um pouco desse comportamento. Então na última consulta, eu lembro dele ter falado que ele tinha, acho que ele tinha tomado sorvete no fim de semana. Então ele fica... ah, ele já vem assim, ah, eu errei. Ele fala pra mim: aí, ó, no fim de semana eu errei. Aí eu falei por que você achou que você errou? Porque eu nunca... nunca usei a expressão erro alimentar, eu particularmente não gosto disso, né, é um negócio que é dele; então por que você acha que você errou, né? Aí ele falou assim: ah, eu errei porque eu comi sorvete de sobremesa e eu já tinha comido macarrão, então são dois carboidratos, assim, né, e eu não posso comer isso. Aí eu falei: sua conduta tá adequada, era fim de semana, tá certo, se você come sorvete todo dia, não é legal, não é legal pro seu corpo, né, ninguém, ninguém tem uma indicação pra fazer isso, ninguém é orientado, né, a comer sorvete todo dia. Mas foi um dia só, né, você aproveitou seu fim de semana, todo mundo toma sorvete, por que não? Aí ele fica meio assim, é um negócio que a gente vê que ele fica meio, sabe, receoso (...). E eu acho que ele também conta pra ver a reação que eu vou ter – se eu vou dar um puxão de orelha nele, se eu vou repreender aquela alimentação, se eu vou, né... então eu acho que ele busca muito disso, ele precisa desse retorno, sabe?” (Nutricionista 2).

“Até por isso que a gente fez aquele exame da bioimpedância, pra mostrar pra ele, o aporte muscular dele era normal, né, porque ele se queixava disso, né, que ele tinha perdido muito peso, ficado muito flácido, que ele não tinha muito, né, músculo, por isso que ele fazia tanto exercício físico (...) Então quando a gente... quando eu sugeri de fazer a bioimpedância pra ele foi exatamente pra isso, né, pra tranquilizar, né, mostrar pra ele que ele tinha uns aportes aí, compartimentos corpóreos adequados, não tinha necessidade de tanto exercício físico, né? (Nutricionista 2).

Considero importante mencionar o valor positivo dessa atitude da nutricionista em mostrar, concretamente, por meio de um exame físico, que o aporte muscular de Fernando era normal. A partir dessa experiência ele diz ter aprendido também a diferença entre gordura e músculo: *“gordura a gente aperta e fica mole, no músculo a gente aperta e fica duro”*.

Declara o quanto foi bom poder “*ver o resultado*”, alegando que isso o ajudou muito: “*tô com o exame lá em casa até hoje. Tá fixado na geladeira...*”.

Fico pensando no papel fundamental da equipe em sua recuperação. Ela se colocou ao lado dele, como um ambiente favorável, oferecendo sustentação e possibilidades, e ele teve recursos internos para aceitar essa nova relação e se nutrir.

→ *O vínculo*

O vínculo precisou ir sendo estabelecido gradualmente, no ritmo do paciente.

“(...) desde o começo do tratamento, sempre muito tímido, muito retraído, sabe... é... com muita dificuldade de falar o que sentia... eu sempre notei muito, muito fechado, né?” (Nutricionista).

“(...) o que eu percebo, daquele primeiro contato, aquele jeitão dele meio sorridente, dissociado, simpático e ao mesmo tempo retraído, bem tímido (...)”. (Psiquiatra).

Portanto, o leite foi bebido aos poucos, sem pressa e sem exagero. Assim, Fernando pode ir sentindo o gosto do alimento, sentindo a deglutição, a digestão, gradualmente. Tendo espaço para sentir-se satisfeito e pedir mais, quando sentisse necessidade novamente. Desenvolvendo um espaço interno para pensar no prazer, sentido na satisfação, na sua necessidade pessoal.

→ *Evolução*

Parece que o ritmo dos profissionais de saúde que o atenderam e seu ritmo entraram em consonância, quase como um bebê encaixando-se no colo materno, pele com pele, coração com coração. Ainda com muito medo de perder o controle, pois parece que ele ainda está reconhecendo-se, Fernando foi recuperando-se gradualmente. Cada vez mais próximo de seu verdadeiro *self*, este rapaz pôde sonhar.

“(...) ele tem esse receio de que as coisas voltem a ficar como eram, sabe, ele tem esse medo de perder o controle, mas eu noto que ele busca sempre a saúde, assim, sabe, quero ficar saudável porque eu quero fazer outras coisas na minha vida, entendeu? É diferente (...)”. (Nutricionista 2).

“Tá melhor e com mais, ele tá mais aberto, falando mais ele mantém aquele estilo mais retraído dele, aquela posição mais retraída, mas ele tá mais aberto, se bem que muitas vezes eu, essas coisas que ele diz são estimuladas, não são espontâneas”. (Psiquiatra).

“(...) mas hoje ele consegue se alimentar um pouco melhor, sabe? Então, apesar de todo o receio dele e toda desconfiança, eu acho que ele conseguiu assim”. (Nutricionista 2).

“(...) o prognóstico dele é muito melhor... não ele tá bem... eu acho que assim, a gente tem que acompanhar ele por mais um tempo, pra ver (...)”. (Nutricionista 2).

“(...) então assim... eu acho que tem muita... ele tem uma outra... eu acho que ele tem sempre muitas perspectivas... eu sempre o vi como um paciente assim: ah, eu quero arrumar um trabalho assim, eu quero ter uma profissão (...) não fica naquelas coisas assim... eu quero ser magro (...)”. (Nutricionista 2).

“Você vê que ele precisa cuidar do corpo, porque ele quer ter saúde, porque ele quer desempenhar outros projetos de vida... já com outros pacientes a gente não vê isso... e atrapalha, acho que a preocupação com o corpo atrapalha a pessoa a fazer planos, por exemplo, (...)”. (Nutricionista 2).

7) Uma mensagem...

Parece que, atualmente, depois de trafegar por mares tão agitados que o impediam de pensar, Fernando está começando a desenvolver essa capacidade. Parece que a mudança não foi apenas de Fernando, sua mãe parece também estar dando esse espaço, quando diz a seu filho:

“Pra você crescer, né? Tem que querer, e querer tem que partir de você e não de mim”. (Cássia).

“Arranca essa timidez dentro de vocês e joga no buraco, lá fora. Então vocês tem que conviver com bastante pessoas, para vocês ir aprendendo a se desembaraçar. Tudo vem acontecendo, eu falo. Você tem que deixar acontecer”. (Cássia).

Parece que, finalmente, ela está se dando conta de que tem que partir do seu filho e não dela. Dando assim, espaço para este rapaz ser, desejar, sonhar.

“(...) se for o que escolheu (entrar para a aeronáutica), faz como cê achar melhor (...)”. (Cássia).

Assim, Fernando começa a ter espaço interno para sonhar e sonha, sonha em seguir uma carreira, em servir a (outra) pátria amada, em estudar, ter coragem para ser no mundo. Dessa forma, seu corpo não é tratado como um objeto de sedução, ou um objeto que compensa a falta de algo (afeto), ou, como uma sirene, gritando por socorro, mas sim parte de si mesmo, constituindo o seu *self*, o seu eu.

Fernando recebeu alta, o que parece estar intimamente relacionado com o fato de que ele está começando a compreender que a vida não é uma linha reta, mas é possível sonhar e desenvolver recursos internos para a realização de si mesmo. E para isso deixa a seguinte mensagem:

“Ah, muita paciência, dedicação naquilo que quer fazer (...) que é o principal, e que sem amigo você não faz nada. Ah,, é pegar firme e confiar”.
(Fernando)

7.2.2 Análise compreensiva à luz da psicanálise

Fernando nasceu em um ambiente que, aos olhos da maioria, pareceu suficientemente bom, protetor. Mas, ao investigar mais profundamente sua estória através das entrevistas, é possível sugerir que, na verdade, este rapaz experienciou, nos seus primeiros meses de vida, uma relação “excessiva” e, portanto, não suficientemente boa com sua mãe.

Voltando ao discurso materno, quando ela relata que ao saber que estava grávida ficou feliz e triste ao mesmo tempo, observa-se a concomitância de dois afetos antagônicos: felicidade e tristeza, que podem estar relacionados, inconscientemente, à dificuldade de aceitação plena da gravidez (“estar cheia”). Cássia diz que tinha fantasias de que, por razões financeiras, poderia não conseguir “*dar para ele o que ele precisaria*”, esquecendo-se de que já tinha tido quatro filhas e excluindo completamente o marido da função de cuidador. É interessante refletir a respeito desse conflito materno e o fato de Fernando ter desenvolvido traços obsessivos em relação à alimentação. A mãe diz o quanto queria ver seu filho gordo quando ele era um bebê, provavelmente, devido a uma fantasia compensatória para contrabalançar seus receios de incapacidade de, como mãe, nutri-lo adequadamente e ser continente de suas necessidades e emoções. Isso a levou a uma atitude hiperprotetora e de super-alimentação, o que revela mais uma vez sua ambivalência, pois alimentar em excesso pode levar à morte, tanto quanto a insuficiência de alimento.

Parece que Cássia, em uma tentativa de seguir em linha reta, ser perfeita, também não tem a noção de limites. Assim, dá a impressão de que ela não consegue sentir o ritmo de seu filho e, dessa forma, não oferece espaço para que este se desenvolva emocionalmente. Fico pensando quando Winnicott fala do papel fundamental da mãe no processo de ilusão e desilusão, e nos estados tranqüilos e excitados experienciados pelo filho na relação com sua mãe, parece que Cássia não acompanhou o *timing* do seu filho, devido à sua ansiedade em nutri-lo. E sua voracidade o engoliu.

A mãe, em seu relato, conta que “*era viciada em balança pra vê se tá engordando*”. É possível identificar aí outra faceta da enorme desconfiança que sentia em relação à sua própria capacidade de sustentar a criança: “*pra vê se ele tava ficando gordo, se o alimento que eu tava dando pra ele tava... tava bom...*”. É como se o objeto-filho internalizado estivesse sempre à míngua, isto é, sempre à beira da morte. A mãe parece projetar na mente do bebê seu

próprio sentimento de desamparo primário. Assim, ao mencionar seu “*vício pela balança*” – uma compulsão que o filho vai reproduzir, ao chegar à adolescência – Cássia revela sua própria fragilidade emocional e projeta isso em seu filho, que parece captar e introjetar para si.

Fernando declara que segue a dieta da nutricionista corretamente, para “*não descontrolar, porque se descontrolar...*”, interrompendo a frase e deixando em suspenso a possibilidade de se descompensar caso seu esquema defensivo rígido e altamente controlador perca a eficácia. E, lembre-se leitor, de que é preciso *andar na linha reta...* Parece que lhe faltou a noção fundamental de limites e Fernando tem que passar a sua vida seguindo leis, regras, porque parece que ele precisa estar sempre servindo a alguém, a uma pátria amada. Mas aí surge uma pergunta: será que Fernando sentia-se real? Onde está Fernando?

Além disso, parece-nos claro nesse caso, a cisão operada entre o esquema corporal e o eu narcísico (COSTA, 2004), especialmente quando o paciente relata que: “*o corpo tava ficando daquele jeito que eu queria, mas assim, a saúde assim, as vistas embaralhavam, olhava assim, cheio de estrelinhas...*”. Parece que, mesmo em detrimento à sua saúde física e mental, Fernando precisa desesperadamente seguir nesse ritmo frenético. Fico pensando dois aspectos em relação a essa atitude: 1) Necessidade de se colocar no mundo, isso é meu e eu faço como eu quero (numa forma agressiva de gritar para sua mãe: ‘deixa-me ser!’); 2) Sua onipotência. Sem a noção de limites, ele acha que pode tudo, e conquistará tudo rapidamente, sem muito esforço.

Ao longo de seu desenvolvimento, Fernando sempre foi um menino obeso, chegando a apresentar problemas clínicos graves relacionados à obesidade. Por essa razão, necessitou, em certo momento, de fazer dieta por recomendação médica. No entanto, o que começou como uma dieta visando à recuperação de sua saúde e bem-estar físico e psicológico transformou-se insidiosamente numa obsessão, desencadeando um transtorno alimentar em que a alimentação

passou a ser o foco principal de sua vida. Quanto mais ele emagrecia por conta própria, ou seguindo a dieta recomendada, mas de forma distorcida e acrescentando excessiva prática de atividades físicas diárias, mais seguro e feliz ele se sentia. Desse modo, quanto mais perdia peso, mais ele desejava emagrecer. O problema aqui se localiza na preocupação excessiva com a forma e o peso, que o leva à distorção da dieta prescrita.

O esquema alimentar se converteu numa rigorosa restrição alimentar auto-imposta, juntamente com o exagero com que se dedicava à prática de exercícios físicos, cujo principal motivador era a perda de peso, no ritmo acelerado em que isso se processou na evolução sintomática e na obstinação com que se dedicou aos seus rituais. Esses sintomas resultaram na transposição da dor psíquica para o corpo físico e, conseqüentemente, na dor do eu aprisionado gritando para ser visto, mesmo que fosse através do transtorno alimentar.

Esse paciente apresentou uma evolução favorável e recebeu alta. Fernando parece estar mais consciente de si e aceitar melhor os limites de seu corpo. Sua mãe também demonstra uma mudança em relação ao filho, parece estar finalmente aprendendo a dar espaço para que este rapaz seja. Talvez consiga desenvolver essa condição por ser uma mãe amorosa, afetuosa.

Uma novidade auspiciosa na vida dele foi ter passado no primeiro teste admissional para a carreira militar. Anteriormente ao exame, tanto na entrevista com a pesquisadora quanto durante atendimentos com a nutricionista, ele comentara sobre seu sonho de pilotar aviões e prestar serviço para a Aeronáutica. Relatou também suas preocupações com relação à prova de aptidão física, que seria o último teste. Seria considerado apto fisicamente? Quantas fantasias e dúvidas em relação às suas capacidades (senso de auto-eficácia) provavelmente inundavam sua mente. De acordo com BRUCH (1973), a anorexia nervosa em homens exige uma discussão à parte. Seus achados apontam que esses indivíduos, apesar de terem histórias de bom desempenho durante a vida, tendem a apresentar dúvidas acentuadas sobre sua

adequação e competência pessoal. Assim, ao controlarem o peso, mantêm o sentimento de que podem controlar pelo menos a si próprios.

Penso aqui que, em sua relação com a mãe, Fernando parece encontrar, através do corpo e do desenvolvimento de um transtorno alimentar, uma maneira às avessas de dizer a ela: ‘mãe, eu sou; eu posso estar sem você’.

Parece que Fernando sentiu um alívio ao saber que passou no primeiro teste, talvez isso o tenha estimulado a cuidar de si mesmo de um modo saudável. Fernando estava podendo ser e só assim dar-se conta de que é responsável por sua vida. É aquela satisfação nutritiva porque ele sabe que está conquistando a partir de seus esforços. Assim, está podendo lidar com os obstáculos, com as dificuldades e aprender que o que deseja não aparece num passe de mágica, quando e na hora que quer.

É importante refletir também sobre a possibilidade desse adolescente resgatar sua capacidade de formular projetos de vida e cultivar seus sonhos, sua autonomia. Transtornos alimentares são patologias que testemunham o fracasso da construção da autonomia, o que envolve várias dimensões, desde o auto-cuidado corporal e nutricional, estudo, trabalho, amizades, lazer, namoro, esporte, atividades artísticas e culturais, planos em relação à vida profissional e afetiva. Parece que um dos aspectos que ajudam Fernando a atravessar e se libertar das amarras da anorexia nervosa é o de ter uma mente que pode desenvolver a condição de pensar e sonhar, o que o ajuda a transcender a concretude de seus sintomas e o apego excessivo à realidade concreta que sua estrutura obsessiva determina. E, assim, como a flor de lótus que nasce cheia de vida e beleza no brejo escuro, pode renascer em meio a tantos temores e dores inerentes ao processo de amadurecimento emocional.

Winnicott faz referência ao valor da experiência mãe/filho para o processo de amadurecimento pessoal deste. Parece-me que Cássia e Fernando precisaram reviver essa experiência emocional. Na busca de Fernando por sentir-se real, ele, inconscientemente, cria

um sintoma que chama atenção através do corpo e da oralidade: o transtorno alimentar, que os remete ao momento crucial de sua existência - a relação mãe/bebê.

Parece que a partir desse sintoma ele pôde, ao poucos, começar a trazer à tona seu verdadeiro *self*. E, numa relação dialógica, a mãe pôde ser suficientemente boa.

Imagino que talvez, nesse momento, o leitor esteja se perguntando pelo pai de Fernando. Ao me questionar porque sua presença quase não apareceu enquanto traçava essa discussão, percebi que esse espaço não preenchido em cada linha desse texto parece estar refletindo o lugar do pai nesse lar. Um pai que é afetuoso, mas que não conseguiu ocupar seu espaço, ficando meio sem ser, também aprisionado em um *self* submisso e servidor.

7.3 O caso Gustavo

“Sonho? Meu sonho não é nada muito material não (...)”.

Depois de discutidos os casos de Mateus e Fernando, apresento o terceiro caso desse estudo. O leitor observará que este caso tem uma característica peculiar, o fato de que Gustavo, quando fiz essa entrevista, já estava praticamente em alta. Digo praticamente, porque ainda iria ao ambulatório do GRATA para receber a alta oficializada pela equipe de atendimento. Gustavo, então, pôde fazer uma reflexão sobre seu adoecimento e sobre como está atualmente, ou seja, sobre o processo de adoecimento e cura.

Entrevistei também seus pais e a irmã, única irmã e mais velha. O mesmo ocorreu com essas entrevistas. Estes puderam pensar no que foi mudando nas relações dessa família ao longo do adoecimento e do caminhar para a recuperação de Gustavo.

Peço ao leitor novamente para ir se distanciando dos casos anteriores e adentrando-se nesse novo ambiente. Ambiente em que as emoções, oriundas de fantasias, alastraram-se em silêncio.

Adulterio?

Dúvidas sobre a maternidade? A paternidade?

Culpa?

Parece que Gustavo nasceu em uma casa de gesso, frágil, em que tais fantasias, não conversadas e quase impensáveis, foram corroendo os alicerces ocultos que mantinham essa casa, esse lar. Até que um dia a casa caiu.

7.3.1 Apresentação dos núcleos temáticos

1) O desenvolvimento emocional

→ *O ambiente familiar*

Gustavo é o filho mais novo. O pai relata que a mulher ficou grávida de Gustavo sem planejar, ele “*nasceu por acaso*”. E que a mulher ficou feliz, mas, ao mesmo tempo, ela não queria ser mãe naquela época, mas depois concordou. Já Fernanda (a mulher) traz uma estória diferente em seu relato e diz que

“(…) *a gravidez dele (Gustavo) foi desejada*”. (Fernanda).

Os pais, quando souberam que era um homem, ficaram muito felizes

“(…) *quem não quer ter um homem?*” (Fernanda).

Gustavo, segundo relato de sua mãe, nascera de cesária, assim como sua irmã mais velha. No dia do nascimento, a mãe conta que, enquanto foi para o hospital, seu marido ficou “*bebeno no bar*”. E quando ele chegou ao hospital para conhecer seu filho, ele, segundo sua mulher, falou

“(...) *brincando, mas tipo, brincando sério, para mim era sério: “esse menino não parece comigo não”. Ah, você deve ter me traído*”. (Fernanda).

Isto porque a irmã de Gustavo é loira dos olhos azuis e ele nascera com os cabelos pretos e olhos escuros, sobrancelha preta, na fala da mãe:

“(...) *um moleque preto*”. (Fernanda).

A mãe relata que seu filho tinha o topete do marido e se parecia muito com seu pai, que tinha tais características físicas. É possível observar o quanto esse comentário do marido incomodou Fernanda, que ficou buscando desesperadamente semelhanças entre Gustavo e seu marido e outros membros da família. Fernanda relata que ficou com o comentário de seu marido por muito tempo na sua “*cabeça*”. Uma fantasia passou em sua mente:

“(...) *será que trocou? Aquilo me torturava. Será que trocou esse menino. Falava: não parece com a gente* (...). (Fernanda).

E, assim, Fernanda, “acreditando” no que seu marido lhe falou, passou aquele ano investigando se seu filho era realmente seu. Chegou até mesmo a pedir exame de sangue do menino para comparar com o dela e seu marido, o que a deixou ainda mais angustiada, porque descobriu que o sangue de seu filho é diferente do seu e de seu marido. O médico precisou explicar que dependia também da árvore genealógica da família. Fernanda disse que

pesquisou entre os seus e descobriu que seu irmão caçula tinha o mesmo sangue que Gustavo, mas que

“(...) isso me perturbou muito, entendeu, até um ano de idade”. (Fernanda).

Fernanda relata que

“(...) não é que é dúvida, eu fiquei com medo de ter trocado, dúvida eu não tinha, entendeu? Mas eu fiquei com medo, acredita nisso? Eu ficava com aquela coisa, assim, de ter trocado ele (o filho) não sei se foi por causa que eu tava com a anestesia ainda, e ele (o marido) tinha bebido um pouco, entendeu? E veio e falou de um jeito assim pra mim, que aquilo ficou gravado. Mas aí, nesse ano aí...e assim, e ele sempre foi mais difícil mesmo para lidar, e o Jorge (marido) nunca teve muita paciência com ele”. (Fernanda).

É possível observar que a relação entre Fernanda e seu marido é bastante frágil. Assim como de Jorge com o filho.

O comentário de Jorge para sua mulher foi perverso, deixando-a enlouquecida e, assim, sem ter uma capacidade de pensar claramente. Fico pensando o quanto é relevante esse fato no amadurecimento emocional de Gustavo. Em seu primeiro ano de vida, ano que, como já sabemos, é de fundamental importância para um ser humano. Fico pensando na teoria do espelho de Winnicott; o bebê se vê refletido no rosto da mãe. Como será que Gustavo se viu através de uma mãe que estava se sentindo amedrontada, torturada e sozinha, porque seu marido parecia tê-la abandonado. Parece que sua mãe não tinha condição, devido às circunstâncias, de ser um ambiente suficientemente bom a seu filho, assim como o marido.

Fernanda relata que o marido nunca a acompanhou e dizia para ela:

“Você sabe tudo (...) você não precisa de mim não, eu casei com você porque eu sabia que você era desse jeito, entendeu?”. (Fernanda)

Queixa-se para mim dizendo que (nesse momento da entrevista Fernanda ficou muito emocionada e chorou, acho que, naquele momento comigo, ela entrou em contato consigo mesma):

“(...) é lógico que eu precisava. Quem consegue, né? Mas ele sempre foi assim, até hoje. Ele acha assim: í, que nada, você não precisa de mim não. Larga mão... (..) e também eu comecei a perceber logo que eu casei que ele gostava de ficar no bar, entendeu?” (Fernanda).

Por outro lado, o marido relata que

“(...) Eu gostava de muita coisa, mas eu... a Fernanda me reprimiu muito (...) Hoje eu não faço nada”. (Jorge).

Parece que a dinâmica do relacionamento entre Fernanda e seu marido funciona assim: ela é a correta, a que paga as contas e dá ordens; ele, o fraco, que bebe e é incapaz de se desenvolver profissionalmente, ser um marido cuidador. Nessa relação, os dois ficaram abandonados e pela metade.

Jorge diz que a mulher

“(...) é nervosa, ela é de um jeito e eu sou de outro, eu sou mais calmo”. (Jorge).

E sobre o casamento:

“Nós vem sempre discutindo e até hoje tá casado, né? Não sei porque (risos) (...) mas já tivemos muita crise no casamento, muita discussão (...) uma coisa que atrapalha muito é que eu bebo, eu tomo uma cervejinha, uma cachacinha, então ela não toma nada, não gosta, mas eu não sou um homem bruto, agressivo, nunca bati, nunca briguei, se for uma coisa é um empurrãozinho, né?”. (Jorge).

Fernanda acha o marido

“(...) muito omissa (...) a vida inteira”. (Fernanda).

E, como mencionado anteriormente, parece ter sentido e sentir muita falta do marido ocupando seu papel de provedor e cuidador. Parece que, apesar de estarem falando de aspectos concretos, eles parecem sentir falta de afeto, cumplicidade, troca. Mas acho que não foi possível um encontro entre eles. Parece que nenhum soube dar espaço para que o outro penetrasse em seu ser. E, dessa forma, passam a vida atacando um ao outro.

Fernanda reclama da omissão do marido, por outro lado, Jorge relata que quando seu filho ficou doente

“(...) não podia falar nada para ele, dá um corretivo nele (...) então ela sempre ficava em cima de mim (...) então eu ficava incapaz, eu não tinha autoridade nenhuma quando ele tava doente (...) eu me sentia inútil (...) o que eu falava tava errado (...) e eu comecei a não falar mais nada”. (Jorge).

Será que Jorge falava alguma coisa mesmo antes do adoecimento de seu filho? E mesmo se falasse, será que os outros tinham espaço interno para ouvi-lo?

Sobre o relacionamento dos pais Cláudia (filha) diz:

“Os meus pais sempre brigaram muito. Não é legal o relacionamento deles não. Eles nunca entraram num acordo. Sabe, meu pai bebe muito. É alcoólatra, mas não admite, e a minha mãe é muito nervosa”. (Cláudia).

Achei muito interessante porque Cláudia, quando me disse que o pai era alcoólatra, diminuiu o som de sua voz, falando baixinho para que ele não escutasse. Por quê? Será que ela tem medo dele não agüentar lidar com essa realidade? Novamente, é possível notar como as sujeiras parecem ficar escondidas dentro dessa família. Dando a impressão de que nessa casa muitas coisas são faladas baixinho, para que não sejam escutadas. Cláudia diz também que a mãe é

“(...) mais fria e racional e meu pai é mais sentimental”. (Cláudia).

E que

“(...) falam que sou a dondoquinha de meu pai (...) porque meu pai é uma pessoa maravilhosa, ele é muito legal, alegre e minha mãe já não, ela é mais séria e nervosa”. (Cláudia).

Gustavo, sobre seus pais diz:

“Eles têm momentos de briga e desavença e os momentos bons (...) eu acho que assim, às vezes falta um pouco de diálogo (...) para tentar resolver, (...) melhorar, né?”. (Gustavo).

E sobre sua família:

“(...) lógico que tem briga que nem outras famílias, mas é um relacionamento bom, até que é unido, é que a gente ficou meio... agora não mora tudo junto por causa desse desencontro (...)” (Gustavo).

Atualmente, apenas o pai mora na casa todos os dias da semana. Sua mãe e a irmã moram com ele (Gustavo) durante a semana, porque trabalham na cidade em que ele se mudou. Desencontro? Parece que a forma que esta família encontrou para ficar junta, unida, foi por meio da separação física, concreta. Olhando mais profundamente, esse desencontro mais parece a possibilidade do encontro.

Tanto Fernanda quanto seu marido dizem não fazer muitas coisas, atualmente, que lhes dão prazer. Parece que a vida foi lhes secando de prazer e amor. Robotizados por uma vida sem muita música nem cor. E Gustavo nascera nesse ambiente quase sem cor, quase sem perfume. Um ambiente robótico, pouco favorável. O som da música parecia correr baixinho entre as fechaduras.

A mãe relata que não conseguiu amamentá-lo quando queria, por questões físicas (o bico de seu seio é invertido). Já o pai conta uma estória um pouco diferente:

“(...) não amamentou nenhum dos dois, porque ela queria amamentar como é da saúde (Fernanda trabalha com saúde pública). Nós compramos umas bombinhas porque eu acho que não pegava no peito e não conseguiu e eles rejeitaram também, eles não... mas a minha filha ainda mamou, pegou leite de uma outra mulher aí que na época tinha leite bastante e meu filho, também acho que eles amamentaram assim com outras... mas eu não me lembro direito”. (Jorge).

É interessante observar como novamente a estória que a mãe traz é um pouco diferente da contada pelo pai. Isso é, de certa forma, esperado, já que cada um experiencia uma estória de uma forma pessoal. Mas também pode indicar o quanto esse casal não se conhece e parece ter passado a vida inteira competindo um com o outro, acusando um ao outro. Ele diz que os filhos a rejeitaram. É uma visão muito negativa sobre o fato de que eles não conseguiram amamentar no seio da mãe. Parece um ataque à mãe.

O fato é que Gustavo parece não ter mamado de sua mãe. Dá a impressão também de que não só ele não conseguiu mamar no seio da mãe, mas, também, não mamou o leite da mãe, de acordo com o relato de Jorge. De acordo com relato da mãe, Gustavo, desde bebê, fora nervoso, e, quando Fernanda relata que saiu para comprar leite:

“(...) e não era só o leite, não, completava. Chorou muito, uns quarenta dias, muito assim, chorava dia e noite. Cheguei até a cair com ele na rua, porque subi para comprar o leite. Ele chorava, chorava, acho que eu não dormia direito, daí caí com ele, a lata de leite e tudo, na esquina. Fiquei até transtornada que ele, ele....chorava muito, ele mamava, vomitava, ele mamava e regurgitava, sabe? (...) e não conseguia arrotar, sabe? E ele pintava o corpo todo, o rosto vermelho, sabe quando fica nervoso? E tinha febre também. Tinha estado febril, eu tratei dele até uns seis meses lá no HC (...) ele sempre foi muito agitado (...) não conseguiu sentar no carrinho de bebê, quando ele começou a sentar, ele já ficou em pé (...) a babá não conseguia, tinha que carregar no colo! Então tinha que ter duas! (risos)”. (Fernanda).

Fica claro ao leitor como esses primeiros meses na vida de Gustavo foram vividos de forma angustiante para esse rapaz. O bebê Gustavo parecia desesperado. Parece que ele estava tendo que lidar com emoções muito profundas, que ele ainda não tinha recursos internos desenvolvidos para dar conta. Emoções projetadas pelos pais e introjetadas por esse bebê que

não sabe o que fazer com tudo isso. Dificuldade para mamar, febre. Gustavo estava gritando por socorro. Ficava muito difícil colocar para dentro, porque ainda não dava conta de elaborar tantas angústias. E, assim, ele foi crescendo: nervoso. Parece que Gustavo estava se sentindo muito bravo, rejeitado, e, ao mesmo tempo, invadido.

O pai insinua que a mãe pode tê-lo traído, que o filho não é seu, fica feliz com o nascimento de um filho homem, mas tinha dois medos: um de que o filho nascesse com algum problema físico e o outro de que ele fosse

“(...) meio afeminado (...) a preocupação maior era com o homem de ser meio afeminado (...) preocupação de ter um filho meio afeminado (...) Porque é aberração da natureza, é por Deus, né?”. (Jorge).

Parece que a preocupação do pai era tamanha que a mãe relata que, quando Gustavo tinha 4 ou 5 anos de idade

“Ele (Gustavo) gostava muito de televisão. Ele deitava de bruços no sofá, e ele (o marido) chegava, batia na bunda dele (do filho): - Levanta! Homem quem deita de bruços é veado”. (Fernanda).

A mãe fica torturada pela idéia de que ele pudesse ter sido trocado no hospital. Parece que Gustavo sentiu que não dava para contar com esses pais, e precisava ficar “de pé” rapidamente. Winnicott escreve sobre a importância fundamental dos primeiros meses de vida de um lactente e na forma que este vivencia essa experiência com sua mãe. Parece que, para Gustavo, foi muito difícil, muito perturbador.

Dá a impressão de que a forma que Gustavo encontrou para lidar com essas angústias não compreendidas foi por meio do chorar, dos vômitos, da febre, quando bebê e, futuramente, do isolamento. Sendo nervoso, difícil, briguento em casa, na escola. Assim, ele podia ir se escondendo do outros, e, na verdade, de si mesmo. Parece que seu verdadeiro *self*

foi ficando cada vez mais enterrado, oculto. Parece que ele não conseguia diferenciar o que pertencia a ele e o que era de seus pais, gerando uma com-fusão interna.

É importante contar ao leitor que a mãe sempre trabalhou fora de casa e ela que sustentava a casa, e, ainda sustenta. Apareceu nos relatos que, quando Gustavo tinha um ano de idade, a mãe tinha uma sorveteria e chegava do trabalho, pegava o bebê e o levava para ficar na sorveteria até a hora de fechar. A mãe conta que contratava babá e que, apesar de não poder estar com eles, orientava a babá a ler histórias, e etc. E diz que os filhos falavam assim para ela:

“(...) você nunca deitou com a gente pra contar história”. (Fernanda).

Parece que faltou o afeto, o contato profundo sentido através da pele, do toque. A mãe, por outro lado, parece que se sentia sem saída porque precisava trabalhar. Não conseguiu fazer outra escolha, devido às circunstâncias pessoais.

Cláudia (a filha) relata que a mãe foi ausente sim, mas que:

“(...) coitada, eu também tenho dó porque ela tinha que trabalhar, mas... a gente não se via muito”. (Cláudia).

Cláudia relata ainda que era e é mais próxima de seu pai e que Gustavo era mais próximo da mãe; ele e seu pai *“não combinavam”*. O pai conta que Cláudia e Gustavo se davam bem, mas que ela

“(...) é muito preocupada porque ela acha que a mãe gosta mais do Gustavo do que dela, se preocupa mais com ele do que com ela (...) eles brigam, briga muito, porque briga por causa de ciúme...”. (Jorge).

E Cláudia continua dizendo que atualmente:

“(...) meu irmão criou uma barreira muito grande agora com minha mãe, com nós todos, tanto é que ele não mora mais aqui, ele arrumou esse

emprego e minha mãe fez essa casa lá, mas eu acho que é uma desculpa para sair daqui". (Cláudia).

Como já mencionei anteriormente, no capítulo "O acontecer clínico", foi muito enriquecedor ter ido até a casa desta família para realizar a entrevista, porque eu pude experienciar e observar vários aspectos que apareceram durante as conversas. Como, por exemplo, que o pai bebe exageradamente: quando cheguei e fui cumprimentá-lo, imediatamente senti um cheiro forte de álcool. Eram 9 horas da manhã e imaginei que ele devia ter bebido muito na noite anterior. Um outro aspecto foi a excessiva preocupação da mãe em relação a Gustavo. Este mora em outra cidade, e ainda não havia chegado. A mãe estava desesperada e já havia ligado para ele inúmeras vezes, parecia não confiar em seu filho. Nesse momento, pai e filha conversam entre si que a mãe é assim mesmo, que ela liga para ele sem parar, que ela "*não larga do pé dele*". O pai fala, rindo, que ela liga para ele todos os dias para acordá-lo e que ele, quando ela liga, já está acordado há muito tempo. Querendo dizer que seu filho pode se cuidar, "*já tem responsabilidade*".

2) Teatros do corpo

→ *O adoecer*

Voltando ao bebê "*chorão, febril, nervoso*"...

E assim os anos foram passando, e, quando tinha 11 anos de idade, parece que tudo começou. Claro que tudo já tinha começado muito antes, talvez por isso Gustavo diz que tudo começou

"(...) de uma maneira que eu não percebi né?" (Gustavo).

A mãe e a irmã, em seus relatos, contam que desde os 8 anos Gustavo já vomitava. A mãe conta que o filho já vomitava muito nessa época, e, quando estava na segunda série primária *“vomitava simplesmente, quase todos os dias”*.

Seu pai parece ter a percepção parecida com Gustavo, de que, aos 12 anos, foi quando tudo começou. Segundo o pai esse acontecimento foi devido ao comentário de uma menininha que ele gostava, pois ela falou que ele era gordo. A irmã não concorda inteiramente, para ela isso foi apenas

“(...) aquele pingo assim”. (Cláudia).

Bom, Gustavo diz:

“Eu tinha... 11 anos. Foi com 11, né? Eu comecei do nada e eu nem sei te explicar como porque às vezes pode ter sido algo que foi acumulando e tal, mas eu comecei a ficar entristecido, deixar de fazer coisa que eu gostava eu não tinha mais vontade de fazer, entendeu? Ficava mais quieto, eu sempre fui uma pessoa que sempre gostei de brincar e conversar bastante, eu comecei não conversar no recreio da escola, por exemplo, eu comecei a só ficar no meu canto, comecei a ficar, sabe procurava só lugar que eu ficasse sozinho, só coisa que eu ficava sozinho, brincar... eu brincava só de chamar a galera toda para brincar aqui em casa e eu comecei a só brincar sozinho com meus carrinhos tudo e com minhas coisas sozinho, sabe? Fui procurando evitar fazer festinha com o pessoal, só coisa mais sozinho, e me entristeci bastante e eu comecei parar de ter vontade até de comer (...) eu comecei a comer menos por falta de vontade, tá? Eu tinha tristeza até de ficar aqui na mesa e tal para comer”. (Gustavo).

Segundo sua irmã:

“(...) ele ficou super diferente, ficou mais quieto e mais sério”. (Cláudia).

É possível observar, por meio dos relatos acima, que Gustavo encontrou como defesa o isolamento. E que o desinteresse pela comida é resultado de um entristecimento, parece um desgosto pela vida. Talvez por não se sentir real.

A irmã conta também que se sentia culpada porque era ela quem cuidava de seu irmão, já que a mãe e o pai trabalhavam, e ela “*implicava bastante com ele*”. Os pais, segundo seu relato também parece que se culpavam:

“(...) olha, assim, na verdade, meu pai e minha mãe, ficavam querendo descobrir porque a culpa é de quem? A culpa foi minha porque bebia, a culpa foi minha porque trabalhava muito...”. (Cláudia).

Seus pais, de acordo com seus relatos, só observaram que o filho estava emagrecendo tanto após o comentário de um conhecido, não perceberam logo. Será que estavam tão imersos em suas vidas que não conseguiram enxergar que o filho não estava bem e estava escapando de suas mãos, ali, na frente deles?

O fato é que Gustavo foi se entristecendo e parando de comer. Perdendo o interesse pela vida. E, segundo seu relato, a partir deste momento...

→ *O corpo em cena*

“Aí depois foi um processo muito engraçado porque eu era meio gordinho, né? É só que eu nunca liguei para isso nunca liguei nem nada. Eu era uma pessoa muito ativa, muito brincalhona, eu nunca liguei sempre às vezes me falavam, olha cuidado não sei o que, você tá um pouco gordinho e tal, mas eu nunca liguei para isso, nunca me doeu saber que eu era, entendeu? Só que aí quando foi eu comecei... Logo que eu comecei a emagrecer eu comecei a comer menos, eu subi numa balança uma vez e eu vi que eu emagreci e isso me deu uma sensação de prazer e não sei por que, não sei explicar, mas me deu uma sensação de prazer que eu subi numa balança e vi assim que eu tinha emagrecido uma coisa assim muito alta sabe? Fiquei feliz para caramba, fiquei muito feliz e eu já tinha notado um pouco, não tanto. Porque eu acho que essa doença assim faz a gente não enxergar muitas coisas, entendeu? E, nossa fiquei muito feliz e tal, e aí começou que eu fui querendo comer menos, mas só que aí uma questão de raciocínio eu já comecei a falar assim, eu já... Eu vou comer menos porque eu posso emagrecer mais ainda, entendeu? Vou ficar mais... Questão de vaidade entendeu?”. (Gustavo).

O leitor pode observar por meio do relato acima, que Gustavo não menciona que queria emagrecer e, por isso, parou de comer, mas sim que foi se sentindo triste e o

desinteresse pelo alimento parece estar intimamente ligado com essa tristeza. Mas que, conforme foi emagrecendo, foi se sentindo tão forte que parou de “*enxergar*” as coisas. Gustavo parece usar seu corpo para contar algo que está ainda desconhecido de si mesmo. Uma dor muito profunda, provavelmente oriunda da forma que sentiu os primeiros meses de sua vida. Dor tamanha que ele não estava dando conta de pensar, e, muito menos, de elaborar, e, assim, ele foi se definhando, matando-se, talvez, numa tentativa desesperadora de aniquilar esse sofrimento, e, ao mesmo tempo, castigar-se. Parece que sentia culpa, fico pensando por quê? Parece que seu verdadeiro *self* ficou massacrado por tamanha culpa.

A mãe conta, mas Gustavo não menciona nada sobre isso, que quando ele estava na sexta série

“(...) ele já estava magro... um pouco magro (...) ele ficou doente, teve uma febre, infecção na garganta, aí falava pra gente que não tinha fome... daí a quaresma, ele ia muito bem no catecismo (...) ele sabia tudo (de religião) (...) e ele fala que fez penitência, que não ia comer isso, não ia comer aquilo porque lá nos livros, na bíblia e no catecismo ele tinha aprendido. Aí ele começou a separar roupa, a gaveta impecável, separou um monte de roupas para dar pros pobres (...) foi no horto, que tinha um assentamento, foi pagar tudo as coisas dele... diz que era penitência”. (Fernanda).

E a mãe perguntava, mas por quê? E Gustavo dizia (segundo relato da mãe):

“Mas Jesus não passou a pão e água quarenta dias, não tem problema, entendeu?”. (Gustavo).

E a mãe conta que teve uma festa de aniversário de sua irmã e ele vomitou sem parar. É interessante porque aparece nos relatos da mãe que, quando ele parou de comer, ela primeiro achou que era pirraça para chamar a atenção. E agora, relata que ela que incentivava muito Gustavo a ler a bíblia, dando a impressão de que talvez ele estivesse respondendo à mãe, talvez, até mesmo, vingando-se da mãe.

→ *O imaginário da perfeição*

Gustavo parece então precisar se agarrar no concreto, as coisas não podem sair do lugar, numa tentativa de controlar esse mundo interno em chamas. Nessa coisificação, Gustavo pôde ficar distante, dissociado de seus sentimentos e emoções, e, ironicamente, distante de si mesmo.

“Vou ficar mais bonito, mais magro e tal, entendeu? Eu sempre gostei muito, eu tinha muitas manias, sempre gostei das coisas muito certinhas, as coisas no lugar, é vamos supor um relógio meu, eu chegava e não podia jogar ele assim tinha que deixar ele certinho do meu jeito assim, viradinho, entendeu? As coisas muito certa, (...) umas manias sabe? Eu precisei... Eu chutei uma latinha com o pé direito e tive que chutar com a esquerda sabe? Umas manias muito, muito assim, eu não sei explicar porque acontecia isso, mas eu tinha isso comigo(...) Incomodava mais... Era uma preocupação comigo mesmo sabe?”. (Gustavo).

Parece que ele sabia que essa talvez fosse a única forma dele sobreviver.

“Eu falava assim se eu não fizer isso era como se fosse acontecer alguma coisa, eu tinha que fazer, entendeu? Eu tinha que chutar com o outro pé esquerdo. Era uma coisa assim, eu gostava das coisas tudo certinho, tudo no lugar, era preocupado se eu visse alguma coisa que alguém mexesse nas minhas coisas vixe eu ficava bravo para caramba! Ficava muito irritado. Então aí foi acontecendo e tal e eu fui emagrecendo bastante”. (Gustavo).

A fantasia de Gustavo é que seu corpo poderia se alterar imediatamente e, então, ele precisa se controlar, como observado em seu relato abaixo:

“(...) você pensa mil vezes antes de comer, você pega a colherada e você pensa assim: nossa essa colherada vai me engordar, essa vai me engordar (...)”. (Gustavo).

O engordar é o concreto, é a forma que ele encontrou de mostrar suas angústias, através do corpo. E relata:

“Eu tinha o objetivo de ficar bem magro assim, bem magrinho e tal. No meu pensamento eu ia ficar assim bonito, mas aí eu não conseguia enxergar que eu ia ficar tão magro. Então aí... (...) Olhava bastante no espelho. Pesava

bastante para ver se eu tava emagrecendo. Aí não sei o que, mas eu tenho que perder mais um pouco aqui, então... aí eu fazia muitas críticas comigo mesmo". (Gustavo).

E Gustavo relata ainda que:

"E eu falava assim: quando eu tava gordo todo mundo falava que eu era gordo, agora que eu tô magro todo mundo fala que eu tô magro, muito magro, então a gente, eu procurava ser o perfeito que os outros queriam e não que eu queria, entendeu? Procurava ser alguém que as pessoas queriam que eu fosse, não pensava em mim mesmo. Entendeu? Na verdade, eu falei assim: não, eu tenho que ser alguém que eu gosto de ser, que eu esteja bem comigo mesmo, que eu... Só que naquele momento eu criei uma resistência que eu gostaria de ser magro". (Gustavo).

É possível observar, nesse trecho do relato de Gustavo, o quanto ele queria agradar o outro, sendo aquilo que o outro queria que ele fosse. Numa vivência de falso *self*. Mas, ao mesmo tempo, seu verdadeiro *self* parecia estar tentando vir à tona, quando diz:

"(...) não, eu tenho que ser alguém que eu gosto de ser". (Gustavo).

No entanto, de uma forma ainda às avessas. Parecia que Gustavo ainda não dava conta de encontrar-se. Ainda precisava se proteger, controlar emoções tão intensas.

→ *O corpo objeto*

Assim, sem poder entrar em contato com seu mundo interno, Gustavo parece descobrir uma forma concreta de conseguir o olhar do outro, o olhar que ficou faltando, um olhar de sustentação e reconhecimento, através de seu corpo, sua beleza. Um corpo imagem, e oco.

"Achava que as pessoas iam achar eu mais bonito, iam achar que... Iam gostar mais de mim, que iam conversar mais comigo, me aproximar". (Gustavo).

"(...) ele sempre foi muito vaidoso, ele olha muito no espelho, desde criança". (Fernanda).

→ *O conflito entre o esquema corporal e o eu narcísico*

E nessa necessidade de controle, de se salvar através do olhar do outro e ainda demonstrando uma grande onipotência (estava se comparando com Jesus), Gustavo seguia emagrecendo e fazendo exercícios físicos:

“Eu tinha o objetivo de ficar bem magro assim, bem magrinho (...) No meu pensamento eu ia ficar assim bonito, mas aí eu não conseguia enxergar que eu ia ficar tão magro (...)”. (Gustavo).

“(...) ele nadava não sei quantas braçadas, ele fazia não sei quantos abdominais, ele fazia em casa também...”. (Fernanda).

“No começo às vezes sim (sentia fome), (...) eu acho que é estranho a gente ver assim, a gente não tem energia, por mais que a gente se sente cansado, a gente ainda...parece que a cabeça da gente faz a gente ter mais força ainda, uma resistência, sabe? Eu tava cansado, eu tava.....eu já tava chegando a ficar, só parar a hora que desse alguma coisa que eu me sentia muito mal e chegava a cair de tanto fazer exercício. Uma vez eu cheguei a passar mal aqui de tanto fazer exercício. Eu passei mal, a pressão caiu e eu fiquei, eu cai e fiquei branco, branquinho e aí foi voltando devagar, me repousei, a minha irmã me deu água com açúcar e tudo, aí eu até comi assim, sabe? Eu me senti melhor. Foi quando também eu percebi assim que por comer eu me senti melhor e tal. Era muito exercício e pouca comida, então você ia emagrecendo e era a primeira vez, porque uma pessoa quando ela emagrece pela primeira vez ela emagrece bastante, aí era resultado...na balança era resultado grande. Pouco tempo”. (Gustavo).

“Não ligava, não achava que era por causa disso, não aí... minha mãe começou a me falar: é porque você não tá comendo? E eu falava: não é uma tonturinha e tal... não sei o que, às vezes eu acho que eu não queria enxergar”. (Gustavo).

→ *Distorção da imagem corporal*

A voracidade era tanta que Gustavo não percebia que estava tão magro e desejava emagrecer mais ainda. Demonstrando acentuada distorção da imagem corporal.

“Aí eu vi que eu tava emagrecendo só que ainda tava me achando, (...) que eu podia melhorar ainda, falasse assim: não eu ainda tô gordo e aí chegou num ponto que eu tava emagrecendo demais e no começo as pessoas começou a elogiar então...eles falavam assim: nossa você emagreceu, nossa tá bonito! Então os elogios tudo foi me agradando, entendeu? A balança e o elogio, foi me agradando para caramba eu fui gostando e não sei o quê. Aí

eu fui emagrecendo, emagrecendo mais, emagrecendo mais, num tanto que as pessoas falaram olha você tá emagrecendo demais, não sei o que você tá ficando muito magro. Aí foi falando ao contrário só que já não adiantava mais. Aí eu fazia a minha auto crítica, entendeu? Eu me olhava no espelho e falava assim, Nossa: eu ainda tô gordo para caramba (...) Aí eu via mais ainda (que estava gordo), entendeu? (...) é a barriga que a gente vê, mas em geral eu me achava gordo (...) Me sentia mal. Falava: eu me sentia gordo, mal que aquele lá era feio e tal, que eu tinha que emagrecer que eu tinha que melhorar, entendeu? Que eu tinha que comer menor para melhorar. Eu fui procurando comer coisas menos gordurosas e menos essas coisas, entendeu? Chegou num processo tão crítico que quando eu tava internado eu cheguei, não sei te explicar como, mas eu cheguei a desenvolver um pensamento que eu, eu cheguei a pensar que ah...se eu tomasse água a água ia me engordar, entendeu? Coisas que você ouve que é mito, é mentira: água gelada te engorda então. Comecei a tomar água quente, entendeu? Então eu cheguei num ponto que eu não punha nada na boca (...) e provocava (vômito). Eu cheguei tão crítico que eu achava que a minha saliva ia me engordar. Eu comecei a ter um hábito assim que eu acho feio, porco sabe que eu comecei a não engolir mais a saliva, cuspiá porque eu achava que aquilo lá ia me engordar, então nada, nada passava, eu fui muito rígido, entendeu?”. (Gustavo).

O leitor pode observar nesse relato que Gustavo menciona algumas vezes a palavra “*melhorar*”. Fico pensando: para quem esse rapaz queria melhorar? A distorção da imagem corporal ficou tão acentuada que ele chegou a ter medo de ingerir sua própria saliva, como se isso pudesse destruí-lo. Fico pensando, quando a mãe relata que ele disse que não queria mais comer para fazer penitência, será que ele sente que cometeu um pecado muito sujo, tão sujo que nem sua saliva consegue ingerir mais?

→ *A internação*

E Gustavo conta que foi internado e que sofreu muito porque sua mãe não lhe contou que seria internado. Ele foi ao hospital para fazer uma consulta e ficou três meses. Conta que se sentiu “*traído*” pelos pais:

“Fiquei louco para caramba porque eu distanciei das coisas que eu ainda gostava mais, e, para mim, era o fim, eu não queria ficar de jeito nenhum, eu me senti muito traído, sabe?” (Gustavo).

E que, ao mesmo tempo, “*não sabia a importância que era*”. Parecendo, atualmente, demonstrar alguma compreensão em relação à atitude dos pais. Atitude bastante invasiva e autoritária.

O período de internação foi muito complicado para Gustavo, desde o começo. Ele conta que sofreu muito. Conta “*do baque*” que sentiu quando os médicos lhe contaram que ele estava tão fraco que qualquer gripe poderia ser muito grave. Parece que Gustavo começou a perceber que o controle que exercia era uma ilusão.

Ele conta também que se

“(...) machucava bastante e por dentro mais ainda, você ficava confinado (...) Eu sentia raiva, às vezes de mim mesmo e descontava em mim, me batia, fazia agressão comigo mesmo, pensei em suicídio, em me suicidar muitas vezes, entendeu?” (Gustavo).

Aparecendo em seu relato e de sua mãe a tentativa de suicídio concreta, durante a internação. Gustavo diz “*não saber explicar o que aconteceu*”.

3) O que será que me dá que a brota a flor da pele, será que me dá?

Os transtornos alimentares em homens são ainda considerados um tabu, isto porque existe uma crença popular de que apenas mulheres estão vulneráveis ao desenvolvimento de anorexia ou bulimia nervosa (ELIOT; BAKER, 2001; MUISE; STEIN; ARBESS, 2003). A primeira questão que o pai de Gustavo faz quando estou em sua casa é se homem também podia desenvolver um transtorno alimentar.

Parece que essa fantasia que assombra Jorge, desde antes do nascimento de seu filho, fica ainda mais acentuada quando Gustavo desenvolve o transtorno alimentar. No entanto, este rapaz relata que em seu tempo livre “*gosta de jogar bola, sair à noite, namorar...*”. E que sonha em futuramente ter uma mulher e casar-se. Fico pensando como Gustavo introjetou

essas angústias de seu pai com relação à sexualidade, como será que o menino Gustavo de apenas 4, 5 anos se sentiu ao ouvir o pai falar-lhe que não podia deitar de bruços porque *“quem deita de bruços é veado”*.

4) O transtorno alimentar permeando as relações: A postura dos profissionais frente aos usuários e familiares do serviço clínico

→ A aceitação

Por meio dos relatos é possível observar o quão difícil foi para os familiares de Gustavo lidar com sua doença. O pai parece se afastar mais ainda e ficar preocupado com a questão da sexualidade de seu filho: será que essa doença também acomete homens heterossexuais? A irmã relata, em um tom muito emocionado e com lágrimas nos olhos, que

“Eles explicaram certinho (a equipe médica). Mas até eu entender, isso é difícil, dá vontade de dar uns tapas, sabe? Mas depois passava (...) mas foi muito difícil e eu fiquei assim traumatizada”. (Cláudia).

E a mãe:

“(...). antes de descobrir a doença, eu tinha medo (...) pensei que ele fosse morrer... porque ele dormia assim tão profundo, ele tava tão caquético (...) depois que descobriu a doença, eu não tive muito medo mais não (...) eu acreditei no tratamento”. (Fernanda).

→ O tratamento

Dessa forma, é possível observar que o papel da equipe é fundamental, não apenas no manejo com o paciente, mas também no manejo com a família, que geralmente vem inundada de dúvidas e fantasias com relação ao transtorno alimentar. Como observado nas falas abaixo:

“(...) nessa época nós também começamos com os grupos dos pais (...) e aí a mãe dele começou a freqüentar o grupo, então a mãe me trazia também muitas dificuldades que ela tinha com ele e que ele não me contava, e isso

foi completando o meu tratamento com ele, como por exemplo: resistência em comer, ele acabava omitindo algumas refeições, evitava comer junto com eles (pais) ou ficava tomando banho antes de ir para a escola e tinha que jantar e não dava tempo de jantar porque ele tinha que ir para a escola, então era uma forma de ele omitir as refeições e a mãe se queixava disso comigo. E eu podia aos poucos com ele trabalhar essas questões também”. (Nutricionista 1).

“O pai se eu não me engano freqüentou o grupo pouquíssimas vezes e também, não era muito aberto, mas na época havia queixas de uma dificuldade que ele tinha com o pai. Então assim tinha queixa do pai bater nele, porque às vezes batia nele porque não tinha paciência que ele não comia ou que ele ficava muito tempo comendo na mesa, enrolando para não comer ou que ele omitia as refeições. O pai achava que ele tinha uma certa frescura (...) Dele ser mais puxado para o homossexualismo. Então, por exemplo, aí você é veadinho porque não está comendo. Tem que comer, homem que é homem come, então tinha muito essas queixas, e nesse meio de tempo a mãe desenvolveu um câncer. Eu não me lembro as datas e nem local que esse câncer se desenvolveu, mas a mãe sofreu um processo de tratamento quimioterápico, foi muito difícil pra ele na época, né? Para a mãe também foi, ela chegou a freqüentar os grupos nessa época que ela tava fazendo o tratamento poucas vezes porque muitas ela se afastou, porque não tava se sentindo muito bem”. (Nutricionista1).

Quanto ao tratamento, parece que o ponto de “iluminação” para Gustavo foi no Hospital, quando o médico lhe contou a metáfora sobre sua guerra interna (será apresentado a seguir). Abrindo uma possibilidade de conversar de algo que era real para Gustavo: sua cisão interna. Fez sentido. Assim como fez sentido para ele que, caso não se cuidasse, poderia morrer. Ao sair da internação, Gustavo continuou fazendo tratamento no GRATA, sendo assistido pela equipe de profissionais. Houve uma aliança entre ele, sua família e a equipe.

→ *Como o ideal de imagem corporal influencia no tratamento?*

Em uma peça teatral, onde o ator principal é um self aprisionado, o corpo virou o palco, palco onde eram encenadas as mais profundas angústias para uma platéia composta pela família e a equipe de saúde. Como observado nas falas abaixo:

“Ele cuspia várias vezes ao dia com medo da saliva engordá-lo”. (Nutricionista 1).

“Eu lembro da resistência grande que ele tinha em aceitar determinados alimentos que ele acreditava engordar”. (Nutricionista 1).

“Aí nessa época que era época mesmo de adolescência, ele começou a fazer academia, trabalhava com o pai que tinha uma marcenaria, e estudava e aí assim ele começou a ficar muito bitolado com academia, que ele queria ganhar massa muscular, que jeito que eu posso fazer que comida que eu tenho que comer, eu quero tomar suplemento, né?”. (Nutricionista 1).

A equipe precisou de uma habilidade de holding para dar conta de sustentar esse palco.

→ *O manejo*

Assim como nos casos anteriores, observa-se que a equipe procura ir se adequando às necessidades (emocionais) de Gustavo,

“A partir do momento que os pacientes começam a recuperar peso, a distorção vai diminuindo, não é que não tem, mas ela é menor. Não é que não tem, existe a preocupação, mas ela não é tão intensa como no início. E aí o que ele relatava para mim muito ele falava assim, ah então olha você não acha que eu tô comendo muito, você não acha que eu tô comendo muito pão, muito arroz, então eu preciso fazer exercício. Ele acabava fazendo uma forma de compensação. Eu como 2 pães mas eu tenho que fazer 2 horas de exercício. E aí eu comecei a trabalhar muito essas questões com ele, que ele tava em fase de crescimento, que não era só o fato de fazer exercício que ele tava comendo muito (...)”. “(...) e onde que eu comecei a trabalhar essas questões com ele de reeducação alimentar, de alimentação, melhora no estado nutricional, tudo isso. Então esse foi o início”. (Nutricionista 1).

“Ele tinha medo disso se tornar gordura, isso eu percebia... a preocupação assim, eu tô comendo demais, mas eu tô fazendo exercício, será que se eu diminuir esse exercício ou se eu continuar comendo demais mesmo fazendo exercício eu vou ter gordura. Havia muito essa preocupação e devagar eu fui conseguindo trabalhar essas questões com ele”. (Nutricionista 1).

“(...) como ele tava em fase de crescimento, até hoje, né, porque ele era adolescente na época, eu trabalhava muito com ele nos gráficos, onde tava posicionado nos gráficos de peso e de evolução de peso e altura com a idade. Onde estava posicionada a altura dele e o peso e ele via que tavam normais pelo índice de massa corporal no gráfico pela adolescência, então isso eu acho que no concreto deixava ele bem, eu podia trabalhar isso com ele, e trabalhava muito as quantidades dos alimentos como eu te falei, então por exemplo você tá comendo mais carboidrato porque carboidrato é energético e vai te dar mais energia na hora do exercício e por isso que teu corpo tá pedindo, além do teu corpo tá pedindo energia, teu corpo tá crescendo então ele precisa de energia para isso, por isso que essa fome sua

vem assim, então vamos distribuir os horários, vamos tentar comer um pouquinho melhor antes da academia e depois que você volta da academia que é isso que vai te equilibrar e ele foi aceitando, aceitando porque claro que ele tinha muito medo então ele falava assim: mas será? Será que eu não vou engordar assim, com isso que você tá me dando ou com o que eu tô comendo que você tá mantendo. Eu falei então vamos experimentar eu falava para ele daí a gente experimentava, ele confiava nisso que eu tentava entrar de acordo com ele e dava certo". (Nutricionista1).

Gustavo, então, foi podendo se sentir acolhido, experimentando uma relação de confiança e comprometimento mútuo. Experienciando um processo interno muito parecido com o que o rapaz do caso anterior vivenciou através da equipe.

→ *O vínculo*

Fica claro o papel fundamental dos profissionais como um ambiente suficientemente bom, para que este rapaz pudesse ir amadurecendo.

"No início ele era bastante fechado e tinha bastante dificuldade de se abrir comigo, depois nós começamos a nos aproximar, a gente começou a ter um relacionamento mais estreito, e aí ele começou a se abrir mais, então assim ele realmente tinha muita dificuldade em se alimentar em aceitar a evolução alimentar, com relação assim fazer a alimentação seis vezes ao dia, fazer os lanchinhos, entendeu? Quando eu incluía algum tipo de carboidrato como, por exemplo, arroz, pão ele tinha muita dificuldade em aceitar, né? Então isso foi o início, tá? E depois com o tempo ele começou aceitar". (Nutricionista 1).

"Notei que ele cresceu em termos de amadurecimento da própria idade, porque ele era muito novinho. Mas mesmo assim tem uma certa timidez, só que não é aquela timidez como no início, muito calado, difícil de se abrir comigo. Hoje em dia e desde essa época que ele começou com uma evolução legal, numa franca recuperação, ele já tinha uma abertura maior com a gente até por conta da gente, como eu falei de eu fazer um atendimento com ele estreito em termos de contato, de vínculo e com isso ele começou a ter mais espaço para poder se abrir". (Nutricionista 1).

"Nesses momentos, a partir de um tempo que a gente começou a ter um vínculo maior. Até então ele não conseguia fazer isso comigo. A gente começou a negociar mais quando a gente começou a ter um vínculo maior entre a gente através dos atendimentos individuais, houve uma confiança". (Nutricionista 1).

"Aí a gente ofereceu psicoterapia individual. Ele vinha toda semana. É interessante assim na psicoterapia porque ele tinha facilidade para falar.

Era com uma menina. E no começo ele tinha uma postura muito mais de menino e depois ele foi se mostrando mais homem, mais produtivo, mais viril. Foi uma mudança grande no processo psicoterápico”. (Psicólogo).

→ *Evolução*

Assim, o amadurecimento emocional foi acontecendo gradualmente a partir do vínculo com a equipe médica e, claro, a partir das condições inatas desse rapaz. Winnicott diz que todo ser humano tem uma tendência inata ao amadurecimento, mas que precisa também de um ambiente suficientemente bom.

“No começo eu o achava muito centrado ainda na doença, depois ele começa a falar de relações familiares, ele tem uma aproximação com o pai maior do que a que ele tinha no começo do atendimento, começa a falar de meninas, não só de meninas, mas da sexualidade, da descoberta da sexualidade. Acho que foi um caso que a gente viu melhoras”. (Psicólogo)

“Já comigo ele já vinha numa boa, já aceitava bem, era consciente da doença, ele já não tinha mais ou pelo menos não demonstrava esse distúrbio da imagem corporal, ganhou bastante massa magra, evoluiu, recuperou peso, então até assim a composição corporal dele melhorou muito, tá?” (Médico Nutrólogo 1)

“No grupo ele tinha uma postura muito para frente de otimismo, de dar dicas para como sarar e na terapia individual ele dava uma deprimida, colocava as dificuldades e no grupo parece que ele tinha que tá sempre bom, de bem, sempre mostrando como melhorou (...)”. (Psicólogo).

“E ele consegue fazer isso (descobrir uma vida além da comida) então parece que ele deu um passo muito alto, na verdade eu acho que ele caminhou um pouco porque ele já tava numa posição, ele entrou numa condição, ele tinha isso”. (Psicólogo).

“Carboidratos, tá? Pães, arroz, principalmente esses. Com o tempo ele começou a aceitar esses alimentos melhor, aos poucos, eu ia dando de pouco para ele, ofertando, orientando para que ele ingerisse esses alimentos aos poucos, e aí com isso ele começou a evoluir”. (Nutricionista 1).

“Ele nunca foi gordo, ele tinha um peso um pouquinho abaixo por isso ele fez uso da sonda nasointestinal na internação, e aí depois com o tempo ele começou a recuperar esse peso e aí a gente manteve uma franca recuperação”. (Nutricionista).

“Eu não sei se ele não conseguia na época elaborar, se expressar, e ele transformava essa expressão essa necessidade que ele queria em perguntas assim: você tem certeza? O que você tá achando? Você acha que eu cresci muito, mas você acha que esse peso meu tá bom? E isso por um tempo depois quando ele começou a perceber que o peso dele tava bom mesmo que

ele tava legal, que ele tava se gostando, que ele tinha comprado roupas e tinha ficado bonito, que começou a ter paquerinhas que as meninas começaram a se interessar por ele, ele mesmo por si só falava isso: aí eu tô gostando, eu tô bem, olha essa roupa! Você viu como eu cresci? E aí houve uma preocupação de uns tempos pra cá, de um ano pra cá se eu não me engano, um ano e meio... da pele. Ele começou a ter algumas acnes e espinhas pela própria idade e ele começou a ter muita preocupação com isso. Então ele fazia assim: O que você acha que eu devo comer? Como que é a minha alimentação? Você acha que se eu comer isso vai dar espinha? Olha, eu tô pensando em ir numa dermatologista?”(Nutricionista 1).

Assim, como no caso anterior, fica difícil separar a melhora física, a mudança na relação com o corpo, do amadurecimento pessoal, do encontro com o verdadeiro *self*, pois estão intimamente inter-relacionados.

4) O falso e o verdadeiro *self*...

Gustavo conta que

“(...) não tinha descoberto que eu tava doente, eu achava eu tô normal, não tenho nenhuma doença. Quer dizer e na verdade essa resistência que faz crescer cada vez mais ainda a doença faz fortalecer, essa resistência que faz fortalecer”. (Gustavo).

E que:

“Foi no hospital até eu começar assim a me desenvolver a cura, foi num tempo de um mês mais ou menos esse estado bem crítico. Eu acho que eu usei esse lado da perfeição para ser rígido comigo mesmo, só que de um jeito errado porque eu acho assim, eu não sei explicar o que acontece porque o que aconteceu na verdade para acontecer essas vontades porque eu sempre julguei assim: eu tô brigando comigo mesmo, então eu sou duas pessoas, ao mesmo tempo em que eu não quero tá assim, quero tá melhor porque desde que eu conheci a doença isso foi muito importante para mim entendeu?” (Gustavo).

Este rapaz parece sentir, de alguma forma, que sua doença é uma forma que encontrou de se proteger. Parece que ele já está começando a poder pensar e, assim, seu verdadeiro *self*, que antes estava tão distante e massacrado, parece começar a fortalecer-se, mesmo que ainda

de uma maneira tão sutil. Observado no trecho: “*eu to brigando comigo mesmo, então eu sou duas pessoas*”.

Gustavo traz essa cisão interna também quando conta

“(...) por exemplo, foi, teve um médico que fez uma comparação assim para mim entender, porque na época eu era muito novo também, ele falou: “pensa como você tem uma guerra dentro de você, você tá lutando contra um soldado muito forte dentro de você e ele tem as táticas dele, entendeu? Cada vez que você vai à balança e se pesa e vê que você perdeu não sei quantos quilos e você se sente bem, não é você que tá se sentindo bem. Você tá dando ponto para esse soldado e é mais um ponto que ele ganhou em cima de você, então cada vez que você deixa de comer uma coisa que você gosta, que você tenha desejo, é você tá dando um ponto para ele e isso é um sintoma, só que é como se fosse uma estratégia desse soldado”, é um exemplo assim, aí eu comecei... foi aí que eu comecei buscar na resistência que eu tinha dessa doença de não fazer essas coisas”. (Gustavo).

Esse exemplo parece ter sido tão adequado para este rapaz porque provavelmente ele se sentia assim: cindido. E, a partir daí, ele conseguiu começar a se enxergar por dentro:

“Às vezes eu fui engordando e nem comecei a perceber porque eu já não ia na balança me pesar. Batia aquela vontade, tipo assim, e eu passava do lado aí eu pensava antes de ir eu falava não, vamos pensar, não vai pesar não (...) e também não vou pesar e depois é que na verdade a gente tem que se olhar no espelho e se achar uma pessoa normal, não ficar com essas preocupações e tal, aí eu falei então (antes) eu vou começar a não olhar muito, não reparar, aí eu comecei, eu falei assim olha: e foi assim e um dia eu peguei e falei assim poxa, eu tô engordando quando eu comecei a comer bem, eu tô engordando, né? Vou começar a manear só que aí eu peguei e falei assim: peraí, eu tô fazendo uma análise por fora, eu não tô fazendo uma análise por dentro, aí eu olhei no espelho e falei assim: eu vou me analisar por dentro, eu tô melhorando, se eu tô comendo melhor eu tô...as pessoas tão falando que eu tô melhorando e tal eu tô me sentindo melhor sim, eu tô tendo mais disposição eu tô conseguindo”. (Gustavo).

“Não... o certo... não é que, é igual antes, eu falei assim o que mudou quando eu comecei a emagrecer e o que mudou quando eu comecei a melhorar?(...) Pô antes eu ia lá e falava assim olha eu gosto daquele sorvete e eu vou tomar aquele, aí não eu chegava lá e as vezes não era o que eu queria mas era o que tinha menos taxa de gordura, falei assim não, isso não tá normal, então eu vou procurar a olhar mais para dentro entendeu?” (Gustavo).

“(...) Uma análise interior e comecei... aí foi aonde eu começava a olhar no espelho e eu já não ligava mais porque eu já não me olhava assim sabe, eu só me olhava no espelho por necessidade para pentear o cabelo, para limpar o rosto, para se vestir. O resto eu me preocupava assim porque não

foi de uma hora para outra lógico, foi devagar, mas foi melhorando. Eu só me olhava para pentear o cabelo, para me arrumar, mas não, num ficava me analisando. Tirava a camisa e falava assim nossa: eu tô gordo o que antes eu fazia isso, né? Nossa, eu tô muito gordo e tal. Mas eu não ficava mais analisando isso e tal aí eu fui melhorando, fui...” (Gustavo).

“Eu acho que foram muitos pontos importantes... esse toque do médico, o susto quando falou que qualquer coisa poderia sabe? (...) Ao mesmo tempo que eu queria me auto destruir, quando o médico falou assim que qualquer gripe poderia tá acontecendo alguma coisa comigo, porque quando eu queria me auto destruir eu tava triste tava magoado, quando eu estava em estado normal eu ouvi e eu fiquei com medo, quer dizer que na verdade eu gosto de mim lógico. Eu quero tentar melhorar então isso tudo foi melhorando, entendeu? Esse baque, a iluminação, os toques do médico, tudo foi um conjunto, né? Conjunto de acontecimentos que fez eu mudar sabe? Ver o outro lado.” (Gustavo).

E então pode conhecer um outro Gustavo que estava tão distante... ao mesmo tempo, parece que ele também estava começando a confiar no outro. A partir do momento em que este rapaz pôde entrar em contato consigo mesmo, ele se torna capaz de pensar e poder se diferenciar do outro. Parece que ele começa a sentir que o outro pode não invadi-lo. Que o outro pode ser suficientemente bom. E continua desejando melhorar, mas para um encontro bom consigo mesmo. E não para agradar o outro.

**5) “Ah bruta flor do querer, ah bruta flor...” (Caetano Veloso)
Comprar... Comprar... Comprar... Ter... Ter... Ter... Quero... Quero... Quero...**

Gustavo diz que seu sonho não “*é nada muito material, não*”. Parece que ele não precisa mais do concreto para se defender de seu mundo interno. Sonha em relacionar-se com sua família de origem e constituir sua própria família. Diz:

“A vida é muito mais importante, então meu sonho, é lógico, ter minha profissão, me realizar profissionalmente. Mas a saúde da minha mãe, do meu pai e da minha irmã, e lógico, ter um filho, né? Ter minha mulher, casar...” (Gustavo).

E Gustavo parece saber que depende de seu esforço pessoal, acho que, por isso, escolheu morar sozinho. Conta que quando voltou da internação quis mudar de cidade, e a mãe o ajudou montando uma edícula em uma cidade próxima. Parece que ele precisou sair da casa de seus pais para encontrar-se em uma casa sua, sólida, consigo mesmo. Rompendo a com-fusão que existia dentro de si. Assim, observamos que a família também foi se adequando a este Gustavo que estava re-nascendo.

6) O Zênite da força: o amor

Parece que o afeto nessa família fica diluído em sentimentos de culpa, em acusações, em falta de tempo e, contraditoriamente, na fusão com mãe. Foi muito interessante perceber que Fernanda, quando conta sobre a internação de seu filho, em diferentes momentos, relata como se ela também estivesse internada com ele:

“Nós ficamos 2 meses e 5 dias internados...porque eu fiquei lá, né? Pra mim, eu fiquei internada”. (Fernanda)

“Porque eu também fiquei internada, porque me considero internada, porque eu não vinha embora”. (Fernanda).

“(...) eu entrei (na internação) dia e mês...”. (Fernanda).

E, com a melhora da doença:

“Ah, essa doença... eu assim, olha, eu falo que ela veio pro bem, eu vou ser sincera... porque o Gustavo ficou mais próximo (...) eu também olhei melhor. Porque eu acho que eu era assim...eles falam assim....que eu era fria! Mas não é que a gente é fria (...) eu pensava sempre em trabalhar”. (Fernanda).

Mas parece que, para Fernanda, lidar com o re-nascimento de seu filho foi novamente algo muito doloroso, angustiante. Nos relatos aparece que, quando seu filho estava se recuperando, a mãe ficou doente: desenvolveu câncer. Segundo Fernanda:

“Quando eu saí da alta do hospital (alta do filho!) em outubro, eu tive um caroco aqui (coloca a mãe na garganta)”. (Fernanda).

A mãe relata que precisou fazer quimioterapia e ficar seis meses sem trabalhar. Hoje, recuperada, trabalha e fica entre a casa do filho e do marido. Fico pensando na música de Chico Buarque: *“Oh, pedaço de mim, oh, metade adorada de mim, leva os olhos meus, que a saudade é o pior castigo, e eu não quero levar comigo a mortalha do amor, adeus”*, que parece demonstrar o sofrimento dessa mãe, que sente um amor profundo, mas parece não ter condição interna de viver essa emoção, por ter intensa dificuldade em lidar com a separação e o abandono.

8) Uma mensagem...

“Que mensagem? Olha: faça tudo que tem vontade de fazer, só pense certos tipos de coisas, pense nas conseqüências, lógico. Mas não ligue, acima de tudo não ligar para os outros. Pense que você no que vai te agradar, pensa em ser você mesma, o que você sempre foi e o que você sempre gostou de ser, não pensar nos outros. E fazer o que você tiver vontade de fazer, vai a luta, vai sem medo (...) e pense em certas coisas porque hoje em dia tem muitas coisas mau acontecendo e eu não tô falando por esse lado, entendeu? Droga, essas coisas....eu tô falando no sentido de levar uma vida normal. E não normal para os outros, normal para você, entendeu? Que você acha que vai ser normal para você, normal no sentido de você tá se sentindo bem”. (Gustavo).

“Que por mais que esteja durando e às vezes dura bastante tempo a doença, que não perca as esperanças e nem a força, que tem cura sim e não porque tá há muito tempo que não tem mais jeito, tem jeito sim e é só você procurar às vezes... às vezes você tá agindo de uma maneira só, você às vezes tem que procurar analisar bem, se auto avaliar e com a ajuda de todo mundo, da sua família, dos médicos, psicólogo, tentar achar cada vez mais se uma maneira não deu certo, vai haver outra... de algum jeito tem a cura, todo mundo pode chegar, não desiste. Eu acho assim é a mensagem que eu poderia passar, às vezes para mim pode ter dado certo rápido assim porque às vezes foi de primeira, mas não foi fácil e não foi de primeira também (...) É não foi tão rápido, 3 anos a gente fala que passa num tapa mas...sofrendo parece que você passou 10. Então é, eu acho assim, que as pessoas que tiverem a doença, que tiverem passando pela mesma coisa procure saber mais da doença, analisar, admitir, procurar ajuda cada vez mais e estudar bastante, né? E sempre tá e vai tá contando com a colaboração dos médicos, né? Muito importante isso aí”. (Gustavo).

O leitor pode perceber, ao ler as mensagens, que este rapaz está comunicando aos outros a importância de estar em contato com seu verdadeiro *self*, e, assim, sentir-se real. Acho muito importante a noção que ele tem de responsabilidade quando diz: faça o que é bom para você, mas pense nas consequências, e, tenha coragem de relacionar com o outro.

Fica claro, para mim, que Gustavo está cada vez mais integrado consigo mesmo, percebendo-se um ser que é diferente do outro, que pode estar só, no sentido que Winnicott coloca em “estar só”, e que, ainda assim, precisa do outro. Isto fica bem evidente em sua última frase da entrevista:

“É porque todas as pessoas que tem essa doença passam geralmente pelas mesmas coisas... É que nem eu falei. A gente trocava experiência no grupo e todo mundo passava mais ou menos pelas mesmas coisas, mas de determinada forma, as formas diferentes, então é assim é achar o foco dessas coisas e tentar eliminar porque todos somos diferentes, né?”. (Gustavo).

7.3.2 Análise compreensiva à luz da psicanálise

Parece que Gustavo, desde o nascimento, precisou enfrentar as fantasias que assombravam seus pais. Traição? Será que ele é realmente filho daqueles pais? Será que havia sido trocado? Será que seria afeminado? Dentre outras que não apareceram nas entrevistas.

A forma que ele encontrou para lidar com tantas angústias introjetadas foi, quando bebê, através do choro constante, do vômito e estados febris. De que maneira ele estava se reconhecendo a partir do olhar de sua mãe? Uma mãe, como comentado anteriormente, que estava inundada de fantasias sobre sua maternidade, sobre seu filho. Sentindo-se torturada, apavorada, e, talvez, culpada. O bebê Gustavo parece que foi absorvendo todos esses sentimentos da mãe, reconhecendo-se em um olhar que expressa dor, angústia, e, sem poder

dar conta de tanta invasão, chora, grita por socorro, vomita aquele conteúdo que está o sufocando.

Parece que os primeiros meses na vida de Gustavo foram muito conturbados e vividos de forma angustiante, não suficientemente boa. A experiência emocional com sua mãe parece ter ficado pela metade. Ela trabalhava demais e nunca tinha tempo. Conta que quando ele tinha um ano, trabalhava o dia todo e ainda, quando chegava em casa, pegava o bebê e o levava para a sorveteria que tinha. Dá a impressão de que o ritmo dessa mãe, meio robótico, não foi adequado às necessidades (emocionais) de Gustavo. Parece que ele não se sentiu olhado, reconhecido e cuidado (handling e holding). Faltou o toque, a pele, o calor do colo.

O pai, por outro lado, assim como a mãe, devido às circunstâncias que ele também estava inserido, não teve condição interna para oferecer à sua mulher a sustentação emocional suficiente para que ela pudesse ter uma experiência emocional suficientemente boa com seu filho.

E assim, Gustavo, de um bebê nervoso, tornou-se uma criança que era diferente de todas, muito inteligente, briguenta e que foi se isolando. Esse isolamento parece ser uma repetição de um isolamento vivido quando bebê, parece que estava novamente tentando elaborar uma emoção muito intensa.

Ao ser um bebê tão difícil, um bebê que assim que pôde, “*ficou de pé*”, como disse sua mãe, parece que Gustavo se sentia muito sozinho. Mas uma solidão ruim, que dói no corpo, que queima nas entranhas. Parece que, através do mecanismo de defesa de isolamento, Gustavo estava tentando se proteger do outro.

O fantasma da traição introjetado por meio do olhar da mãe, quando o pai diz “brincando” à mãe que ela o tinha traído, parece ter sido sentido novamente por Gustavo quando a mãe não lhe conta que ele seria internado. Imagine como ele se sentiu: indo ao hospital para uma consulta e, de repente, o médico lhe diz que aquele é seu leito e que vai se

internar. Acredito que o leitor nem precisa imaginar a angústia desse rapaz, ele mesmo diz claramente que ficou louco, porque não queria ficar ali. Ainda mais dessa forma tão inesperada e agressiva. Sentiu-se traído. E, dessa vez, o sentimento é real, não uma emoção que vem do outro.

Gustavo diz que começou a emagrecer devido a um entristecimento e que, a partir daí, foi ficando obcecado em perder peso, em estar bonito. Parece que ele tem consciência de que não estava bem, sente-se triste, perde o interesse pela vida, pelo alimento.

O contato com essa emoção tão intensa parece ter assustado Gustavo, que ainda não tinha condição de pensar sobre essas emoções, e, assim, como um mecanismo de defesa, o entristecimento vai ficando distante e a obsessão por emagrecer, ficar belo, vai invadindo esse rapaz. Parece que Gustavo usa seu corpo, de uma maneira bastante concreta, para se proteger de suas próprias emoções. Emoções suas? De outros? Que confusão!

Apesar de a mãe parecer distante, havia uma relação de grande fusão entre ela e seu filho. Observada na apresentação do caso, quando ela, ao falar de seu filho, coloca na primeira pessoa. Gustavo parece ter dificuldade em distinguir o que pertence a ele daquilo que pertence ao outro, em termos de sentimentos. Sua mãe também parece sentir-se assim: com-fusa.

Quando ele melhora e recebe alta da internação, sua mãe fica doente, mostrando o quanto foi difícil para ela lidar com esse filho que estava renas-Sendo. Gustavo, conforme foi melhorando, foi distanciando-se cada vez mais de sua obsessão pelo corpo físico e penetrando mais e mais em seu mundo interno. Permitindo, assim, entrar em contato consigo mesmo, seu verdadeiro *self*.

A partir do momento que pôde se ver, reconhecer-se, pôde discriminar melhor quem era, as suas emoções e as emoções que pertencem ao outro. O outro deixa de ser um inimigo. Torna-se possível confiar (em si mesmo) e desenhar a própria vida.

Parece que Gustavo precisou do transtorno alimentar para entrar em contato consigo mesmo e desenvolver-se emocionalmente, ele sabia que não estava tudo bem.

A melhora de Gustavo parece estar intimamente ligada com sua capacidade de se diferenciar do outro. Mas não porque é briguento, ou porque é extremamente belo ou magro (falso *self*), mas sim por se sentir um ser singular e real no mundo (verdadeiro *self*). Por isso, quando apresentei o caso fiz um núcleo temático chamado “**Falso e verdadeiro *self***”, porque essa cisão fica muito evidenciada no relato de Gustavo.

Nesse momento, o corpo deixa de ser um objeto de desejo ou um objeto que ele pode alterar da maneira que desejar, para tornar-se parte integrada a si mesmo. Da mesma maneira que o alimento deixa de ser um objeto de obsessão e um representante de angústias impensáveis e fantasias apavorantes para ser aquilo que realmente é, uma fonte de nutrição.

O papel da equipe é de grande importância para esse desenvolvimento emocional de Gustavo, parece que houve uma sintonia entre as partes e Gustavo pôde, a partir do contato com a equipe, sentir-se olhado e reconhecido e, assim, ir gradualmente desenvolvendo a coragem para ser, levando a família a ir se adequando às suas necessidades (emocionais).

8 DISCUSSÃO

8.1 Características do ambiente familiar

Segundo Bruch (1973), as famílias de pessoas com transtorno alimentar podem demonstrar (superficialmente) equilíbrio e estabilidade, mas, na maioria dos casos, apresentam um padrão em que algum adulto (normalmente a mãe), tende a ser controlador e a não levar em consideração os desejos e necessidades emocionais do filho. Quando Bruch (1973) descreve a família da pessoa que desenvolve um transtorno alimentar como uma família que pode demonstrar equilíbrio e estabilidade, mas que, na verdade, esta estabilidade esconde um grande desequilíbrio e instabilidade nas relações, penso o quanto essas famílias constroem suas relações sobre um alicerce frágil, em que a verdade precisa ficar encoberta para evitar o desmoronamento do lar. Assim, instala-se o teatro, são encenadas peças tristes e repetitivas na tentativa de elaboração de uma emoção que não se pode ter contato, mas que está presente.

Acho importante ressaltar as dificuldades pessoais de cada membro dessas famílias. Nesse momento considero relevante enfatizar que a complexidade das relações humanas, tão evidente em nossos dias, me convida a ter um olhar de compaixão por essas famílias, geralmente as pessoas tentam fazer o melhor que podem. O sofrimento dos rapazes é acompanhado pelo sofrimento das pessoas em sua volta. Parecem famílias em que não existe a troca e cada um fica sofrendo sozinho em um quarto cada vez mais escuro. Caminhando nesse sentido, Grando e Rolim (2005) concluem que os relacionamentos familiares que se dão na evitação do conflito, geram um grau de sofrimento emocional que é, ao mesmo tempo, difuso e profundo.

Por meio da análise dos casos foi possível observar que, de alguma maneira, seja ela concreta ou subjetiva, a falta e o excesso permeiam essas famílias que apresentam características determinantes muito similares: a falta de provisões emocionais e o oferecimento de provisões materiais, relações frágeis em que a verdade não pode ser dita, o desequilíbrio entre as figuras materna e paterna, a presença de um parental ausente e do outro que não tem condição interna de se adequar às necessidades subjetivas destes rapazes, que experienciam, desde bebê, vivências emocionais de desamparo, rejeição e invasão.

Concretamente, relato no prontuário médico do rapaz, Mateus era maltratado pelo pai e sua mãe só ficava olhando; Fernando ficou sufocado com tanto leite e Gustavo, parece ter ficado entupido por tantas emoções introjetadas por meio do olhar angustiante da mãe.

Parece que esses rapazes, desde muito cedo, experienciaram um ambiente pouco favorável e ameaçador, dificultando o amadurecimento emocional. Na falta do contato com um ambiente suficientemente bom, que oferecesse sustentação (*holding*) para que estes rapazes, quando bebês, pudessem ter o ego fortalecido, e, assim, expressar seu *self* potencial, e reconhecendo esse fracasso ambiental, esses rapazes, como uma reação de defesa desesperada na busca pela sobrevivência, encontram a forma de responder a esse ambiente frustrante (ABADI, 1998) por meio de um transtorno alimentar. Crueldade contra si mesmos, refletindo uma revolta.

Segundo Winnicott (2000a), os primeiros meses de vida de um lactente são essenciais no desenvolvimento emocional sadio, porque é a partir dessa experiência com a mãe que o bebê vai caminhando da não integração à integração, da dependência absoluta à independência relativa. No início de sua vida, o bebê ainda não consegue separar-se do ambiente, não consegue perceber a distinção entre que “é eu” e o que “não é”, isto porque não existe a experiência de um próprio *self* integrado. Com a sustentação do ambiente, se ele for suficientemente bom, o bebê gradualmente atinge um estado de integração “eu sou”. Esse

estado de integração é configurado por três mecanismos que estão intimamente relacionados e articulados: a integração, a personalização e a relação com objetos (ABADI, 1998).

O que significa integrar-se segundo a concepção winnicottiana? Segundo Winnicott (ABADI, 1998), integrar-se significa a reunião de fatores psíquicos e somáticos das experiências subjetivas que inclui a noção espacial e de tempo. Depois da integração, a fase seguinte é da personalização, ou seja, a integração psicossomática. Dessa forma, a criança tem um dentro e um fora e um esquema corporal. Só assim tem sentido para a criança as funções de incorporar e expulsar, pois ela pode reconhecer uma realidade psíquica.

Winnicott, de acordo com Abadi (1998), relaciona o processo de integração com o holding, ou seja, o bebê só consegue integrar-se a partir do holding materno. Cabe à mãe cuidar do bebê frente a um meio externo que possa oferecer situações traumáticas, conter os impulsos deste e também suprir suas necessidades. O processo de personalização é relacionado com o handling, que significa a manipulação e assistência corporal. Sem essa manipulação externa de forma favorável, ou seja, alguém que cuide do bebê como uma pessoa e não apenas como um boneco, fica muito complicado para o bebê executar a tarefa interna de instaurar o desenvolvimento sadio de uma inter-relação entre o psíquico e o somático, ou seja, fica muito difícil para o bebê unir seu corpo com sua psique, se a pessoa que está cuidando dele não tem condições de tratá-lo conjuntamente com seu corpo.

A última fase dos processos iniciais de desenvolvimento é a habilidade de se relacionar com os objetos. Cabe à mãe a função fundamental de oferecer os objetos ao bebê que o possibilitem criar e descobrir, experimentando uma vivência de onipotência primária, sem invasões ou intrusões. A criança sente-se livre para criar os objetos que irá amar e cabe à mãe a capacidade de deixar que a criança viva essa experiência de onipotência, adequando-se às necessidades do bebê, e, aos poucos, ir se desadaptando, o que o levará a ingressar no princípio de realidade (ABADI, 1998).

A pessoa que vivenciou esses processos iniciais de forma suficientemente boa conseguirá transitar pelos processos seguintes de uma maneira saudável. Winnicott, segundo Abadi (1998), chamou de “angústia inconcebível” as ansiedades mais primitivas que o lactente está exposto na fase de dependência absoluta, devido à falha de um ambiente que ofereça suporte e sustentação. Para Winnicott, a origem das angústias psicóticas (medo de fragmentar-se, de cair interminavelmente, não ter relação com o corpo, não ter orientação no espaço) se encontra exatamente na falta de um ambiente favorável.

Pensando nos três casos apresentados nesse estudo, apesar de terem histórias familiares distintas, ao aprofundar meu olhar, foi possível encontrar que os três rapazes parecem ter vivenciado essa primeira experiência emocional com a mãe de forma pouco favorável. Faltou o holding/handling suficientemente bons. O cuidado foi deficiente.

Os pais, por sua vez, não tiveram condição interna de oferecer sustentação emocional e material à mãe, para que ela se entregasse à experiência emocional com o filho. O bebê sente-se, então, sozinho, sem saída. Acaba se sentindo excluído, rejeitado nesse ambiente familiar que não se adequou às suas necessidades reais, e, assim, sem encontrar um lugar que seja verdadeiramente seu, sente-se diferente, angustiado e com sentimentos de isolamento (MISHIMA, 2007). Além disso, é possível observar a raiva desses rapazes com relação ao ambiente familiar. Segundo Abadi (1998) a voracidade é uma forma de agressão contra um meio externo frustrante.

Quando digo sozinho, não estou fazendo referência ao conceito de Winnicott (1983a) da capacidade de estar só, pois esta capacidade é positiva: é o estar só na presença do outro; e “depende da existência de um objeto bom na realidade psíquica do indivíduo”. (WINNICOTT, 1983a, p. 33). Faço referência à solidão, ao retraimento. Àquelas pessoas que se afastaram dos outros, por terem vivido situações de intensos impactos, precisando isolar-se, com a finalidade de proteger o núcleo de seu *self* do aniquilamento (ABRAM, 2000).

Aniquilamento este sentido por meio das relações mais importantes de sua vida, com sua mãe e seu pai. Segundo Abadi (1998), a estrutura da família com base no casal parental é como um espaço transicional entre a criança e suas relações mais próximas e o mundo social, e tem a função de protegê-la frente às demandas do ambiente e abrir-lhe caminho para novas relações.

Mesmo mascarada na provisão concreta do alimento, como nos casos de Gustavo e Fernando, porque, segundo relatos dos avós e do próprio Mateus este passou fome literalmente quando estava sob os cuidados dos pais, houve, nos três casos, a falta do afeto no sentido das necessidades reais e emocionais destes rapazes, e essa privação foi sentida de forma aterrorizante e aprisionadora.

Por que aprisionadora? Ora, oprimidos por um ambiente tão invasivo em que eles não tiveram condição de desenvolver seu eu potencial, ficaram distantes de si mesmos e vivendo uma vida sentida como não real.

Ao experienciarem um holding/handling pouco favorável, os processos do desenvolvimento (sentimento de onipotência, ilusão/desilusão, realidade interna/externa, noção corporal, de tempo e espaço, relação com objetos) também são vividos de forma pouco favorável. Assim, segundo Abadi (1998), o surgimento do espaço transicional, que é intermédio entre o subjetivo e objetivo, que se origina da relação inicial entre a mãe e o bebê, na separação e união da criança com sua mãe e permanece ao longo da vida de todo ser humano, também não é vivenciado de forma plena. A falta desse espaço potencial onde a criança pode criar, muitas vezes é substituída por um vazio angustiante ou pela tendência desesperada de ocupá-lo, de preenchê-lo com tarefas e objetos.

Só a partir da alternância entre ilusão e desilusão o bebê pode criar uma ponte imaginária que permite que ele mantenha a integridade do eu e sua continuidade existencial, junto com a ilusão do reencontro com a mãe. E a ilusão apenas pode ser desenvolvida em um

ambiente confiável. Essas vivências são fundamentais para o desenvolvimento da capacidade de simbolização e abertura aos fenômenos da cultura (ABADI, 1998).

Por meio dos relatos que compõem os três casos, acho possível levantar a hipótese de que houve uma falha na experiência de ilusão. Segundo Abadi (1998), nesses casos, existem duas possibilidades: a pessoa pode voltar-se sobre si mesmo ou apegar-se, de forma patológica, a algum objeto. Acredito que Mateus vivencia as duas possibilidades conjuntamente, enquanto que em Gustavo e Fernando ficou mais evidente a presença da segunda possibilidade.

Em relação ao voltar-se a si mesmo, a ausência da mãe é experienciada como perda do objeto único que organizava tudo, gerando a fantasia de que tanto o reencontro quanto a substituição parecem impensáveis, e, dessa forma, o luto é eterno. A vida dessa pessoa é marcada por uma perda para a qual não existe reparação e nem esperança. Dessa forma, sem a ilusão, a pessoa vive “refugiada em um mundo interno em estado de sonho, sem poder amar aos outros nem participar da ilusão compartilhada que faz parte do amor, da arte, da relação com o mundo em geral” (ABADI, 1998, p. 34).

A segunda possibilidade refere-se ao se apegar de forma patológica a um único objeto, que substitui a mãe. Winnicott dá o nome a esse apego doentio a “fetichização” do objeto, ou seja, quando o objeto transicional perde sua função transitória. Assim, há uma troca concreta entre um objeto único por outro objeto único, sem a existência de um processo simbólico. A troca de objetos não tem a função de ajudá-lo a elaborar uma perda, mas sim de negá-la (ABADI, 1998). Isto leva a uma dificuldade de entrar em contato com o mundo interno e as fantasias e também à concretização do vínculo com a realidade externa e os outros, elegendo o fazer e o ter como as únicas formas de contato com o exterior.

Quando existe o uso “fetichizado” do objeto, significa que o objeto fetichizado é a mãe, assim, a pessoa tem dificuldades de construir representações internas da mãe e terá uma

tendência de passar a vida buscando objetos concretos dos quais dependerá compulsivamente para amenizar os sentimentos de solidão e vazio (ABADI, 1998).

É relevante ressaltar que a habilidade de representar simbolicamente os objetos fracassará quando a ausência materna for excessiva, e também quando a sua presença for permanente. Em ambos os casos, a presença materna não é suficientemente boa (WINNICOTT, 2000a).

Caminhando com a literatura acerca dos transtornos alimentares, um aspecto marcante nas famílias, também encontrado nessas famílias, é a dificuldade que esses familiares têm no manejo com o familiar com transtorno alimentar, por isso é tão importante a participação destes no tratamento. Devido à complexidade dessa síndrome e seu tratamento, é fundamental que os familiares também recebam apoio (NATHENSHON, 2001; WHITNEY, et al., 2005) para lidar com as fantasias e angústias pessoais e construir formas de colaborar para a recuperação de seu familiar. A aliança família/paciente/equipe de saúde é essencial.

8.2 Características dos rapazes

Confirmando os dados encontrados na literatura sobre homens com transtornos alimentares, esses rapazes demonstram perfeccionismo e a desconfiança em relação ao outro (BEHAR; DE LA BARRERA; MICHELOTTI, 2002), e tendem a ter uma personalidade dependente, defensiva e ambivalente acerca de si mesmo e dos outros (KEARNEY-COOKE; STEICHEN-ASCH, 1990).

Quanto ao núcleo temático **“O que será que me dá que brota a flor pele, será que me dá...”**, o qual aborda características da sexualidade destes rapazes, é possível observar que ainda existe o tabu sobre homens com transtornos alimentares e a crença de que apenas homens homossexuais podem desenvolver essa síndrome. Pesquisas apontam que

possivelmente conflitos acerca da identidade ou orientação sexual podem ser desencadeantes no desenvolvimento de anorexia ou bulimia nervosas em muitos homens (HERZOG; BRADBURN; NEWMAN, 1990). No entanto, pode ser que os exemplos clínicos apresentados nas pesquisas representem que os homens heterossexuais podem ser mais relutantes para buscar ajuda no tratamento de um sintoma que popularmente é considerado “coisa de mulher”, em comparação aos homossexuais (HERZOG; BRADBURN; NEWMAN, 1990). No que concerne essa pesquisa, dos três casos investigados, dois rapazes são heterossexuais e um deles é homossexual. Portanto, é possível observar que a escolha sexual não foi, levando em consideração esses casos, um determinante para o desenvolvimento de um transtorno alimentar. Não é possível pensar que apenas homens homossexuais estão vulneráveis ao desenvolvimento dessa síndrome, existem outros fatores que podem levar ao adoecimento, como observado nesse estudo.

A voracidade é um elemento marcante na personalidade dos três rapazes. Para Winnicott (2000c), a voracidade é tão primitiva que apenas poderia aparecer no comportamento humano disfarçada e como parte de um sintoma muito complexo. Este autor, a partir de suas observações, verificou a relação entre os distúrbios de apetite e condições específicas em momentos críticos, como, por exemplo, o nascimento de outro filho etc. Assim, para Winnicott (2000c), o apetite está intimamente relacionado à defesa contra a ansiedade e depressão. Para Abadi (1998), como mencionado acima, a voracidade é uma forma de agressão a um ambiente externo frustrante.

Foi possível observar, a partir dos relatos, que a voracidade é um componente muito presente nos três casos, principalmente em relação à atividades físicas e ao comer (ou não comer), querendo ficar cada vez mais (mais, mais e mais) magros e belos. A partir de o núcleo temático **Comprar, comprar, comprar... Ter, ter, ter... Eu quero, eu quero, eu quero... “Ah bruta flor do querer, ah bruta flor...”**, foi possível observar o extravasamento

acentuado da voracidade, em um dos casos, para outros objetos, como a necessidade de consumismo e posse. Parece-me que em Mateus essa característica é bastante presente, diferindo um pouco dos outros rapazes, que expressam sua voracidade acentuada em relação ao comer ou a atividades físicas. Acredito que talvez isso seja devido ao fato do tamanho distanciamento de si mesmo, que em Mateus é muito enraizado, fortalecendo a vivência de um falso *self* onipotente e a coisificação dos objetos internos e externos.

No núcleo temático **O Zênite da força: o amor**, busco demonstrar a experiência afetiva desses rapazes. Dessa forma, foi possível observar, em dois casos, a fusão com a mãe e a tentativa dos rapazes em desfazer essa com-fusão interna com a figura materna. No caso de Fernando parece que Cássia, sua mãe, gradualmente foi dando espaço para que esse rapaz vivesse seu potencial, tornando-se um ambiente suficientemente bom para o filho. Já com Gustavo, a separação com a mãe foi vivida de forma muito dolorida por Fernanda, a mãe. Quando ele começou a se recuperar, ela desenvolveu um câncer na tireóide. Já Mateus, que viveu de forma tão violenta sua primeira relação amorosa (com a mãe), demonstra um grande desprezo em relação ao afeto. Na verdade, com já discutimos anteriormente, parece um pavor muito grande entrar em contato com a dor da perda de seu primeiro objeto de amor: sua mãe.

Finalmente, no núcleo temático **O transtorno alimentar permeando as relações: A postura dos profissionais frente aos usuários e familiares do serviço clínico**, procurei apresentar o papel fundamental da equipe no manejo com tais pacientes. Em minha opinião, por meio da relação equipe/paciente, torna-se possível ao paciente conhecer e experienciar um novo tipo de relação, que tem como base o compromisso e a verdade. Um tipo de relação em que o paciente pode contar a sua verdade sem medo de destruir a equipe, pode gritar, agredir e sentir que a equipe tem condição de suportar esses impulsos sem desmoronar, na construção de um vínculo, nas palavras de Abadi (1998, p. 159), “confiável não persecutório”. É muito importante também a participação da família nessa aliança entre equipe e paciente, para que

este sinta que sua família está junto com ele e também para que a família desenvolva uma condição interna de lidar com o renascimento do paciente, que o processo do tratamento pode proporcionar.

Nos três casos foi possível observar o papel desenvolvido pela equipe ao oferecer sustentação e apresentação de novas possibilidades, ajudando, assim, o paciente a poder pensar, sair daquele aprisionamento psíquico e criar novas formas de vida. Esse caminho terapêutico não é linear e a recuperação é lenta e gradual, isto porque, conforme o paciente vai vivenciando essa nova forma de relação, começa a ter coragem de expressar seu verdadeiro *self*, e, apesar do aprisionamento ser dolorido, a liberdade também pode ser muito angustiante, porque significa a entrar em contato com emoções muito profundas e angustiantes.

Fernando e Gustavo parecem ter desenvolvido uma condição interna de se desamarrarem dessas correntes interiores que protegem, mas asfixiam, e permitirem-se ir ao encontro do seu potencial verdadeiro. Já Mateus ainda parece muito aprisionado e com muita dificuldade de libertar-se. É importante mencionar que as famílias de Fernando e Gustavo também foram mudando e se adequando às necessidades reais desses rapazes, enquanto que Mateus parece continuar muito sozinho, sem sustentação afetiva. Nesse momento considero importante lembrar, que segundo Winnicott, o processo de integração que se inicia exatamente depois do início da vida depende de dois conjuntos de experiências: o holding/handling e das intensas experiências instintivas que têm a tendência de “aglutinar a personalidade a partir de dentro” (WINNICOTT, 2000a, p. 224). Portanto, também parecem existir segundo este autor, aspectos que são inerentes à constituição de cada pessoa. Dessa forma, caminhando com Ferreira, M. C, (2006), o ambiente se faz fundamental, mas o potencial está na pessoa.

O desenvolvimento do verdadeiro *self* ficou muito deficiente nos três casos, mas nos relatos de Gustavo a vivência de um falso e de um verdadeiro *self* ficou muito evidente, e, por

isso, dediquei um núcleo temático a essa característica chamado: **O falso e o verdadeiro self...** Esse rapaz expressa claramente a cisão interna, a guerra interna: “*eu tô brigando comigo mesmo, então eu sou duas pessoas*”, que eu penso que seu verdadeiro *self* não estava tão oculto a ponto dele não se dar conta.

Acredito que o núcleo temático “**Uma mensagem...**”, em que cada rapaz é convidado a enviar uma mensagem, evidencia a evolução desses rapazes durante o tratamento e sua relação atual com a corporeidade. Para Mateus, ainda parece muito difícil a construção simbólica da realidade, o contato com seu ambiente interno, e, dessa forma, o corpo continua sendo seu refúgio, um objeto usado como uma ponte para a obtenção de um objeto externo. Já Fernando e Gustavo trazem um outro elemento bastante refinado: a percepção de si como uma pessoa total. Parece existir a integração psicossomática. Eles parecem em contato com o próprio potencial e ambiente interno, e, dessa forma, a percepção do outro como uma pessoa total também é possível.

8.3 Teatros do corpo

O objetivo dessa pesquisa era investigar o modo como o adolescente com transtorno alimentar está alojado em sua corporeidade. Para alcançar tal objetivo, investiguei como estes vivenciam o seu corpo e imagem corporal e como essa vivência influencia o início e evolução desses transtornos alimentares, o tratamento e sua participação no mesmo e como os familiares e profissionais de saúde (psicólogo, médico nutrólogo, nutricionista e psiquiatra), responsáveis por seu atendimento no GRATA, percebem a problemática dos participantes desta pesquisa em relação à corporeidade.

Depois de conhecer, compreender e apresentar mais profundamente a estória de cada caso, faz sentido demonstrar de forma mais esquemática as características encontradas a partir

dos relatos dos pacientes, dos familiares e da equipe quanto à forma que esses adolescentes vivenciam seu corpo e imagem corporal. Foi possível observar que os três casos usaram o corpo com um objeto para lidar com ausência muito dolorosa.

No caso de Mateus, a rejeição dos pais parece ter sido bastante concreta. Parece que ele não viveu essa experiência emocional com a mãe. Parece que falta de afeto e cuidado foi marcante nos primeiros meses na vida dele e Mateus não pôde experienciar um ambiente que favorecesse o seu desenvolvimento potencial. Quando foi morar com os avós continuou vivenciando um ambiente sem afeto, pois as provisões parecem ser apenas materiais. E ele sente essa falta terrivelmente, mas, ao invés de expressar essa dor, usa o mecanismo de defesa de negação, elegendo o corpo e o alimento como objetos que o ajudam a distanciar-se, cada vez mais, de seus sentimentos e angústias e também são uma forma de vingança ao ambiente externo.

Fernando parece ter vivenciado uma experiência oposta a de Mateus. No entanto, a presença de sua mãe parece permanente e, por isso, torna-se invasiva. A partir dos relatos, parece que Fernando não teve espaço para ser e desenvolver seu *self* potencial. Sua mãe desesperada para provê-lo de alimento, não consegue ajustar-se a seu ritmo. E Fernando cresce sempre aprisionado e dependente de sua mãe. Parece querer servi-la a todo custo e, assim, torna-se uma criança obesa, um adolescente que desenvolve uma doença muito grave e que o faz ainda mais dependente de sua mãe. Quando está praticamente se recuperando da mielite viral, desenvolve o transtorno alimentar. Parece que nesse momento seu *self* já não está agüentando mais e precisa gritar desesperadamente para ser. Assim como Mateus, Fernando parece eleger o corpo e o alimento como um objeto para lidar com a falta de um ambiente suficientemente bom.

Gustavo, quando bebê, chorava muito, tinha febre e vomitava. Parecia angustiado, raivoso e entupido por tantas emoções, que não tinha ainda recursos internos para

compreendê-las. Em uma maneira desesperadora de proteger-se do aniquilamento de si mesmo, Gustavo isola-se, se auto-flagela; perde o interesse pela vida, pelo alimento. Parece que ele carrega um peso muito grande dentro de si, uma culpa violentíssima. Precisa fazer penitência como Jesus. Precisa sentir que é bom, como Jesus. Em seu prontuário médico está escrito o seguinte relato, feito por Gustavo: “*odeio meus pais porque eles querem me por nessa prisão*”. Fico pensando, qual prisão? Será que Gustavo está apenas fazendo referência à internação? Parece-me que não, a prisão de Gustavo é mais profunda, os muros são mais altos e firmes, Gustavo sente-se preso dentro de si mesmo. E, assim, cada vez mais distante de seu mundo interno e suas emoções e angústias, em uma tentativa de defender-se de sentimentos tão sujos, Gustavo elege o corpo como um objeto que o protege de um mundo interno em erupção. Lembre-se leitor de que, por um período, Gustavo não conseguia engolir sua própria saliva. Quanto pavor de si mesmo e do outro.

Distanciando-me da singularidade de cada caso, e visando levar a uma reflexão para a compreensão de outros casos de homens com transtornos alimentares e sua relação com o corpo, foi possível observar as seguintes semelhanças entre os casos:

1) Uso do corpo como um objeto para substituir concretamente a ausência de um objeto faltante (ABADI, 1998).

2) Uso do corpo como uma fortaleza, que o protege de uma vivência de sentimentos tão angustiantes, como invasão, desamparo e solidão.

3) Uso do corpo como imagem para conquistar o olhar do outro. Precisando sempre estar se renovando para sentir que existe para o outro.

5) Uso do corpo como um grito desesperador por socorro.

4) Esses rapazes em uma vivência distanciada de si mesmo, conseguem apenas lidar com a concretude do corpo e acreditam que, ao alterar o corpo, atingirão a perfeição, e, como em um círculo vicioso, serão mais olhados e reconhecidos e, talvez, em suas fantasias,

finalmente amados. Caindo e se mantendo no vazio e se distanciando mais ainda dos seus sentimentos e do outro (COSTA, 2004). Dessa forma, ficando presos na concretude do corpo, em que pequenos defeitos corporais, vindos à luz narcisicamente, tornam-se os grandes vilões e, assim, é possível observar a vivência de constante preocupação e medo, como mencionada por Costa (2004), em relação a esses objetos parciais: as pelancas, a barriga, a coxa etc.

Considero importante ressaltar que esse uso do corpo parece uma expressão de pedido de ajuda. Esses rapazes, sem conseguir entrar em contato com suas emoções e seu eu potencial, elegeram o corpo como um palco para encenar suas dores e angústias, tentando evitar seu desmoronamento, seu aniquilamento, sua morte.

Caminhando com Abadi (1998, p. 150):

“é o triunfo da defesa, que protege a vida com o elevado custo de asfixiá-la ou aprisioná-la numa fortaleza. Sacrifício necessário de partes do ser para salvaguardar o que se possa, o original e verdadeiro, no lugar mais recôndito e secreto. Mesmo que esse tesouro escondido esteja condenado a não mais pode ser utilizado” .

No entanto, é preciso manter a esperança, mas não uma esperança delirante, e sim uma esperança real, pois, toda pessoa, como observado nos casos apresentados, que busca o tratamento, tem consigo a esperança de recuperar sua liberdade e desativar a doença que em algum momento de sua vida, escolheu como refúgio (ABADI, 1998).

Nesse sentido, apresento ao leitor o pensamento de Frota (2006). Para essa autora, que também trabalhou com a teoria de amadurecimento de Winnicott, a adolescência deve ser compreendida como um momento existencial que possibilite a reinstalação do si-mesmo. Assim como para Winnicott, a instalação do si mesmo é o nascimento psíquico do bebê e sua inauguração no ambiente externo, Frota (2006) propõe o entendimento da adolescência sadia propiciando a reinstalação do si mesmo. Como se fosse uma oportunidade de reinstalação do *self* potencial. O adolescente, segundo essa autora, busca descobrir-se e encontrar caminhos

que o levem ao contato de seu verdadeiro ser, às suas necessidades reais, àquilo que realmente conta.

Assim, é possível levantar a hipótese de que a vivência do transtorno alimentar e da relação “fetichizada” com o corpo e o alimento pode ser vista como um processo na busca por si mesmo.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espero que, para o leitor, ler esse trabalho tenha sido tão enriquecedor quanto, para mim, foi escrevê-lo. Posso dizer que foi um longo caminho, caminho este que se iniciou em 2005, quando comecei a trabalhar como voluntária no GRATA. Ao observar os atendimentos, as reuniões, a partir das longas conversas com o Professor Manoel Antônio dos Santos, pude começar a sonhar e a compor o que seria o projeto desse estudo.

Quando comecei a participar das disciplinas, inscrevi-me na disciplina sobre metodologia, lembro agora de ler sobre a abordagem qualitativa e suas características. Hoje, posso olhar para trás e confirmar como ler e experienciar são processos bastante diferentes. Posso agora compreender melhor a vastidão da pesquisa qualitativa e sua complexidade e o valor da experiência. O contato com os sujeitos, as notas de diário de campo, os vários caminhos trilhados até a escolha de um caminho, um olhar que fizesse sentido para mim.

Quantas angústias! Conversas, livros e textos lidos, horas e horas em frente do computador. Daqui alguns anos como será que sentirei ao ler essas linhas? Provavelmente olharei com olhos ainda mais abertos e contemplativos, mas que só puderam se desenvolver devido a esse processo criativo.

A mudança foi ocorrendo dentro de mim ao longo dessa pesquisa. Conforme fui realizando a coleta de dados e me adentrando mais profundamente no ambiente interno e externo desses rapazes, e, a partir da leitura e compreensão, ainda que em formação, da complexa teoria do amadurecimento de Winnicott, percebi-me vivenciando uma mudança interna e compreendendo que seria muito difícil investigar a forma que esses rapazes vivenciam sua corporeidade sem compreender a forma que eles experienciaram sua primeira relação de amor. Ficou muito difícil, para mim, separar a experiência concreta do corpo, da

experiência subjetiva. A minha iluminação, a partir dessa vivência, foi o entendimento de que a minha dificuldade em falar sobre a corporeidade de uma forma tão concreta se encontrou no sentido de que, fui me dando conta, ao longo desse processo, de que a corporeidade está entre, está nas relações consigo mesmo e com o outro.

Por isso, precisei apresentar na forma de narrativa a estória familiar dos três rapazes para chegar à corporeidade. Posso dizer que não foi fácil devido à complexidade e profundidade do tema tratado.

Espero ter conseguido expressar os pensamentos e emoções que foram surgindo dentro de mim, enriquecendo meu conteúdo interno, fazendo-me amadurecer e expandir minha consciência no decorrer desta pesquisa. Espero, também, que essa leitura abra caminhos para novos olhares, reflexões, e, especialmente, experiências emocionais.

REFERÊNCIAS⁹

ABADI, S. **Transições**: o modelo terapêutico de D. W. Winnicott. Tradução Laila Yazigi de Massuh. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 233p.

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Tradução Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 305p.

APA. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - texto revisado**. 4. ed. Tradução Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, p. 555- 565, 2002.

ANDERSEN, A. E. Anorexia nervosa and bulimia in adolescents males. **Pediatric Annals**. New York, n. 13, p. 901-907, 1984.

_____. **Males with eating disorders**. Brunner/Mazel: New York, 1990a. 264p.

_____. Diagnosis and treatment of males with eating disorders. In: ANDERSEN, A. E. (Ed.). **Males with eating disorders**. New York: Brunner/Mazel, 1990b. p. 133-162.

_____. Males with eating disorders. In: YAGER, J.; GWIRTSMAN, H. E.; EDELSTEIN C. K. (Eds.). **Special problems in managing eating disorders**. Washington: American Psychiatric Press, 1992. p. 87-118.

_____. Eating disorders in gay males. **Psychiatric Annals**. Charles Slack, n. 29, p. 206-212, 1999.

ANDERSEN, A. E; HOLMAN, J. E. Males with eating disorders: challenges for treatment and research. **Psychopharmacology Bulletin**. Iowa, v. 33, n. 3, p. 391-397, 1997.

ANDERSEN, A. E.; COHN, L.; HOLBROOK, T. **Making weight**: men's conflicts with food, weight, shape & appearance. Carlsbad: Gurze Books, 2000. 256p.

⁹ De acordo com: Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023. Diretrizes para apresentação de dissertação e teses da USP: documento eletrônico e impresso. Vânia M. B de Oliveira et al. (Coord.) São Paulo: SIBi/USP, 2004.

ANDERSEN, A. E.; WATSON, T.; SCHLECHTE, J. Osteoporosis and osteopenia in men with eating disorders. **The Lancet**. Reino Unido: Lancet Publishing Group, n. 335, p. 1967-1968, 2000.

ANDRADE, C. D. **Corpo**. Rio de Janeiro: Record, 2004, p.13.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.

BEHAR, R.; DE LA BARRERA, M.; MICHELOTTI, J. Femininity, masculinity, androgyny and eating behaviors. **Revista Médica de Chile**. Santiago, v. 130 , n. 9, p. 964-975, 2002.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Pesquisa em Psicologia: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: BIASOLI-ALVES, Z. M. M; ROMANELI, G. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis-Summa, 1998, p. 135-157

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Tradução Maria João Alvarez; Sara Bahia dos Santos; Telmo Mourinho Baptista. Porto: Editora Porto, 1997. 335p.

BORGES, N. J. B. G.; SICCHIERI, J. M. F.; RIBEIRO, R. P. P.; MARCHINI, J. S.; SANTOS, J. E. Transtornos alimentares: quadro clínico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006.

BRAMON-BOSCH, E.; TROOP, N. A.; TREASURE, J. L. Eating disorders in males: a comparison with females patients. **European Eating Disorders Review**. West Sussex, v. 4, n. 8, p. 321-328, 2000.

BRAUN, D. L.; SUNDAY, H. A.; HALMI, K. A. More males seek treatment for eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**. New York, v. 25, n. 4, p. 415-24, 1999.

BRUCH, H. **Eating disorders**: obesity, anorexia nervosa and person within. New York: Basic Books, 1973. 389 p.

_____. **The golden cage**. The enigma of anorexia nervosa. Harvard: Harvard University Press, 2001. 150p.

BUSSE, S. R; SILVA, B. L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R. (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. São Paulo: Manole, 2004. p. 31-110.

BORNEILH, G. In: CAMPBELL, J. **O poder do mito**. Tradução Carlos Felipe Moisés. São Paulo: Palas Athena, 1990, p. 195.

CARLAT, D. J.; CAMARGO, C. A. Review of bulimia nervosa in males. **American Journal of Psychiatry**. Arlington, v. 148, n. 7, p. 831-843, 1991.

CARLAT, D. J.; CAMARGO, C. A.; HERZOG, D. B. Eating disorders in males: a report on 135 patients. **American Journal of Psychiatry**. Arlington, v. 154, n. 8, p. 1127-1132, 1997.

COPPERMAN, J. **Eating disorders in the UK**: a review of the provision of health care services for men with eating disorders. London: Eating Disorders Association, 2000. 27p.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004.

COSTA, J. F. **Sem fraude nem favor**: estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco; 1998. 221p.

_____. **O vestígio e a aura**: o corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond; 2004. 242p.

CRISP, A. H.; KALUCY, R. S.; PALMER, R. L. How common is anorexia nervosa? A prevalence study. **British Journal of Psychiatry**. London, n. 128, p. 549-54, 1976.

CRISP, A. H.; BURNS, T.; BHAT, A. V. Primary anorexia nervosa in the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. **British Journal of Medical Psychology**. London, n. 59, 123-132, 1986.

CRISP, A. H.; BURNS, A. V. Outcome of anorexia nervosa in males. In: ANDERSEN, A. E. (Ed.). **Males with eating disorders**. New York: Brunner/Mazel, 1990, p. 163-186.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 271 p.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Porter/Novelli, 1994. 97p.

DELEUZE, G. Nietzsche. Tradução Campos. Lisboa: Edições 70, 1994. p. 17-18

DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. **Métodos e técnicas cualitativas de investigación em ciências sociales**. Madrid: Síntesis. 1995. 669p.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction entering the field of qualitative research. In: _____. (Eds.). **Handbook of Qualitative Research**. California: Sage, 1998. p. 1-17.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003. 339p.

DOYLE, J.; BRYANT-WAUGH, R. Epidemiology. In: LASK, B; BRYANT-WAUGH, R. (Eds.). **Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence**. 2^a ed. East Sussex: Psychology Press, 2000, p. 41-61.

ELIOT, A. O.; BAKER, C. W. Eating disordered adolescent males. **Adolescence**. San Diego, v. 36, n. 143, p. 535-543, 2001.

FACCHINI, M. La imagen corporal en la adolescencia: es un tema de varones? **Archivos Argentinos de Pediatría**. Buenos Aires, v. 104, n. 2, p. 177-184, 2006.

FARRELL, E. **Lost for words: the psychoanalysis of anorexia and bulimia**. London, 1998. Disponível em <<http://www.human-nature.com/farrell>>. Acesso em: 2 de mar. 2005.

FARROW, J. A. The adolescent male with an eating disorder. **Pediatric Annals**. New York, v. 21, n. 11, p. 769-74, 1992.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário básico da língua portuguesa Folha/Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1988. 687 p.

FERREIRA, M. C. **Encontrando a criança adotiva: um passeio pelo imaginário coletivo de professores à luz da psicanálise**. 2006. 299p. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Campinas, 2006.

FISHER, M.; GOLDEN, N.; KATZMAN, D. K.; KREIPE, R. E.; REES, J.; SCHEBENDACH, J.; SIGMAN, G.; AMMERMAN, S.; HOBERMAN, H. M. Eating disorders in adolescents: a background paper. **Journal of Adolescent Health**. New York, v. 16, n. 6, p. 420-437, 1995.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: versão 2.0. Tradução Imago. Rio de Janeiro: Imago. CD-Rom. v. 14. 1905. Não paginado.

FROTA, A. M. A reinstalação do si-mesmo: uma compreensão fenomenológica da adolescência à luz da teoria do amadurecimento de Winnicott. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 2, n. 14, p. 51-66, 2006.

GARNER, D. M.; OLMSTEAD, M. P.; POLIVY, J. Development and validation of a multi-dimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. **International Journal of Eating Disorders**. Wiley, n. 2, p. 15-34, 1983.

GARNER, D.M; GARFINKEL, P.E. Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications . **International Journal of Psychiatry Medicine**, Baywood, v. 11, n. 3, p. 263-84, 1981.

GEIST, R.; HEINMAA, M.; KATZMAN, D.; STEPHENS, D. A comparison of male and female adolescents referred to an eating disorder program. **Canadian Journal of Psychiatry**. Ottawa, n. 44, p. 374-377, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas S.A. 1999, 206p.

GORGATI. S. B.; HOLCBERG, A. S.; OLIVEIRA, M. D. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 44-48, 2002.

GRANDO, L. H; ROLIM, M. A. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 989-995, 2005.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1998. 302p.

GUARIGLIA, F.; BENTO, S. F.; HARDY, E. Adolescentes como voluntários de pesquisa e consentimento livre e esclarecido: conhecimento e opinião de pesquisadores e jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 53- 62, 2006.

HERZOG, D. B.; BRADBURN, I. S.; NEWMAN, K. Sexuality in Males with eating disorders. In: ANDERSEN, A. E. (Ed.). **Males with eating disorders**. New York: Brunner/Mazel, 1990. p. 40-53.

KAUFMAN, A. Transtornos alimentares em homens. São Paulo, s/d. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/prato/biblioteca/arthur1.htm>>. Acesso em: 24 de abr. 2006.

KHAN, M. M. R. Introdução. In: Winnicott, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Tradução Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 11-54.

KEARNEY-COOKE, A.; STEICHEN-ASCH, P. Men, body image and eating disorders. In: ANDERSEN, A. E. (Ed.). **Males with eating disorders**. New York: Brunner/Mazel, 1990, p. 54-74.

LEWINSOHN, P. M.; SEELEY, J. R.; MOERK, K. C.; STRIEGEL-MOORE, R. H. Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. **International Journal of Eating Disorders**. Wiley, v. 32, p. 426-440, 2002.

LISPECTOR, C. **Aprendendo a viver**. Rio de Janeiro: Rocco, 2004, p. 41-42.

MANGWETH, B.; POPE, J. R.; KEMMLER, G.; EBENBICHLER, C.; HAUSMANN, A.; DE COL, C.; KREUTNER, B.; KINZL, J.; BIEBL, W. Body image and psychopathology in bodybuilders. **Psychotherapy and psychosomatics**. Karger, v. 70, n. 1, p. 38-43, 2001.

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 194p.

MELIN, P.; ARAÚJO, A. M. Transtornos alimentares em Homens: um desafio Diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 24, p.73-6, 2002. Suplemento III.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 269p.

MIRANDA, M. R. O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes. **Revista Brasileira de Psicanálise**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 315, 2004.

MISHIMA, F. K. T. M. **Investigação das características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais**. 2007. 254 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MODAM-MOSES, D.; YAROSLAVSKY, A.; NOVIKOV, I.; SEGEV, S.; TOLEDANO, A.; MITERANY, E.; STEIN, D. Stunting of growth as a major feature of anorexia nervosa in males adolescents. **Pediatrics**. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, v. 111, n. 2, p. 270-276, 2003.

MORGAN, C. D.; MARSH, C. Bulimia nervosa in an elderly male: a case report. **International Journal of Eating Disorders**. Wiley, v. 39, n. 2, p. 170-171, 2006.

MORGAN, C. M.; NEGRÃO, A. B.; VECCHIATTI, I. R. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 18-23, 2002.

MUISE, A. M.; STEIN, D.G.; ARBESS, G. Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. **The Journal of Adolescent Health**. New York, v. 33, n. 6 p. 427 - 435

NATENSHON, A. H. How I practice: empowering parents through their child's eating disorder recovery. **Eating Disorders**. London, n. 9, p. 75-80, 2001.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 173-177.

PACCOLA, A. T. F. Escuta do psiquiatra: sinais e sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, 2006, p. 349-352

PERES, R. S.; SANTOS, M.A. Sobre a utilização de estudos de caso na pesquisa científica e na prática profissional em Psicologia. In: SIMON, C. P.; MELO-SILVA, L.L.; SANTOS, M.A. (orgs). **Formação em Psicologia**: desafios da diversidade na pesquisa e na prática. São Paulo: Vetor, 2005, p. 93-106.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. **A exclusão do afeto e a alienação do corpo**. São Paulo: Vetor Editora, 2006. 322 p.

PESSOA, F. Como é por dentro outra pessoa. (s.d). Disponível em: <<http://www.casadobruzo.com.br/poesia/f/pessoa49.htm>>. Acesso em: 5 de mai. 2008.

POPE, H. G.; HUDSON, J. I.; JONAS, J. M. Bulimia in men: a series of fifteen cases. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. United States: Lippincott Williams & Wilkins, v. 174, n. 117, p. 167-176, 1986.

POPE, H. G. Jr.; OLIVARDIA, R; HUDSON, J. I. Muscle Dismorfia in Males weight- lifters, a case control. **American Journal of Psychiatry**. Arlington, v. 157, n. 8, p. 1291-1296, 2000.

POPE, H. G. Jr.; PHILLIPS, K. A.; OLIVARDIA, R. **The Adonis Complex**. The secret crisis of male obsession. New York: The Free Press, 2000. 287p.

REISS, R. W. Beleza: usos e abusos. In: CORDÁS, T. A. (Org.). **Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença**. Anorexia, bulimia, obesidade. São Paulo, SP: Maltese, 1993. p. 11-119.

RIBEIRO, R. P.; SANTOS, J. E.; SANTOS, P. C. M. Como diagnosticar e tratar anorexia nervosa e bulimia. **Revista Brasileira de Medicina**. Rio de Janeiro, n. 47, (edição especial), p. 155-169, 1990.

ROBINSON, P. H.; HOLDEN, N. L. Bulimia nervosa in the male: a report of nine cases. **Psychological Medicine**. London Cambridge University Press, v. 16, n. 4, p. 795-803, 1986.

ROSA, J. G. **Grande sertão veredas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1956. 594p.

SAFRA, G. **A face estética do self: teoria e clínica**. São Paulo: Unimarco, 2004. 174p.

_____. **Winnicott e a corporeidade**: a dimensão estética, a linguagem do corpo e o setting terapêutico. Curso ministrado pelo professor Gilberto Safra no Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo. São Paulo: Sobornost, 2006. 2 DVDs (146 minutos).

SANTOS, S. B. Um discurso sobre as Ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos Avançados**, v. 2, n. 2, p.46-71, 1988.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. Tradução Rosanne Wertman. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 405p.

SCHMIDT, M. Eating disorders in males. 1998. Disponível em <<http://www.umm.maine.edu/resources/beharchive/bexstudents/MichelleSchmidt/msbsiaproject.htm>>. Acesso em: 24 set. 2006.

SCHNEIDER, J. A.; AGRAS, W. S. Bulimia in males: a matched comparison with females. **International Journal of Eating Disorders**. Wiley, n. 6, p. 235-242, 1987.

SILVERMAN, J. A. Anorexia nervosa in the male: early historic cases. In: ANDERSEN, A. E. (Ed.). **Males with eating disorders**. New York: Brunner/Mazel, 1990. p. 3-8.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Handbook of Qualitative Research Thousand Oaks**. 2. ed. London: Sage Publications, 1994. p. 236-247.

SZMUKLER, G.I.; MCCANCE, C.; MCCRONER, L.; HUNTER, D. Anorexia nervosa: a psychiatry case register study from Aberdeen. **Psychological Medicine**. London, v. 16, n. 1, p. 49-58, 1986.

VALLES, M.S. **Técnicas cualitativas de investigación social**: Reflexion metodológica y práctica profesional. Madrid: Ed. Síntesis Sociología, 1997. 430p.

VAN KOLCK, O. L. **Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico**. Temas Básicos de Psicologia, v. 5. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1984. 101p.

WHITNEY, J.; MURRAY, J.; GAVAN, K.; TODD, GILL.; WHITAKER, W.; TREASURE, J. Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. **The British Journal of Psychiatry**, 187, 444-449, 2005.

WILLI, J.; GIACOMETTI, G.; LIMACHER, B. Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, v. 147, n. 11, p. 1515-1517, 1990

WILPS, R. F. Jr. Male bulimia nervosa: an autobiographical case study. In: ANDERSEN, A. E. (Ed.). **Males with eating disorders**. New York: Brunner/Mazel, 1990. p. 9-29.

WINNICOTT, D. W. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: _____. **O brincar e a realidade**. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 153- 162.

_____. A capacidade de estar só. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983a. p. 31-37.

_____. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983b. p. 128-139.

_____. Estabelecimento da relação com a realidade externa. In: _____. **Natureza humana**. Tradução Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 120-135.

_____. Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. **Da pediatria à psicanálise.** Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000a. p. 218-232.

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. **Da pediatria à psicanálise.** Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000b. p. 316-331.

_____. O apetite e os problemas emocionais. In: _____. **Da pediatria à psicanálise.** Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000c. p. 91-111.

_____. A mente e sua relação com o psicossoma. In: _____. **Da pediatria à psicanálise.** Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000d. p. 332-346.

_____. O conceito de indivíduo saudável. In: _____. **Tudo começa em casa.** Tradução Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 282p.

WOODSIDE, D. B.; GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E.; ROCKERT, W. Eating disorders in males: insights from a clinical and psychometric comparison with female patients. In: ANDERSEN, A. E. (Ed.). **Males with eating disorders.** New York: Brunner/Mazel, 1990. p. 100-115.

YAGER, J.; KURTZMAN, F.; LANDSVERK, J.; WIESMEIER, E. Behaviors and attitudes related to eating disorders in homosexual male college students. **American Journal of Psychiatry.** Arlington, n. 145, p. 495-497, 1988.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

ZELMAN, K. **More men developing eating disorders:** researchers say men face growing pressures for “perfection”. St. Louis, 2005. Disponível em < <http://www.medscape.com/viewarticle/515392> >. Acesso em: 10 de abr. 2005.

ZIMERMAN, D. E. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise.** Porto Alegre: Artmed, 2001. 459p.

ANEXOS A, B, C, D, E, F, G, H, I (255-304)

- A-** Declaração do Chefe do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- B-** Declaração do coordenador do Ambulatório de Nutrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- C-** Aprovação do comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- D-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais ou responsáveis de pacientes com idade inferior a 21 anos.
- E-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes (pacientes e ex pacientes).
- F-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para familiares ou acompanhantes.
- G-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde.
- H-** Roteiros de Entrevistas semi - estruturadas
- I-** Transcrição das Entrevistas (271-304)

ANEXO H

Roteiros de Entrevistas Semi-estruturadas

Rapport:

Como já foi colocado para você, através dessa entrevista, eu poderei conhecer um pouco melhor qual é a vivência que o paciente tem acerca de seu corpo. A nossa conversa durará em torno de uma hora. Todas as informações colhidas serão mantidas em sigilo, no entanto, sinta-se a vontade em não responder alguma pergunta que possa incomodá-lo. Como informei antes, a entrevista será gravada. Assim, terei mais certeza de que não perdi nada do que me disser. Tudo bem? Gostaria de me perguntar algo? Podemos começar?

Roteiro de entrevista com o paciente:

Dados de identificação: idade, procedência, religião, trabalho, estudo. Com quem mora.

Relacionamento com mãe, pai e irmãos. Infância, adolescência. Razão da procura pelo Hospital das Clínicas.

Conte-me como você se sente em relação a seu corpo, forma, peso?

Como você se vê quando se olha no espelho? Como você se sente?

Existe um ideal de corpo para você? Qual? Você faz ou já fez algo para atingir esse ideal?

Isso de alguma forma influenciou na evolução da anorexia e/ou bulimia nervosas?

Conte-me um pouco como e quando os sintomas começaram a aparecer e por quê?

Conte-me um pouco sobre o tratamento, como é isso para você? Como é para você ouvir as recomendações da equipe de saúde (nutricionista, nutrólogo, psicólogo e psiquiatra)? Como você se sente? Pensando no seu ideal de corpo e nas recomendações da equipe de saúde para se manter saudável, como você se sente?

Você tem alguma dificuldade atualmente? Qual? Algum medo? Alguma preocupação?

Quais são seus maiores desejos atualmente? Está fazendo algo para poder realizá-los?

Roteiro de entrevista com o familiar ou acompanhante:

Como foi engravidar? Infância.

Como você vê seu filho atualmente?

Seu filho apresenta alguma preocupação em relação ao corpo (forma, peso) atualmente?

Do que ele se queixa acerca de seu próprio corpo?

Existe algum tipo de imagem de corpo que ele expressa desejo de alcançar?

De que forma você acha que ele se vê, percebe seu próprio corpo?

Você acha que isso influenciou no começo e evolução da anorexia e/ou bulimia nervosas? De que forma? Na sua visão, como foi o começo e a evolução do problema, conte-me um pouco sobre isso.

O que ele expressa sobre o desejo de atingir a imagem de corpo ideal? Você acha que isso influencia no tratamento? Como?

Seu filho tem alguma dificuldade atualmente, qual?

Roteiro de entrevista com nutricionista/ médico nutrólogo, psiquiatra e psicóloga responsável:

Do que o paciente se queixa acerca de seu próprio corpo (forma, peso)? Existe algum tipo de imagem corporal que ele expressa desejo de ser igual?

De que forma ele expressa que vê a si próprio?

Você acha que isso influenciou no começo e evolução da anorexia e/ou bulimia nervosas? De que forma?

E como esse ideal de imagem corporal influencia no tratamento? O que ele expressa sobre esse dois pólos: o desejo de atingir a imagem corporal ideal e o tratamento que busca respeitar o esquema corporal?

Situação da Entrevista:

Entrevistadora:

Data:

Local:

Duração:

Observações: