UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

MARISOL MARINI

DIÁRIO DE PESO –
Saberes e Experiências sobre os *Transtornos Alimentares*

VERSÃO REVISADA

V. 1

SÃO PAULO
2013

Marisol Marini

DIÁRIO DE PESO –

Saberes e Experiências sobre os *Transtornos Alimentares*

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Antropologia, sob orientação da Profa. Dra. Heloísa Buarque de Almeida

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Heloísa Buarque de Almeida (orientadora) – USP/ FFLCH

Profa. Dra. Jane Araujo Russo (titular) – UERJ/ IMS

Profa. Dra. Heloísa André Pontes (titular) – UNICAMP/ IFCH

Prof. Dr. Júlio Assis Simões (suplente) – USP/ FFLCH

Profa. Dra. Martha Celia Ramírez-Gálvez (suplente) – UEL/ CCH

Profa. Dra. Laura Moutinho (suplente) – USP/ FFLCH

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

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

Md Marini, Marisol
 Diário de peso - Saberes e Experiências sobre os
Transtornos Alimentares / Marisol Marini ;
Orientadora Heloísa Almeida. - São Paulo, 2012.
255 f.

 Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia,
Letras e Ciências Humanas da Universidade de São
Paulo. Departamento de Antropologia. Área de
concentração: Antropologia Social.

 1. Antropologia Social. 2. Antropologia da saúde.
3. Antropologia do corpo. 4. Transtornos
Alimentares. 5. Psicanálise. I. Almeida, Heloísa,
orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

As palavras inaugurais dessa dissertação – e as últimas a serem escritas – são destinadas aos agradecimentos, onde expresso minha gratidão a todos àqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para o trabalho realizado ao longo de todo o processo do mestrado, iniciado, no entanto, anteriormente.

Agradeço aos meus pais, Lúcia e Marcos, aos meus irmãos, Marlon e Marcel, e minhas cunhadas, Paula e Ana, pelo apoio, respeito e paciência.

Agradeço ao Guilherme Wanke, que esteve firmemente ao meu lado e com quem compartilhei momentos de angústias, descobertas, aventuras e alegrias, parte das agruras desse processo. Sou grata por ter suportado e me apoiado com seu amor, além da paciência diante das crises, acolhidas sempre com ouvidos e coração abertos.

Aos amigos que estiveram próximo, especialmente Luiza, Luciano, Samantha, Rodrigo, Ângela, Luciana, Tássia (além de outros, que estão mais afastados, mas que marcam minha existência de maneira essencial) e aos mais recentes, Juliana e Gilson, que a vida inesperadamente aproximou.

Ao meu analista – fruto do processo dessa pesquisa – pela realização do seu trabalho.

À minha querida orientadora, Heloísa Buarque de Almeida, sempre muito atenciosa, cuja sabedoria, paciência e confiança foram fundamentais para a realização desse trabalho. Além da orientação acadêmica e intelectual devo ressaltar a importância do seu acolhimento, especialmente nos momentos críticos, possibilitando-me criar forças para continuar e acreditar que seria possível.

Aos professores Heloísa André Pontes e Júlio Assis Simões que participaram do exame de qualificação, contribuindo categoricamente com o andamento dessa pesquisa.

A cada um dos colegas do PPGAS, especialmente àqueles com quem tive maior contato e cujas reflexões me enriqueceram, bem como àqueles com os quais compartilhei cafés, cervejas, reflexões e angústias, entre eles especialmente à Adriana Taets, por sua atenciosa leitura.

Àquelas com quem compartilhei (além de tudo) orientação, entre elas especialmente Maíra Volpe, Marcella Betti, Michele Escoura e Renata Mourão, com quem estabeleci diálogo e que contribuíram com suas atenciosas leituras e sugestões em diversos momentos.

Aos membros do Numas (Núcleo de Estudos sobre Marcadores Sociais da Diferença), com quem estabeleci contato além de acadêmico, pessoal, e ao lado dos quais participei da organização das produtivas reuniões do grupo, entre eles especialmente Bruno Cesar Barbosa, Gustavo Saggese, Natália Lago, Pedro Lopes e Ramon Reis.

Aos membros da Revista Cadernos de Campo (comissão de 2010, da qual fiz parte) com os quais ampliei minha vida acadêmica e estabeleci importantes laços, borrando as fronteiras entre as afinidades teórico-intelectuais e pessoais.

A cada um dos professores do PPGAS por contribuírem com minha formação.

Aos funcionários do departamento e da faculdade.

Às minhas interlocutoras, entre elas as psicanalistas e as *pacientes*, cujos nomes não serão aqui citados, na tentativa de preservar suas identidades, mas com esperança de que cada uma delas saiba o quanto foi importante para mim a abertura e contatos permitidos, algumas vezes extrapolando os limites da pesquisa e da ciência. Agradeço pela disposição e carinho com que fui recebida ao longo de praticamente todas às quartas-feiras dos últimos dois anos, por isso espero conseguir apresentá-las e fazer jus ao importante trabalho realizado.

E, finalmente, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, por tornar possível a realização e concretização dessa pesquisa.

Dedico esse trabalho a todos àqueles que, à sua maneira, possibilitaram sua realização e àqueles que, bravamente, percorrerão as páginas a seguir, resultantes de um intenso processo de formação, combinado a um vívido processo de crescimento pessoal.

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo compreender os diversos saberes a respeito dos *transtornos alimentares*, bem como as experiências de sujeitos com *anorexia e bulimia*. Trata-se, portanto, de compreender as concepções e práticas biomédicas, nutricionais e psicanalíticas, contextualizando essas patologias e mapeando o “campo” institucional a partir do recorte etnográfico. Interessa investigar como tais sujeitos experimentam seus corpos e tais *transtornos*, quais os significados e sentidos do corpo e como incorporam (ou não) o discurso biomédico e midiático sobre a *anorexia e bulimia*, além de investigar as “demandas da cultura”, os ideais vigentes, as imagens de beleza e padrões valorizados, as práticas culturais, seus efeitos sobre os modos de experienciar o corpo e as formas de subjetivação.

Para tanto, a pesquisa de campo foi realizada em uma instituição psicanalítica, na qual pude acompanhar as atividades realizadas pelas psicanalistas, especializadas em *transtornos alimentares*. O contato com essa instituição possibilitou-me não somente acesso aos saberes psicanalíticos, como também psiquiátricos e nutricionais, na medida em que os *transtornos alimentares* são tidos como distúrbio psiquiátrico, cujo modelo mais aceito de explicação é aquele que considera as múltiplas causas, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, o que justifica a abordagem multidisciplinar. Além disso, por intermédio dessa instituição também tive acesso às *pacientes*, a partir das quais procuro refletir sobre a constituição do corpo e subjetivação, aproximando-as das narrativas dos blogs *Pró-Anna e Mia*, movimento que considera a *anorexia e bulimia* estilos de vida, e não patologias. Desse modo, procurarei compor o amplo fenômeno referente aos *transtornos alimentares*, ideais de beleza, saúde e cuidados de si vigentes.

ABSTRACT

This present essay aims to understand the different knowledge about *eating disorders*, as well the experiences of individuals with *anorexia and bulimia*. It's objective is, therefore, to understand the biomedical, nutritional and psychoanalytical concepts and practices legitimized, contextualizing these diseases and mapping the "field" from ethnographic institution, to investigate how these individuals experience their bodies and these disorders, which are the meanings and senses of their bodies and how they incorporate (or not) the medical and media speech about these *disorders*, and investigate the "demands of culture", the ideals, images of beauty and valued patterns, cultural practices, their effects on the ways of experiencing the body and forms of subjectivity.

In this way, the field research was conducted in a psychoanalytic institution, where I could follow the activities carried out by psychoanalysts of the institution, specialized in *eating disorders*. The contact with this institution allowed me not only the access to psychoanalytic knowledge, as well as psychiatry and nutrition, to the extent that eating disorders are considered psychiatric disorders, in which the most widely accepted explanation is one that considers the multiple causes, including biological, psychological and socio-cultural factors, which justifies the multidisciplinary approach. Furthermore, through this institution I also had access to *patients*, from whom I try to reflect about the constitution of the body and subjectivity, approaching that to the narratives of Pro-Anna e Mia blogs, a movement that considers *anorexia and bulimia* lifestyles, and not pathologies. Thus, try to compose the broad phenomenon related to *eating disorders*, ideals of beauty, health care and other regulations.

SUMÁRIO

ABERTURA	1
INTRODUÇÃO	4
Entre políticas e fenômenos sociais e a busca da individualidade	7
Corpo, padrões de beleza e ideais sociais	15
I. O CONTEXTO ETNOGRÁFICO	
1.1. Uma “experimentação científica” – a tentativa de capturar o que se passa no <i>setting</i> psicanalítico	21
1.2. Protagonistas da etnografia – inserção e caracterização da instituição	32
1.3. O “campo” no qual a instituição está inserida	39
1.4. Efeitos do diagnóstico e do “discurso médico” no discurso das <i>pacientes</i>	45
1.5. Algumas trajetórias	53
II. DIETAS EM EXCESSO COMO <i>SINTOMA</i> – ALGUMAS CONCEPÇÕES SOBRE OS <i>TRANSTORNOS ALIMENTARES</i>	
2.1. Os critérios de diagnóstico, seus problemas, impasses e negociações	69
2.2. “Nem toda dieta resulta em transtorno alimentar, mas todo transtorno alimentar começa com uma dieta”	78
2.3. “Doença é um azarão”	82
2.4. Patologia antiga ou revisitada? Da <i>histeria</i> à <i>anorexia</i>	85
2.5. Importantes concepções psicanalíticas e as diferentes abordagens.....	91
2.6. <i>Individuação, investimento libidinal, unidade fusional</i> e outros “psiquismos”	101
2.7. Tratamento e adequações da técnica psicanalítica	108
2.8. Entre “uma boca que pouco come, um psiquismo que pouco elabora” e uma “fome de boi”	116

III. “QUANTO MAIS VOCÊ EMAGRECE, MAIS QUER EMAGRECER” – VIVÊNCIAS COM *TRANSTORNOS ALIMENTARES* E OS EFEITOS DAS INSTITUIÇÕES NA CONSTITUIÇÃO DE SI E DA SUBJETIVIDADE

3.1. Breves trajetórias – os fatores entendidos como desencadeantes dos <i>transtornos alimentares</i>	123
3.2. Efeitos do diagnóstico e a relação com as categorias e técnicas biomédicas e psicanalíticas...	143
3.3. A constituição de gostos e preferências, ou como o <i>transtorno</i> transforma-se em hábitos, que se transformam em gostos	163
3.4. A percepção do sofrimento gerado pelas práticas e relação com o corpo	171
3.5. “Artistas da fome”	178

IV. “CULTIVANDO BORBOLETAS NO ESTÔMAGO” – A TÊNUE FRONTEIRA ENTRE COMPORTAMENTOS CONSIDERADOS *NORMAIS E PATOLÓGICOS*

4.1. As conflitantes visões entre o que é considerado do ponto de vista dos saberes biomédicos “perturbações físico-morais” e “estilos de vida” do ponto de vista do movimento do movimento <i>Pró-Anna e Mia</i>	182
4.2. Pequeno (e interessado) panorama das <i>disciplinas alimentares</i>	189
4.3. As diversas dietas promovidas por revistas femininas e seu alcance	194
4.4. “Eu só quero ser perfeita” – sobre os padrões e imagens de beleza	202

CONSIDERAÇÕES FINAIS	228
----------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	234
--------------------	-----

Anexo I - Critério de classificação econômica Brasil	241
--	-----

Anexo II - Questionários do blog #Bella #Mia	245
--	-----

Até cortar os defeitos pode ser perigoso - nunca se sabe qual o defeito que sustenta
nosso edifício inteiro.

Clarice Lispector (1947, Berna - Suíça /Carta à irmã)

Mesmo se a doença é sortilégio, encantamento, possessão demoníaca, pode-se ter a
esperança de vencê-la. Basta pensar que a doença atinge o homem para quem nem
toda esperança esteja perdida. (Canguilhem, 1990)

ABERTURA

(...) mergulhei por inteiro, direto, na idéia de que, então - mas seria possível? – eu não conhecia bem nem mesmo meu próprio corpo, as coisas que mais intimamente me pertenciam: o nariz, as orelhas, as mãos, as pernas. (...) Assim começou o meu mal. (PIRANDELLO, 2001, p.22)

Vitangelo Moscarda, anti-herói do livro *Um, nenhum e cem mil*, de Luigi Pirandello, tem uma crise identitária deflagrada em sua trajetória, provocada por um comentário de sua mulher a respeito de seu nariz, o que o faz perceber que não conhecia bem nem mesmo o próprio corpo. Ao descobrir que seu nariz pendia um pouco para a direita – o que implicava em não se conhecer, não saber quem era – fixou-se na ideia de que não era para os outros aquilo que até agora, dentro dele, havia imaginado que fosse. Assim, percebeu que não poderia, vivendo, representar a si mesmo nos atos de sua vida e ver-se como os outros o viam, não era possível colocar-se diante de seu corpo e vê-lo como se fosse o de outro. Aquele que ele imaginava ser simplesmente não existia:

E desde então me fixei neste propósito desesperado: de perseguir aquele estranho que estava em mim e que me escapava, que eu não podia fixar diante de um espelho porque logo se transformava em mim tal como eu me conhecia - aquele um que vivia pelos outros e que eu não podia conhecer, que os outros viam vivendo, e eu não. Também eu queria vê-lo e conhecê-lo tal como os outros o viam e conheciam. (PIRANDELLO, 2001, p.31)

Um simples evento, um comentário sobre seu nariz, desencadeia uma profunda crise em Moscarda, uma busca incessante e obsessiva por sua identidade. Elegi esse personagem para abrir minha reflexão, pois ainda que seja um personagem apresentado ao mundo em 1925, é inovador para sua época e seu contexto pré-psicanalítico, antecipando elementos posteriormente conceituados por Freud como os conceitos de *ego*, *id* e *superego*. Além disso, o conflito do personagem pode ser, em certa medida, aproximado à questão presente nos *transtornos alimentares* relativa à dificuldade de reconhecimento do próprio corpo ou de identificação e enquadramento ao ideal social.

Moscarda nos permite refletir sobre os fatores capazes de desencadear uma crise, os “gatilhos” que podem disparar reflexões e uma busca, no limite, pela própria identidade e identificação, numa tentativa de ajuste aos parâmetros sociais tidos como convencionais. Ele nos faz pensar, também, se, num certo limite, a visão interna de um sujeito sobre seu corpo se diferencia da visão externa, ou seja, se a visão “daqui pra cá” – a percepção interna que temos de nós mesmos – pode variar da visão “daqui pra cá” – a visão externa, do outro sobre nós. A expressão “daqui pra cá” foi utilizada por uma das interlocutoras dessa pesquisa (que será apresentada no terceiro capítulo) para se referir à diferença entre a visão interna e externa. Ela utiliza a mesma expressão em diferentes locuções, para dizer coisas distintas, nas quais os referenciais alternam: primeiro, o

“daqui pra cá” diz respeito ao seu próprio olhar sobre o corpo externalizado, como se olhasse a própria imagem. Mais do que isso, diz respeito ao modo de experienciar e sentir seu corpo, incongruente com a imagem de si ou que os outros têm a respeito de seu corpo. O segundo “daqui pra cá” diz respeito ao olhar do outro sobre seu corpo, e, portanto, o referencial é o outro, o modo como o outro a percebe, concebe seu corpo (e, para além do corpo, não será também o modo como a concebe, em termos gerais, a respeito de quem ela é?). Não conhecer o próprio nariz, ou não ter sob ele a concepção e percepção que outros têm, o que implica em não ser para o outro aquilo que se pensa que é, o que conduz a uma reflexão sobre quem se é, são ponderações intimamente relacionadas ao tema dessa pesquisa, como pretendo demonstrar a seguir.

Também trago o personagem de Pirandello e as reflexões que ele possibilita para problematizar uma questão que me inquieta a respeito dos *transtornos alimentares*, tema central aqui: haverá alguma especificidade na vivência corporal das pessoas com *transtornos alimentares*? Identificar-se como *anoréxica* ou *bulímica* faz dessas pessoas diferentes das outras em relação ao modo de “habitar o mundo” (Das, 1999)? Ter concepções informadas por saberes biomédicos e psicanalíticos interfere no olhar sobre o próprio corpo e no modo de experienciá-lo? Mesmo que não tenha respostas absolutas a essas questões, elas instigaram-me a realizar o percurso dessa pesquisa, que procurarei sintetizar e sistematizar a seguir, ainda que isso signifique perder a riqueza dos contatos, das personagens e inúmeras vidas envolvidas nesse processo, que é um risco inerente à escrita e sistematização dos dados.

Lembro-me de acompanhar uma apresentação de *caso clínico*¹ em um evento denominado “Conversando sobre a clínica”², no qual diversas patologias foram discutidas, entre elas toxicomania, pânico, *transtornos alimentares* e psicoses ordinárias. A questão que se colocou foi: há especificidade nos *sintomas* dos *transtornos alimentares* ou eles são parte de um quadro de patologias ligadas à modernidade? Além disso, quando aproximadas às formas de jejuns e “santas jejuadoras” existentes na Idade Média, questiona-se se essa seria uma patologia antiga ou revisitada. Ou ainda, ao buscar sua origem relacionada à histeria, o que reforça sua característica de gênero, e, do ponto de vista psicanalítico, problematiza sua *estrutura patológica*, levantam-se questões sobre tratar-se de um *sintoma* atual, característico da modernidade ou “desdobramentos”, isto é, novas formas de manifestações de antigos *sintomas*, porém com características contemporâneas, com nova “roupagem”.

¹ Casos clínicos são recursos metodológicos utilizados como ilustrações, modelos ou exemplos, a partir dos quais se procura compreender certos conceitos ou *estruturas*. Nesse caso, para falar sobre *transtornos alimentares*, a psicanalista apresentou dados referentes a uma *paciente* com *anorexia* e que apresentava características que lhe permitia desenvolver determinados assuntos.

² Evento realizado na cidade de Jundiaí, pelo grupo Entrelaço – Núcleo de Saúde Mental. O ciclo de apresentações, denominado “Conversando sobre a Clínica – Os sintomas contemporâneos”, contou com quatro encontros, entre eles um destinado aos *transtornos alimentares*.

Entretanto, mais do que responder tais questionamentos (embora haja um esforço psicanalítico para compreensão que será exposto e problematizado), trata-se de compreender, do ponto de vista antropológico, a construção de saberes e experiências em torno dos *transtornos alimentares*. Portanto, faz-se necessário investigar as diferentes concepções e práticas biomédicas, nutricionais e psicanalíticas que compõem um “campo” de saberes especializados sobre *transtornos alimentares*, problematizar as “demandas da cultura” e ideais de beleza, saúde e cuidados de si vigentes, bem como a constituição da subjetividade e modos de subjetivação de pessoas diagnosticadas ou identificadas por essas patologias, consideradas estilos de vida pelo movimento Pró-Anna e Mia (movimento *pró-anorexia e bulimia*).

INTRODUÇÃO

Os *transtornos alimentares* são o tema da presente pesquisa, tomados não apenas a partir das concepções psicanalíticas e biomédicas, mas também pelas experiências de sujeitos identificados por essas patologias. Tais concepções compõem um amplo fenômeno que inclui um processo de positivação e “ressignificação” dessas categorias – representado pelo movimento Pró-Anna e Mia – intrinsecamente relacionado às disciplinas alimentares, aos atuais padrões de beleza e à valorização da magreza e lipofobia contemporânea. Trata-se, portanto, de compreender as concepções e práticas biomédicas e psicanalistas, contextualizando essas patologias, mapeando o “campo” institucional a partir do recorte etnográfico, além de investigar as “demandas da cultura”, os ideais vigentes, as imagens de beleza e os padrões valorizados, as práticas culturais, seus efeitos sobre o modo de experienciar o corpo, a apropriação do discurso biomédico e psicanalítico e os modos de subjetivação.

Do ponto de vista biomédico, os *transtornos alimentares* são tidos como distúrbio psiquiátrico cujo modelo mais aceito de explicação é aquele que considera as múltiplas causas, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, o que justifica a abordagem multidisciplinar. Tanto no DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria) quanto no CID-10 (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, da Organização Mundial da Saúde), manuais que regulamentam o diagnóstico e orientam as concepções e tratamento dos transtornos psiquiátricos, a *Anorexia* e a *Bulimia nervosa* são as duas principais *entidades nosológicas* incluídas na categoria dos *transtornos alimentares*. Apesar de classificados separadamente, apresentam uma *etiologia* comum relativa à excessiva preocupação com o peso e *distorção da imagem corporal*.

O termo *anorexia* deriva do grego *orexis*, que significa desejo em geral (e não apenas desejo de comer), precedida do prefixo *a* de negação, resultando assim em negação do desejo.³ Apesar de amplo debate sobre a adequação do termo – de tratar-se ou não de uma perda de apetite ou uma recusa alimentar, falta de desejo ou negação do desejo – percebe-se que a sua oficialização se deu por intermédio dos manuais de diagnóstico e longa trajetória na história da medicina, caracterizando-se pela severa perda de peso por meio de recursos extremos. O termo *bulimia*, que também deriva do grego, significa “fome de boi” e caracteriza-se pela ingestão de grande

³ Essa explicação é apresentada por Miranda (2004). Outra versão para a origem do termo pode ser encontrada em Ida (2008), para quem o termo também deriva de *orexis*, que, no entanto, significa apetite e, quando acrescido do prefixo *an* significa perda de apetite.

quantidade de alimentos em curto período de tempo⁴, seguida por métodos purgativos como o uso de laxantes e o vômito autoinduzido.

Para investigar os fenômenos relativos aos *transtornos alimentares* acompanhei as atividades de uma clínica especializada⁵, buscando compreender as concepções, discursos e práticas, bem como ter acesso às pessoas atendidas e às psicanalistas que tornam a instituição possível e materializada. O primeiro capítulo dessa dissertação tratará sobre a minha inserção, as condições da pesquisa e da observação participante, as características e modos de funcionamento da clínica pesquisada, além de traçar a trajetória de algumas das psicanalistas e mapear o “campo” institucional dos *transtornos alimentares* em São Paulo. Observar essa instituição permitiu-me acompanhar as atividades realizadas pelas psicanalistas, suas reuniões semanais nas quais ocorrem discussões de textos e casos clínicos, além de participar das triagens, que é uma condição para as *pacientes*⁶ poderem receber atendimento em psicoterapia especializada em *transtornos alimentares*. Desse contato ocorreu também o conhecimento e aproximação às abordagens psiquiátricas e nutricionais, que serão exploradas no segundo capítulo. Tentarei argumentar que a abordagem psicanalítica está intimamente relacionada às abordagens biomédicas e nutricionais no que diz respeito aos *transtornos alimentares*, compondo um campo de saberes necessários para o atendimento e tratamento da *anorexia e bulimia*, o que me faz considerar essas outras elaborações e instituições como parte do escopo dessa pesquisa, uma vez que há um compartilhamento não apenas de concepções e práticas, mas também de pessoas, como veremos no segundo capítulo.

Desse modo, apesar do enfoque psicanalítico e da impossibilidade de emitirem diagnósticos “oficiais”, (que só podem ser feitos por médicos e psiquiatras), tanto o DSM-IV quanto o CID-10

⁴ De acordo com Romano e Philippi (2004), episódios de compulsão (comer compulsivo) são definidos pelo DSM-IV como “a ingestão, em um curto espaço de tempo, de uma quantidade de alimento definitivamente superior ao que a maioria das pessoas conseguiria comer durante um período de tempo igual e sob circunstâncias similares”. Porém, do ponto de vista nutricional, essa caracterização é muito ampla, pois o tempo e as quantidades não são definidos: o tempo é curto em relação a quê? E o que a maioria das pessoas não consegue comer? Por isso os autores ressaltam a necessidade de especificação do conceito e considerar que a compulsão alimentar não está relacionada apenas ao número de calorias, mas também a sentimentos, perda de controle e ingestão de determinados tipos de alimentos (especialmente aqueles que tendem a ser excluídos da dieta habitual por medo de ganhar peso).

⁵ Na primeira versão deste trabalho, eu mencionava o nome da instituição, com a devida autorização. Mas para evitar constrangimentos e possível identificação das psicanalistas que foram interlocutoras desta pesquisa, uso aqui o termo clínica quando me referir ao grupo de psicanalistas entre as quais esta pesquisa se desenvolveu.

⁶ Utilizarei itálico para as categorias “nativas” e conceitos êmicos, das quais fazem parte também terminologias biomédicas e psicanalíticas. *Paciente* refere-se a uma categoria “nativa”, na medida em que é o modo como normalmente as psicanalistas referem-se às pessoas atendidas pela instituição. Embora haja uma discussão sobre seu uso problemático no que diz respeito à relação entre *analista* e *analizando* (ou *analisante*) na psicoterapia, não cabe a mim resolver esse impasse, mas apenas apontar para um debate existente. Talvez o uso do termo *paciente* em tal contexto psicanalítico possa ser justificado pelo fato de considerar-se que a análise se estabelece a partir de uma demanda da própria pessoa, diferentemente do que ocorre nessa clínica, onde as pessoas são levadas por familiares ou encaminhadas por outras instituições, normalmente não havendo uma demanda própria. São pessoas que normalmente já foram *pacientes* em outras instituições, que são diagnosticadas com um transtorno psiquiátrico, o que parece fazer delas mais *pacientes* do que *analizados*. Além disso, utilizarei os termos sempre no feminino, como psicanalistas e *pacientes*, pois apesar de haver *pacientes* homens, bem como psicanalistas e outros profissionais homens, trata-se de uma clínica formada principalmente por mulheres, além da própria caracterização da patologia como tipicamente feminina.

são utilizados pelas psicanalistas como referência para uma hipótese diagnóstica (é importante marcar a diferença entre diagnóstico e hipótese diagnóstica) que irá orientar os dados de pesquisa e o tratamento das *pacientes*. Trata-se, portanto, de uma instituição psicanalítica que se orienta por critérios psiquiátricos para formular uma hipótese diagnóstica a respeito dos *transtornos alimentares*, o que nos leva a investigar os modos e usos dados aos manuais por essa clínica psicanalítica, e sua relação com as outras instituições e saberes.

O segundo capítulo dedica-se também a explorar importantes concepções psicanalíticas e os principais argumentos e hipóteses a respeito dos *transtornos alimentares*. Para tanto, serão consideradas as concepções das próprias psicanalistas da instituição a partir de seus discursos, suas publicações (sem identificá-las, buscando preservar suas identidades) bem como pelos textos lidos por elas e debatidos em reunião e, portanto, lidos por mim também, como parte da etnografia, além do que pude absorver de suas discussões de casos e entrevistas concedidas.

No terceiro capítulo investigarei duas trajetórias de *pacientes* atendidas por essa clínica, além de casos descritos pela antropóloga Daniela Ferreira Araújo Silva bem como aproximarei esses casos das narrativas encontradas nos blogs Pró-Anna e Mia buscando compreender as concepções e modos de vivenciar o corpo, os fatores desencadeantes e efeitos do diagnóstico (Butler, 2009) em cada uma das trajetórias e as relações com as categorias biomédicas e psicanalíticas. Procurarei argumentar que técnicas e práticas relacionadas aos *transtornos alimentares* podem constituir gostos e preferências, tornando-se *habitus* (Bourdieu, 1996) ou serem profundamente incorporadas, naturalizadas, tornando-se uma espécie de segunda natureza (Mauss, 2003). Procurarei também investigar os modos de subjetivação, apropriação e ressignificação dos discursos psicanalíticos e biomédicos por esses sujeitos.

No último capítulo continuarei aproximando as concepções e práticas descritas pelas *pacientes* e apresentadas nos blogs, comparando-as àquelas divulgadas em revistas voltadas ao público feminino e legitimadas pelos saberes biomédicos e nutricionais, buscando investigar a fronteira entre comportamentos considerados *normais* e *patológicos*.

Antes de iniciar e apresentar a instituição e concepções psicanalistas e biomédicas a respeito dos *transtornos alimentares*, no entanto, faz-se necessário refletir sobre o estatuto da psicanálise, da psiquiatria, do “mundo psi” e biomédico em nossa sociedade. Para tanto, é indispensável investigar a difusão da psicanálise no Brasil, o lugar que ela ocupa, localizando a instituição pesquisada e seu propósito de pesquisa e atendimento psicanalítico em relação ao fenômeno dos *transtornos alimentares* e a recente expansão do número de casos e produção de conhecimento sobre a *anorexia e bulimia*.

Entre políticas e fenômenos sociais e a busca da individualidade

Para Foucault (2006), a questão que se coloca na modernidade é a gestão dos corpos, das populações e das liberdades individuais. O poder disciplinar visa, portanto, conduzir e gerir a conduta do outro. Em *Vigiar e Punir* (2007) Foucault aponta o corpo como o lugar do investimento político do poder, isto é, disciplinas, horários e controles que remetem ao uso do corpo são focos do poder disciplinar por meio de um “corpo de saberes” que se constitui a partir do século XIX⁷. O corpo é objeto e alvo do poder – um corpo domesticado, fabricado, construído, treinado, dócil e útil. Em *História da Sexualidade – A vontade de saber* (2006), Foucault aponta como os indivíduos são objetivados e classificados em relação aos parâmetros de normalidade e desvio da norma, constituindo-se como objetos do saber e do poder. A associação entre poder e saber é o mecanismo do biopoder para a produção de verdades. O biopoder é um poder que se ocupa da vida, de controlá-la e permiti-la, e se ocupa do indivíduo enquanto parte da população.

Dessa forma, o biopoder ocupa-se e se expressa por meio da “anatomo-política do corpo”, ou seja, uma disciplina que se exerce sobre os corpos dos indivíduos e também da “biopolítica da população”, que é produzida e também produz a disciplina sobre os corpos. A sexualidade é um campo privilegiado, pois ocupa um duplo aspecto das gestões, envolvendo a problemática das populações, como epidemias, doenças, mortalidade, assim como a gestão das formas de conduta, o uso da própria sexualidade e subjetivação dos indivíduos – é tanto um mecanismo de controle populacional, quanto um controle sobre os indivíduos. O corpo passa, então, por uma racionalidade econômica visando rendimento, disciplinarização, otimização.

É a partir dos índices, das estatísticas, do conhecimento produzido e da classificação que se constitui a norma. Aquilo que foge à norma deve ser coibido, pois o anormal é compreendido como patológico e deve ser controlado – é necessário buscar o “normal”, o “saudável”, produzir corpos “saudáveis” para possibilitar a vida e gerir as populações. Nesse sentido, a preocupação existente atualmente em relação às doenças referentes à alimentação e ao “estilo de vida”, como, por exemplo, obesidade, colesterol, diabetes, doenças cardíacas ou mesmo a *anorexia* e a *bulimia*, dizem respeito às mesmas questões colocadas por Foucault em relação ao biopoder quando se refere à sexualidade, na medida em que essas doenças e preocupações com um corpo magro, livre de gorduras e doenças remete tanto a uma “anatomo-política do corpo”, a partir das disciplinas que são exercidas sobre os corpos dos indivíduos e também uma “biopolítica da população”, na medida em

⁷ A referência dada por ele são espaços regulados como os conventos, internatos ou prisões, onde há encarceramento, esquadrinhamento dos espaços para a gestão das multiplicidades. A vigilância é feita através de formas de controle que se exercem através de meios coercitivos, que tornam o sujeito absolutamente visível – jogo técnico de olhares que vê tudo e que não é visto (arquitetura de controle) – ilustrado pelo panóptico.

que o conhecimento sobre o crescimento alarmante dessas doenças referentes à alimentação e “estilo de vida” demanda uma intervenção.⁸

Essas elaborações possibilitam pensar o surgimento e funcionamento das instituições – não apenas a clínica pesquisada, mas todas aquelas envolvidas em atendimento especializado em *transtornos alimentares* – como um fenômeno decorrente da necessidade de “gestão” do crescente número de casos.

Embora essa instituição psicanalítica não se identifique com propósitos da psicologia, buscando resguardar as características de um atendimento, teorias e pesquisas psicanalíticas, penso ser possível analisá-la (e seu significado nesse contexto) a partir dos desenvolvimentos de Nicolas Rose a respeito da psicologia como “ciência do social”. De acordo com Rose (2008) a psicologia ocupou um importante papel no século XX, ajudando a construir o mundo e as pessoas em que nos transformamos. Para ele, a psicologia constituiu-se como uma “ciência social”, promovendo uma “psicologização” das vidas individuais e coletiva, inventando e transformando diversas ideias em termos psicológicos. Em sua opinião, ela encontrou espaço como uma técnica de regulamentação, um pretenso conhecimento sobre as pessoas com o objetivo institucional de administrá-las, moldá-las, reformá-las, aproximando-se das elaborações foucaultianas em relação ao seu potencial classificatório e de regulação.

A psicologia e suas linguagens construíram um senso comum em boa parte do mundo ocidental e em muitos outros lugares. O treinamento psicológico afetou profissionais envolvidos com crianças, trabalhos sociais, e mesmo de administração de recursos humanos. Nesse processo, segundo ele, nossas muitas idéias do “*self*”, da identidade, da autonomia, liberdade e da realização pessoal foram reformadas em termos psicológicos, fazendo com que seres humanos, nessas regiões, viessem a se entender como se fossem habitados por um profundo e interno espaço psicológico. Com isso, as pessoas passam a falar de si mesmas numa linguagem psicológica de descrição pessoal, que é a linguagem da inteligência, personalidade, ansiedade, neurose, depressão, trauma, extroversão, introversão, caracterizando o que ele chama de “ética psicológica”.

(...) Foi certamente como uma “ciência do indivíduo” que a psicologia encontrou, a princípio, um lugar em meio às técnicas de regulamentação. Segundo a racionalidade típica de democracias liberais de governo, noções abstratas da liberdade do indivíduo são acompanhadas pela proliferação de práticas racionalizadas que procuram moldar, transformar e reformar indivíduos. Assim, não era apenas a ética do individualismo, mas também as práticas de individualização na prisão, na fábrica, na escola e no manicômio que forneciam condições-chave para disciplinar a psicologia. A psicologia acharia seu lugar em todos esses sistemas nos quais indivíduos deveriam ser administrados, não por um

⁸ É necessário ressaltar que embora esteja aproximando esses fenômenos na medida em ambos são tomados como uma questão de gestão de populações e das vidas individuais, os elementos em torno dos “estilos de vida” relativos à alimentação representam de certa forma uma base da sobrevivência, na medida em que a alimentação é fundamental para a existência do ponto de vista não só identitário, cultural, como também biológico e orgânico.

poder arbitrário ou negligente, mas partindo de julgamentos que buscavam objetividade, neutralidade, e desta maneira, efetividade. Isso forneceria uma tecnologia para tornar o individualismo utilizável como um conjunto de programas específicos para a regulação da existência.

Ainda assim, nesse momento individualizante, a psicologia era uma ciência “social”, uma ciência com vocação social, organizada em torno de objetivos sociais, como vimos em suas conexões com as ideias de degenerescência e eugenia, e sua vontade de detectar os indivíduos de reduzida capacidade mental. Mas existe também um outro sentido pelo qual a psicologia era uma ciência “social” — no período de antes e durante a Segunda Guerra Mundial e logo depois dela, a psicologia deveria direcionar-se para os processos inerentes às coletividades humanas, grandes e pequenas. Deveria procurar pensá-las e conceituá-las a fim de administrar indivíduos e organizações. Nesse sentido ampliado, então, a psicologia se transformaria em uma verdadeira ciência social. (ROSE, 2008, p.159, 160)

É preciso considerar, portanto, o surgimento da psicologia e sua constituição enquanto um campo de criação de “mentes calculáveis e indivíduos administráveis” numa conjuntura individualista e individualizante, o que pode também ser considerado aqui, no que diz respeito aos *transtornos alimentares*, especialmente diante do aumento do número de casos, o que desperta interesse e esforços entre os saberes “psi” no sentido de compreender e administrar essas “mentes”. Além disso, penso ser possível ampliar as considerações de Rose a respeito da psicologia também para a psiquiatria e psicanálise, em certa medida, especialmente por conta da história e introdução particulares da psicanálise no Brasil. Por isso, trata-se de investigar agora a difusão do campo “psi” no Brasil.

Jane Russo (2002, 2002b) faz um interessante relato sobre o mundo “psi” e a difusão da psicanálise no Brasil, especialmente a partir do eixo Rio - São Paulo (centros irradiadores da modernidade do país), entrelaçando a história do surgimento e institucionalização das profissões “psi” (psiquiatria, psicologia e psicanálise) e da penetração dessas novas crenças, teorias e práticas no imaginário social. Segundo ela o fascínio pela psicanálise se deu não apenas no Brasil, mas no mundo ocidental no decorrer do século XX, assim como Rose relata a expansão da psicologia e suas lógicas nesse século nas mais diversas áreas. Segundo ela:

(...) Mais do que um simples modismo, a difusão da psicanálise, e de toda a constelação “psi” que a acompanha, entre camadas médias e elites letradas, chama nossa atenção para a busca de novas orientações e novas explicações para comportamentos e sentimentos normalmente ditados pela tradição. (RUSSO, 2002, p.8)

De acordo com Russo, os modelos modernos diferenciam-se da tradição, pois enquanto esta dita regras claras de comportamento e é visto como algo que “vem de fora”, o modelo moderno não

diz respeito a uma determinação externa, mas sim remete o sujeito para dentro de si mesmo, buscando ensinar um novo modo de encarar a si e aos outros.⁹

Para ela, Juliano Moreira foi a figura responsável por modernizar a psiquiatria brasileira a partir de desenvolvimentos alemães que buscavam determinar a causa orgânica da doença, vinculando-a ao cérebro e sistema nervoso, afastando-se do alienismo francês. Ele é também um dos responsáveis e precursores da difusão da psicanálise no Brasil, o que causa certo espanto à Jane Russo, pois como seria possível combinar o organicismo de Kraepelin com uma teoria eminentemente psicológica como a freudiana? Segundo ela:

Esta curiosa combinação, entretanto, não é absolutamente estranha ao cenário intelectual brasileiro. Pelo contrário, o surgimento da psicanálise nesse cenário evidencia exatamente o modo *sui generis* como os saberes científicos vindos da Europa são recebidos, traduzidos e assimilados em terras brasileiras. (RUSSO, 2002, p.15)

Russo considera que as relações da psicanálise com a medicina são ambíguas desde o início, pois embora Freud negasse taxativamente a necessidade de formação em medicina para a prática da psicanálise, alguns de seus colaboradores mais próximos, como Ernest Jones, buscarão vincular psicanálise e medicina como forma de infundir maior legitimidade e seriedade científica à nova especialidade. No Brasil, o processo de difusão foi bastante semelhante ao que se passou em outros lugares, como na França e na Argentina, onde a psicanálise foi acolhida no campo psiquiátrico, concomitantemente à difusão mundana e leiga, anterior a qualquer processo de institucionalização (Russo, 2002b). Além disso, o que chama atenção no Brasil é a associação da psicanálise aos mais ilustres representantes do *establishment* médico-psiquiátrico de então.

Em São Paulo, Franco da Rocha, fundador do hospício de Juqueri, foi o maior nome da psiquiatria paulista, que alguns anos antes da fundação da Sociedade de Psicanálise, já tinha seu nome vinculado à psicanálise e foi o autor do primeiro livro escrito no Brasil sobre as teses freudianas (A doutrina pan-sexualista de Freud). O grande divulgador da psicanálise em São Paulo, Durval Marcondes, atribui aos ensinamentos de seu mestre, Franco da Rocha, seu interesse pela nova teoria, e foi responsável por sua institucionalização no final dos anos 30. A recém-fundada sociedade de psicanálise conheceu um grande sucesso junto à elite paulista, frequentadas por artistas, intelectuais e *socialites* da época. Mas acabou se dissolvendo após um breve período de funcionamento. Em 1936, a partir dos esforços de Durval Marcondes, chega a São Paulo Adelheid

⁹ Tanto Rose quanto Russo apontam, ao seu modo, para o declínio da força dessas lógicas a partir do século XXI, embora ainda possamos encontrar impacto dessas teorias em alguns áreas. No entanto, no alvorecer no século XXI assistimos ao declínio da psicanálise e da visão de mundo que a acompanhou, pois o mundo se deixa cada vez mais hipnotizar pelas promessas do Projeto Genoma, pelas técnicas de reprodução assistida, os remédios que curam tudo. Segundo Russo, agora “a felicidade parece estar não numa boa relação com a mãe ou no modo como cada um vivencia a própria sexualidade, mas no correto equilíbrio dos neurotransmissores secretados pelo cérebro” (2002, p.9).

Koch, médica judia recém-formada pelo Instituto de Psicanálise de Berlim, tornando-se a primeira “analista didata” em solo brasileiro e responsável pela constituição de um *study group* autorizado pela Associação Psicanalítica Internacional (IPA), que se transformou, em 1951, na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

Russo ressalta que a história do movimento psicanalítico carioca difere-se do que ocorreu em São Paulo, pois o meio psiquiátrico paulista era fracamente estruturado. As grandes autoridades em psiquiatria concentravam-se no Rio, mas mesmo assim ela está associada e é introduzida por meio da psiquiatria mesmo em São Paulo. No Rio, a psicanálise foi sempre acessória a esse pertencimento principal, disso decorre o fato de os pioneiros cariocas não se preocuparem realmente com a criação de uma corporação psicanalítica, com sociedades de formação e outros mecanismos de instituição, ao contrário do que ocorreu em São Paulo, onde o meio psiquiátrico era fracamente estruturado e o principal divulgador da psicanálise, Durval Marcondes, era um jovem psiquiatra desprovido de prestígio e *status* no campo.

Segundo Russo, todos os envolvidos relacionados à introdução e divulgação da psicanálise foram membros da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923, por Renato Kehl, surgida num momento em que a elite intelectual brasileira procurava construir um projeto para a nação, baseada no binômio educação/higiene, num contexto em que se acreditava numa solução racional-científica para os males do país, um país doente e analfabeto. Segundo ela:

Duas características dessa primeira fase de introdução da psicanálise no Brasil nos chamam de imediato a atenção. Em primeiro lugar, o fato de uma doutrina como a psicanalítica, aparentemente tão subversiva, seduzir figuras tão notáveis e tão bem estabelecidas do campo médico. Outra característica interessante é a vinculação desses pioneiros com projetos pedagógicos e higiênicos (RUSSO, 2002, p.20).

A convivência entre psicanálise, higiene e eugenia parece perturbadora ao nosso olhar contemporâneo, diz a autora, entretanto, um exame mais atento dos escritos da época demonstra, segundo ela, que a psicanálise, apesar de seu viés subversivo (ou mesmo por causa dele), era capaz de fornecer uma alternativa moderna e científica para os preceitos da moral tradicional, vistos como arcaicos e ultrapassados.

A psicanálise atravessou rapidamente as fronteiras da academia e marcou presença em livros de divulgação leiga, colunas em revistas e programas radiofônicos, especialmente pelo interesse na chamada “questão sexual”.¹⁰ Entre o florescimento editorial em torno do tema psicanalítico/sexual

¹⁰ É interessante notar que as mesmas revistas (ou suas similares), que antes apresentavam colunas sobre psicanálise vulgarizada ao público “leigo”, atualmente estão focadas em divulgar orientações nutricionais. Embora ainda haja um interesse na sexualidade, uma vez que alcançar o orgasmo, satisfazer o(a) parceiro(a) e a si própria torna-se não apenas um direito, mas uma obrigação, torna-se cada vez maior o interesse pela busca do corpo perfeito e ideal, a partir do qual se pode encontrar a felicidade, possível apenas àqueles que enquadram-se ao ideal social de boa forma, corpo magro e

destaca-se a figura de Gastão Pereira da Silva, que preferiu os meios de comunicação à academia, transformando-se num dos maiores divulgadores da psicanálise:

Pode-se dizer que a extensa produção de Gastão Pereira da Silva indicava a existência, na época, de uma espécie de auto-ajuda psicanalítico-sexológica que parecia fazer bastante sucesso. Ao mesmo tempo, como vimos, a não ser pela discreta chegada de Aldelheid Koch em São Paulo já no final de 1936, a institucionalização propriamente dita da psicanálise tardava. Na verdade, a ampla divulgação leiga da psicanálise, ou talvez de seus aspectos mais polêmicos, parece ter precedido (e até mesmo facilitado) sua institucionalização. Ou seja, quando os primeiros enviados da IPA finalmente aportaram na capital do país para formar os primeiros psicanalistas brasileiros, já havia sido produzida, mesmo que de forma incipiente, uma demanda por esse tipo estranho de tratamento (RUSSO, 2002, p.25).

De acordo com Russo o debate e dissidência em relação à associação entre psicanálise e psiquiatria sempre foi intenso, e nos anos 70 a discussão sobre a verdadeira psicanálise incorpora novos personagens, entre eles o psicólogo (ou, como provoca a autora, seria melhor dizer a psicóloga?). Segundo ela, apesar de hoje ser vista como eminentemente feminina, a psicologia foi organizada e formulada por cérebros masculinos. Em 1962, após longa batalha envolvendo psicotécnicos, educadores e médicos, a lei que reconhece a profissão de psicólogo foi promulgada pelo então presidente João Goulart. A discussão principal dizia respeito à fatia do mercado educacional e, sobretudo, clínico, que poderia ser abocanhada pelos novos profissionais. A partir dos anos 1970 há um *boom* psicanalítico. Segundo a autora:

Algumas décadas mais tarde, como se sabe, essa demanda incipiente adquiriu feições de uma epidemia, levando legiões de desorientados filhos das camadas médias urbanas para o divã. O chamado *boom* psicanalítico dos anos 70 – lentamente preparado, como vimos, pela popularização dos anos 30-40 – reafirma, através de seu inegável vínculo com a modernização autoritária do período, o caráter intrinsecamente modernizante/civilizador assumido pela psicanálise em solo brasileiro (RUSSO, 2002b, p. 60).

Nesse sentido a clínica pesquisada, surgida na década de 1990, quando o *boom* psicanalítico já havia enfraquecido, pode ser vista como uma “popularização” ou “democratização” da psicanálise e uma tentativa de fortalecimento dessa teoria, a partir de uma patologia que justifica e autoriza sua lógica, ou seja, uma patologia na qual o discurso psicanalítico se encaixa, prestando-se a atender indivíduos provenientes de qualquer classe, independente de sua capacidade de contribuição e poder de consumo, flexibilizando a cobrança de honorários. Embora no Brasil a psicanálise ainda possa ser vista como relacionada às camadas altas e médias, que constituíam a clientela fundamental nas décadas de 1960 e 1970, o mesmo não se pode afirmar a respeito dessa

livre de gorduras e sinais de velhice, discurso talvez tão opressor quanto a impossibilidade e proibição ao prazer sexual às mulheres no século passado.

clínica, que surge também como uma possibilidade àqueles que não podem pagar integralmente pelo preço de uma análise ou psicoterapia, uma vez que se trata de uma clínica que trabalha com valores mais acessíveis, de acordo com a disponibilidade de pagamento em cada caso, o que se justifica pelo seu potencial e desenvolvimento de pesquisas a partir dos casos integrados à instituição, visto como um contraponto ao atendimento.

Como sugere Maria Carolina de Araujo Antonio (2010) em sua dissertação sobre a psicanálise lacaniana, a partir de uma etnografia realizada com pessoas de diferentes estratos sociais, o estigma de que a psicanálise está relacionada às camadas médias e altas não se sustenta: os dados de sua pesquisa apontam para uma maioria de entrevistados que se consideravam pertencentes às camadas baixas. Apesar da posição econômica, no entanto, os entrevistados incorporavam o campo semântico e os aspectos ideológicos que caracterizam as camadas médias e altas intelectualizadas associadas às demandas pela clínica psicanalítica, o que ela entende como uma expansão da cultura “psi”. Sobre os aspectos socioeconômicos e a linguagem psicologizada, ela diz:

Apesar de haver, no discurso dos psicanalistas, o pressuposto de que os seres humanos são psíquicos por natureza, ou seja, que a verbalização numa linguagem psicologizada é algo natural e conduta saudável, e não resultado do processo imposto histórico e culturalmente a favor de mecanismos de individualização e psicologização, o acesso à “psicologização” já não é “privilegio” das camadas sociais mais elevadas, reafirmando os saberes “psi” dentro de uma lógica cultural mais ampla, sem restringir-se a aspectos socioeconômicos. (ANTONIO, 2010, p. 34, 35)

Ainda que o cenário da clínica pesquisada seja bastante particular, uma vez que se trata de uma instituição na qual as *pacientes* quase nunca apresentam demanda própria para a análise/psicoterapia, mas são trazidos por familiares ou conhecidos; encaminhados por outras instituições; inseridos em outros processos de tratamento e preocupações específicas relacionadas aos *transtornos alimentares*, seus dados apontam para essa expansão em termos socioeconômicos e, como veremos ao analisar as trajetórias de duas *pacientes*, de incorporação de aspectos ideológicos. Os critérios para medir e classificar classe social alteraram-se ao longo da existência da instituição, o que dificulta a padronização dos dados, mas os números são significativos:

Classe	Total
MA (média alta)	6 pessoas
M (média)	15 pessoas
MB (média baixa)	13 pessoas
TOTAL	34 pessoas

Classe	Total
A1	1 pessoa
B	15 pessoas
B1	9 pessoas
B2	8 pessoas
C	3 pessoas
D	2 pessoas
TOTAL	38 pessoas

Embora o banco de dados da instituição apresentasse 145 pacientes quando o obtive, apenas 72 pessoas apresentavam informações sobre classe social, sendo que 73 não puderam ser contabilizadas, pois o dado não havia sido colhido. Inicialmente, o formulário de triagem não apresentava informações sobre classe, que ao longo do tempo foi inserida e também modificada, aprimorando seus critérios, baseando-se nos critérios de classificação econômica Brasil (anexo 1) que avalia o poder de compra dos consumidores. A distribuição dos números aponta para uma não discriminação de classe, estando os estratos mais baixos representados especialmente quando se considera a classificação de classe média baixa, embora não seja possível precisar o que isso significa. Vale ressaltar, entretanto, que a classe E não está presente nas estatísticas da instituição.

Além do propósito institucional e o compromisso com produção de dados científicos e estatísticos, como veremos no segundo capítulo, que podem ser analisados nos termos foucautianos e pelo seu potencial de “ciência do social”, é preciso considerar a aptidão propriamente psicanalítica da clínica, o que será feito a partir das explicações, hipóteses e teorias psicanalíticas. Trata-se de considerar, portanto, o ideal psicanalítico e o efeito de suas práticas sobre os sujeitos. De acordo com Antonio (2010), citada acima:

A psicanálise busca dar conta de sintomas específicos à individualidade de cada paciente, oriundos de uma estrutura não aparente, iniciando o processo de produção de um sujeito portador de um aparelho psíquico. Freud nunca dissociou os fenômenos sociais daqueles determinados pelo psiquismo individual – aliás, entendia a civilização como decorrente da constituição do *inconsciente*. Sua terapêutica se especifica pela intenção de inverter o olhar médico e levar em conta as concepções elaboradas pelos próprios doentes a respeito de seus *sintomas* e sofrimentos. (ANTONIO, 2010, p. 3)

No projeto inicial dessa pesquisa, referia-me às *pacientes* como indivíduos, na medida em que não constituíam um “grupo” propriamente dito, apesar de haverem identificações. Além disso, a proposta inicial era pensar suas histórias de vida e experiências individuais, apoiando-me numa abordagem fenomenológica (Csordas, 2008), o que foi parcialmente abandonada, transformando-se

no caminho da pesquisa. Outra possibilidade seria pensar em uma concepção de *pessoa*, a partir de uma noção culturalmente específica tematizada pelos *transtornos alimentares* (Silva, 2004) ¹¹. No entanto, tratá-los por *sujeitos* pareceu-me mais profícuo, não apenas por ser a categoria utilizada pela psicanálise e às vezes pelas psicanalistas da clínica para referirem-se às *pacientes*, mas principalmente por ser o termo utilizado na literatura, entre eles Michel Foucault e Judith Butler, que têm como ponto de partida a noção de que sujeitos são constituídos em contexto, ao serem classificados, e em alguns casos interpelados a assumirem certas identidades, a partir das quais se dá um processo de subjetivação, no qual os sujeitos têm que lidar com as identidades que lhes são atribuídas, “re-significando” e/ou operando com essas classificações, como veremos no capítulo três. Utilizar a categoria sujeito, portanto, faz referência a um processo de constituição, enquanto que a categoria indivíduo refere-se a cada paciente específico e sua história particular.

Resta problematizar, ainda, a relação entre os *transtornos alimentares* e os padrões de beleza e disciplinas alimentares, situando esse debate em meio ao amplo e complexo fenômeno dos *transtornos alimentares* e o significado do corpo atualmente.

Corpo, padrões de beleza e ideais sociais

Para refletir sobre os *transtornos alimentares* é preciso levar em consideração que os padrões de beleza e valorização da magreza como padrão hegemônico é historicamente constituído, apoiando-se na centralidade do corpo para a constituição de identidades e subjetividades nas sociedades contemporâneas, em que a corporeidade torna-se o lugar privilegiado para expressão do *self*, da reflexividade individual (Giddens, 1993).

Desde Marcel Mauss, um dos precursores da temática referente ao corpo e a quem comumente recorre-se primeiramente para tratar sobre o tema, com seu clássico ensaio “As técnicas corporais”, o entendimento do corpo como uma construção cultural já está presente. Para Mauss (1974), o corpo é um aparato social e as técnicas que o organiza não são arranjos individuais e não fazem parte do aparato biológico. Isso significa que as técnicas corporais, além de serem apreendidas, são também a materialização de convenções e arranjos culturais e sociais. Ao longo da história da antropologia questões epistemológicas e metodológicas foram reavaliadas e recolocadas,

¹¹ Daniela Ferreira Araújo Silva, em sua dissertação de mestrado, faz uma discussão sobre a noção de pessoa nos *transtornos alimentares*, apoiada primeiramente na clássica problematização antropológica de pessoa, assim como nas formulações de Luiz Fernando Dias Duarte que emprega a noção de pessoa como uma ferramenta conceitual chave para o estudo das chamadas “perturbações físico-morais”, alertando para o risco de se adotar a noção de indivíduo como categoria explicativa exclusiva em contextos culturais nos quais a definição e concepção de indivíduo pode não ser operante.

e atualmente o corpo não se limita a refletir a sociedade, como pretendiam alguns teóricos, como Durkheim e Mauss.

De acordo com Miguel Vale de Almeida (1996), no artigo “Corpo Presente – Antropologia do Corpo e da Incorporação”, o legado de Marcel Mauss é a percepção de que o corpo não se encontrava num “estado natural” e que é, ao mesmo tempo, a ferramenta com que os humanos moldam o seu mundo e também a substância a partir da qual o mundo humano é moldado.

Outra contribuição na temática do corpo é apresentada por Mary Douglas (1976), a partir da análise dos usos metafóricos e metonímicos dos símbolos “naturais” na reprodução da ordem social, em que o imaginário sobre o corpo é o suporte de uma visão específica de mundo, que é sempre modificada pelas categorias sociais através das quais esse imaginário é conhecido. Em *Pureza e Perigo* os limites do corpo são os limites da própria sociedade, ou seja, as experiências que os sujeitos têm de estrutura de margens ou de fronteiras são um reservatório de símbolos da sociedade. Dessa forma, o corpo humano reproduz em pequena escala os poderes e perigos atribuídos à estrutura social.

Embora exista o reconhecimento de que os sistemas classificatórios sejam também utilizados para legitimar hierarquias, diferenças e exclusões, para Miguel Vale de Almeida (1996), essa perspectiva promove certo determinismo social dogmático, na medida em que não permite pensar o corpo (pessoa) senão como prisioneiro de uma determinação social absoluta, não havendo espaço para a agência, dado que as categorias sociais parecem “engessar” os corpos, não se tratando, portanto, de pessoas.

Além dos autores que enfatizam o caráter social do corpo, como Marcel Mauss, que enfatiza os usos e técnicas corporais e Mary Douglas, interessada na simbologia ligada ao corpo e este como reflexo da sociedade, há aqueles que investigam a interface entre sociedade-indivíduo, como Bourdieu e Giddens, que buscam entender “estruturas sociais” – por um lado formas de atuação individual dentro das estruturas, para Bourdieu, e por outro lado, a reflexividade individual para Giddens.

Bourdieu, na tentativa de delinear uma terceira ordem de conhecimento, pretendendo superar o dualismo lévi-straussiano através da recuperação do conceito de *Habitus*, compreende-o como sistema de disposições duradouras, um princípio inconsciente e inculcado coletivamente que gera e estrutura práticas e representações.

Giddens, ao falar do “self reflexivo”, associa a idéia de que o corpo pode ser moldado na sociedade moderna de modo a exprimir as narrativas auto-reflexivas. Na leitura de Miguel Vale de Almeida (1996) sobre Giddens, o corpo não é entendido apenas como uma entidade física que se possui, mas sim como um “sistema-ação”, que é um local de interação, apropriação e re-apropriação, cuja imersão prática nas interações cotidianas é essencial para a narrativa da auto-

identidade. Para ele, essa perspectiva é uma tentativa de resolver as relações entre agência e estrutura.

A corporeidade ganhou lugar de destaque nas sociedades contemporâneas e Giddens aponta os anos 1920 como marco histórico do surgimento do ideal da magreza, que é quando ocorre o advento da dieta como forma de perder peso e auto-regulação da saúde. Os padrões de beleza e ideais sociais, sua relação com as disciplinas alimentares e os “cuidados de si” e do corpo, serão investigados no quarto capítulo, alinhando os fenômenos relativos aos *transtornos alimentares*.

Mais do que nunca, o ideal da magreza está fortemente presente em nossa sociedade atualmente, não apenas como um ideal estético, mas motivado por problemas em torno da alimentação, referentes ao “estilo de vida” e lipofobia contemporânea. Apesar de não ser entendida como um *transtorno alimentar*, por não ser considerada um transtorno psiquiátrico, a obesidade pode estar relacionada à *anorexia* e *bulimia*, na medida em que estas expressam um horror pela gordura.

Sobre o modo como a cultura atual trata a gordura, Fischler (2005) apresenta pesquisas de vários países que indicam que as pessoas com o físico um pouco arredondado são, via de regra, percebidas como de convívio mais amável, aberta à comunicação e à empatia do que as magras. Para ele, a obsessão pela magreza e rejeição à obesidade – lipofobia – é característica de nossa época. Ele aponta para uma aparente contradição, pois nos países desenvolvidos, uma grande proporção da população sonha em ser magra, mas vive gorda, o que causa sofrimento e angústia. Como então explicar essa contradição entre a aparente simpatia evocada pelos mais gordos?

Para esse autor a explicação decorre do fato de que a imagem do gordo é ambivalente. Por um lado são vistos como pessoas simpáticas, alegres, com bom humor, por outro lado, por trás dessa alegria, há sofrimento e tristeza dissimulados. Há uma suspeita em relação aos gordos, decorrente da apropriação de comida, ou melhor, simbolicamente, da parte que se toma (legitimamente ou não) na distribuição da riqueza social. Para se redimir, os gordos precisam proceder uma espécie de restituição simbólica, ou seja, aceitar desempenhar os papéis sociais que se esperam deles.

Há, portanto, dois tipos de gordos: um que é simpático e outro que suscita reprovação, quando não aversão. O primeiro é brincalhão, extrovertido e possui desenvoltura para as relações sociais, este é visto como o estereótipo do “obeso benigno”; o outro é doente, depressivo, egoísta desenfreado, irresponsável, sem controle de si mesmo, correspondendo ao estereótipo do “obeso maligno”. A classificação na categoria positiva ou negativa resulta da relação entre os traços físicos (barriga, queixo duplo, textura da pele, aspecto “mole” ou “firme” do tecido adiposo) e a imagem social da pessoa. O que se sabe sobre o gordo também pode influenciar no que se vê da sua obesidade, como, por exemplo, sua ocupação: entre os entrevistados, as profissões mais apropriadas

para os gordos eram: chefe de cozinha, político, relações públicas. Quando exerciam funções ligadas à força física, podiam deixar de ser vistos como obesos e passarem a ser vistos como “fortes”.

É preciso, pois, ao que parece, que exista uma certa adequação entre a imagem social do obeso e sua corpulência, para que ele seja aceito, classificado como “gordo bom”. (FISCHLER, 2005, p. 73).

O julgamento moral que geralmente recai sobre os obesos é o de que são gordos pois comem muito e são incapazes de se controlar, sendo os únicos responsáveis por sua condição. Mas o autor questiona-se se seriam eles culpados por serem gulosos, ou vítimas de suas glândulas, de sua hereditariedade. Eis a questão que está em debate no julgamento do “senso comum” e também no campo científico.

Segundo Fischler, o guloso, que consequentemente é obeso, é acusado de ameaçar os próprios fundamentos da organização social, na medida em que viola as regras de divisão de alimentos, apoderando-se excessivamente de comida. Ele diz que em muitas sociedades a divisão de comida simboliza a essência do vínculo social, por isso rompê-lo remete à animalidade. Então os gordos, ao romperem com esse vínculo por comerem demais, precisam restituir à coletividade, sob uma forma qualquer, o excesso de comida tornado excesso de peso. É preciso, segundo o autor, jogar o jogo do *potlatch* social. De que forma é possível restituir a coletividade? Para ele há duas formas: ou através da força, pois o trabalhador que usa de sua força não é considerado obeso, tendo sua gordura transformada em músculos e seu apetite justificado pela necessidade de reproduzir sua força de trabalho; ou através da “espetacularização” e zombaria, exercida na maior parte das vezes em seu próprio detrimento, ou seja, apresentar sua corpulência comicamente, anulando dessa forma a parte maligna na medida em que sofre punição por ela. Dessa forma, o obeso que recusa a transformação simbólica, que desobedece as “regras do jogo social”, é considerado maligno, coberto por representações negativas, considerado grotesco e até perverso. E, finalmente, quando fala sobre as mudanças histórias relacionadas à obesidade e gordura, Fischler diz: “Era preciso sem dúvida, no passado, ser mais gordo do que hoje para ser julgado obeso e bem menos magro para ser considera magro” (Fischler, 2005, p.79).

Por outro lado, os *transtornos alimentares* são vistos como fenômenos relativamente recentes, como defende Susan Bordo (1993), historicamente situados nas sociedades industriais nos últimos cem anos, considerando-se o avanço do número de casos e impacto desses fenômenos atualmente. Do ponto de vista biomédico são também entendidas como patologias contemporâneas, uma vez que as primeiras descrições e a oficialização das categorias aproximadamente na década de

1970¹². No entanto, apesar de sua descrição e oficialização relativamente recente, do ponto de vista psicanalítico, podem ser interpretados como patologias antigas manifestando-se com novas roupagens, como veremos na quinta sessão do segundo capítulo.

Bordo aponta para a incidência dramática desses transtornos quando escrevia seu trabalho, em 1984 (quando no Brasil ainda não havia estatísticas nacionais oficiais – que não existem até hoje – bem como instituições especializadas nessas patologias, que só surgirão em 1992), relacionando-a à influência da moda e a valorização da magreza atualmente o que, para ela, remete a um mistério maior relacionado à obsessão pela busca de um corpo magro e jovem, uma vez que a eleição da magreza como um ideal cultural dominante no século vinte permanece algo ainda não resolvido. Para ela, a *anorexia* pode ser caracterizada como um *sintoma* de algumas das angústias heterogêneas e multifacetadas da atualidade, que deve ser analisada como um fenômeno social e não como uma patologia individual, pois representa a cristalização de algumas tendências particulares da cultura ocidental. Além disso, ela considera que o fenômeno dos *transtornos alimentares* é muito mais amplo do que os casos diagnosticados oficialmente apoiados em critérios biomédicos, pois é preciso considerar como parte desse fenômeno as pessoas que vivenciam incômodos com seus corpos, são viciadas em exercícios físicos, realizam dietas radicais, mas nem por isso se encaixam entre os critérios de diagnóstico para *anorexia* ou *bulimia*. Segundo ela, profissionais da área médica consideram *transtorno alimentar* apenas características muito restritas, dentro de um perfil circunscrito, sem considerar que podem atingir diferentes formas e habitar corpos diversos, ampliando esse fenômeno. Os especialistas desejam estabelecer linhas claras e precisas entre patologia e normalidade, linha que, no entanto, pode ser muito difusa no que diz respeito à alimentação e imagem corporal (BORDO, 2003).

Na literatura clínica sobre *transtornos alimentares*, o que tem conduzido as pesquisas, segundo Susan Bordo, é a tarefa de descrever, classificar e elaborar uma definição de patologia. Proliferam-se tentativas de relacionar os *transtornos alimentares* a outras situações patológicas específicas (biológica, psicológica, familiar), ao lado de estudos destinados a demonstrar que os *transtornos alimentares* são partes de algum outro tipo de desordem estabelecida (depressiva, afetiva, etc.). Para ela, a *anorexia* e a *bulimia* estão surgindo cada vez mais em populações diversas de mulheres, reduzindo a probabilidade de descrever um perfil, por isso, cada vez mais esforços são colocados na classificação de subtipos distintos e emergem novas categorias “multidimensionais”, para que se possam precisar e unificar os fenômenos.

A compreensão dominante é a de que a cultura provoca, exacerba e dá formas distintas a uma condição patológica existente. Porém para ela, tal entendimento deixa de enfrentar fatos

¹² Os primeiros diagnósticos de *anorexia* foram realizados simultaneamente na Inglaterra por Gull e na França por Lasègue em 1873 e a *bulimia* primeiramente descrita por Russel em 1979 como uma variante da *anorexia*, ganhando posteriormente status diferenciado (Silva, 2004).

importantes sobre *transtornos alimentares*, como, por exemplo, a incidência desproporcionalmente elevada de aproximadamente 90% dos casos em mulheres e jovens do sexo feminino. Além do fato de que *transtornos alimentares* são cultural e historicamente situados nas sociedades industriais e aproximadamente nos último cem anos. Casos individuais foram documentados, não com frequência, em toda história, mas até a segunda metade do século dezenove esse incidente é pálido perto da escalada dramática da *anorexia* e *bulimia* nos anos de 1980 e 1990.

Estes elementos apontam para a cultura como produtora dos *transtornos alimentares*, não só através de ideologia e imagens, mas por meio da própria organização familiar, construção da personalidade, da formação e percepção. E, segundo ela, graças ao trabalho de estudiosos feministas, foi possível traçar um paralelo que atualmente é reconhecido por grande parte dos teóricos e clínicos entre as fontes derradeiras de histeria e neurastenia, vistas como desordens características da elite feminina Vitoriana, situadas na cultura Vitoriana e especialmente (porém não exclusivamente) na ideologia e perturbações relacionadas ao gênero.

Bordo propõe uma interpretação muito diversa sobre esse fenômeno. Para ela, no contexto da experiência *anoréxica*, há significados e expressão de ideais, anseios e desejos de mudanças sociais muito mais profundos do que a mera estética – provocando, no limite, questionamentos sobre os ideais socialmente valorizados. Os significados e ideais em jogo estão presentes na ideia de “não lugar”, de “negação do corpo”, expressos no ideal de uma silhueta delgada. A mídia e a indústria da moda são vistos como únicos inimigos – um inimigo capaz de instruir jovens garotas passivas numa ideologia opressiva e tirânica apoiada em recursos de imagens arbitrariamente escolhidas. Porém, para ela, porque a magreza teria se tornado o ideal cultural dominante no século vinte permanece algo ainda não resolvido. Ela considera que imagens nunca são somente imagens, por isso a questão da imagética cultural deve ser levada a sério. As imagens ensinam como ser bonita e como se transformar naquilo que a cultura dominante admira.

Capítulo 1

O contexto etnográfico

1.1. Uma “experimentação científica” – a tentativa de capturar o que se passa no *setting* psicanalítico

(...) nada como a imersão iniciática e mesmo a *conversão moral e sensual* ao cosmo considerado como técnica de observação e de análise que, com a condição expressa de que ela seja teoricamente instrumentada, deve permitir ao sociólogo apropriar-se na e pela prática dos esquemas cognitivos, éticos, estéticos e conativos que põem em operação cotidiana aqueles que o habitam. Se é verdade, como afirma Pierre Bourdieu, que nós “aprendemos pelo corpo”, e que “a ordem social inscreve-se no corpo por meio desse confronto permanente, mais ou menos dramático, mas que sempre abre um grande espaço para a afetividade”, então impõe-se que o sociólogo submeta-se ao fogo da ação *in situ*, que ele coloque, em toda a medida do possível, seu próprio organismo, sua sensibilidade e sua inteligência encarnadas no cerne do feixe das forças materiais e simbólicas que ele busca dissecar, que ele se arvore a adquirir as apetências e as competências que tornam o agente diligente no universo considerado, para melhor penetrar até o âmago dessa “relação de presença no mundo, de estar no mundo, no sentido de pertencer ao mundo, de ser possuído por ele, na qual nem o agente nem o objeto estão postos como tal”, e que, no entanto, os define, aos dois, como tais, e ata-os com mil laços de cumplicidade, mais fortes ainda porque são invisíveis (WACQUANT, 2002, p. 11, 12).

No início do desenvolvimento dessa pesquisa a inspiração metodológica baseava-se nos desenvolvimentos de Jeanne Favret-Saada (2005), na ideia de “ser afetado”, que parecia ser profícuo ao contexto da pesquisa. Para Favret-Saada, crítica da noção de observação participante, interrogar informantes não se trata de observação participante, pois nesse caso é o informante quem participa do trabalho do etnógrafo. Por outro lado, observar eventos equivale à tentativa de estar presente, sendo esta participação o mínimo necessário para que uma observação seja possível, não se tratando, portanto, de participação, mas de observação. A pesquisadora afirma que em seu contexto de pesquisa não bastava interrogar informantes ou apenas observar e “ser afetada” foi uma condição para realizar seu trabalho sobre feitiçaria no Bocage francês, pois os nativos somente falaram de feitiçaria com ela quando pensaram que ela tinha sido “pega” pela feitiçaria, quando ela tinha sido “enfeitiçada”. Ser enfeitiçada significava experimentar pessoalmente os efeitos reais de uma rede particular de comunicação humana. Para Favret-Saada, portanto, “ser afetado” é uma dimensão central do trabalho de campo e trata-se de um dispositivo metodológico que não se caracteriza nem de observação participante e muito menos de empatia em relação ao grupo estudado.

Ainda durante o processo de seleção para o mestrado, o dispositivo metodológico proposto foi alvo de questionamentos e suspeita, uma vez que “ser afetada” pelo meu campo poderia ser sinônimo de experimentar ou desenvolver comportamentos preocupantes e arriscados, além do

próprio conceito de “ser afetado” ser alvo de suspeita no departamento no qual a pesquisa viria a fazer parte.

A mim, parecia um conceito adequado, por afastar-se da ideia de empatia, assim como toda concepção de relativismo cultural, necessária a toda e qualquer observação participante e etnografia antropológica. Diferenciar-se da ideia de empatia afastava metodologicamente essa pesquisa antropológica do método psicanalítico (que muitas vezes parecia ser semelhante, apesar dos diferentes objetivos¹³), especialmente de cunho mais *kleiniano*, uma vez que Melanie Klein nomeou os aspectos trabalhados a favor da análise que são despertados pelo encontro da dupla analítica de empatia.

Além das muitas críticas e questionamentos ao uso da noção de “ser afetado”, foi-me sugerido na qualificação refletir sobre o campo a partir do método proposto por Loïc Wacquant, em *Corpo e Alma*¹⁴. Este trabalho já era conhecido e uma referência para mim, por tratar da produção do corpo a partir de uma técnica esportiva – o boxe – que permitiu ao pesquisador e permite ao leitor adentrar uma realidade social específica. Interessava-me, portanto, o modo como o autor buscava compreender o *ethos* dos atletas da academia de boxe a partir de suas práticas corporais e como as lógicas dos boxeadores eram construídas a partir do referencial do corpo – o capital-corpo, pensando que esta elaboração pudesse iluminar as questões em torno de como o corpo é constituído na experiência *anoréxica* e *bulímica*, que tem o corpo como “motivador” e instrumento central das práticas e das lógicas particulares. No entanto, ignorava a importância da proposta metodológica e a aproximação com minha pesquisa, pois assim como Wacquant recorreu à prática do boxe para se aproximar dos nativos e buscar compreender suas lógicas, a mim foi necessário recorrer à análise pessoal para compreender o que se passa no *setting* psicanalítico.

Apesar de ter grande curiosidade e vontade de fazer análise há tempos, nunca havia iniciado um processo até o momento da pesquisa. Assim que a pesquisa se delineou e o recorte foi estabelecido, pareceu importante para a compreensão do campo iniciar um processo de análise pessoal, na medida em que, por questões éticas, eu estava impossibilitada de acompanhar as sessões de psicoterapia dos pacientes da instituição. A mim foi permitido apenas acompanhar as reuniões da clínica, na qual ocorriam discussões de casos, textos teóricos e questões burocráticas, além da

¹³ Ao buscar compreender o método psicanalítico e o que consiste o processo de análise percebia que o papel do psicanalista era ouvir sem lançar julgamento algum, o que muitas vezes parecia ser a minha própria posição diante dos meus interlocutores e ao acompanhar as reuniões da instituição ou entrevistar as *pacientes* e as psicanalistas. No entanto, enquanto meu intuito é compreender os significados das práticas e visões de mundo dos sujeitos envolvidos, o intuito da psicanalista parece ser o de proporcionar à *paciente* uma outra concepção de si própria, descolada do discurso médico (no caso das *pacientes* com *transtornos alimentares*, especialmente aquelas que passaram por outra instituição antes) e uma possibilidade de elaborar seus conflitos internos. Há, portanto, um compromisso de cuidar e “sara” as *pacientes*, ou pelo menos melhorar seus *sintomas* entre os objetivos das psicanalistas da clínica

¹⁴ Agradeço a sugestão da banca, especialmente de Heloísa Pontes, que me alertou para a procura da análise pessoal como um processo similar à prática do boxe por Loïc Wacquant no contexto de sua pesquisa como uma técnica necessária para acessar a lógica nativa. Eu já havia iniciado um processo de análise pessoal e falava sobre ele numa pequena nota de rodapé no texto da qualificação, mas fui incentivada a desenvolver essa questão.

triagem dos *pacientes* quando estas chegam à instituição e passam por uma entrevista, uma espécie de *anamnese* a partir da qual uma hipótese diagnóstica é elaborada. Este é o único momento no qual tinha acesso às *pacientes* e podia observá-los, sem interagir com elas ou formular novas questões além das que eram feitas na triagem, que já se tratava de uma entrevista muito longa e que dura em média uma hora. No mais, tinha acesso ao discurso das psicanalistas a respeito das *pacientes* e suas interpretações sobre o andamento da psicoterapia de cada um. Mas o que se passava no *setting* psicanalítico e no encontro de cada dupla de *paciente* e psicanalista? Algo impossível de se acessar, e por isso uma tentativa de aproximação deu-se por intermédio de minha própria análise, na qual eu mesma estabeleceria uma relação com meu analista e poderia imaginar, ainda que seja um processo muito particular e único, o que se dá no encontro da “dupla analítica”. Só então pude compreender, no cotidiano e no estabelecimento de uma relação com meu analista, do que se tratavam alguns conceitos caros à psicanálise, como o de *setting*, enquadre, contrato entre analista e analisando, resistência e transferência.

O *Setting* psicanalítico é uma espécie de “cenário”, o ambiente e as condições estabelecidas pelo analista, compostos pelas regras, acordos, condições materiais, temporais e espaciais a partir das quais se procura facilitar o desenvolvimento de um processo analítico. A disposição dos móveis, a iluminação da sala, a decoração do ambiente, o modo de recepção do analisando, a postura do analista são estratégias fundamentais para facilitar a análise, procurando criar condições com a mínima perturbação para o desenvolvimento do processo analítico. São estratégias que procuram tornar fixos alguns aspectos como frequência e horário das sessões, reserva analítica¹⁵ e a utilização do divã, que possibilita uma posição ao analisando compreendida pelos psicanalistas como de relaxamento e menor resistência, uma vez que não se encontrará face a face ao analista. Diferentemente da poltrona, posicionada diante do analista, na qual o analisando senta-se face a face, no divã o analisando pode deitar-se na ausência do olhar do analista, uma vez que se encontra de costas para ele. Essa posição é vista pelos psicanalistas em geral como facilitadora da livre associação de ideias, pois diminui a resistência, bem como promove um relaxamento, possibilitando-o entregar-se para a análise.

Para Russo (1980), o *setting* analítico é um espaço de interação que se caracteriza por uma total descontinuidade com os demais espaços da vida cotidiana do paciente. As regras, que são de dois tipos: a primeira relativa à organização física do corpo e do espaço, isto é o uso do divã, a

¹⁵ Logo nas primeiras sessões vivenciei dois encontros com meu psicanalista fora do consultório (ao chegar para a análise, nas proximidades do consultório), nos quais senti um grande constrangimento e pude compreender o que significava estar protegida pelo *setting*, ou seja, protegida pela constituição de um espaço e pela produção de condições para que eu pudesse sentir-me “à vontade” para expressar-me. O constrangimento sentido devia-se ao fato de não saber como me portar diante do analista fora do espaço analítico. Esse constrangimento parecia evidenciar o que seria o estabelecimento de um *setting* e contrato analítico, não em termos teóricos ou nos termos em que é formulado pela psicanálise, mas a partir do modo que pude compreendê-lo na prática.

posição do analista, as sessões regulares, com tempo marcado e horário determinado, o controle dos movimentos e da visão, e a segunda, que diz respeito à atitude a ser mantida pela *analista* e pelo *analizando*, uma vez que ao primeiro cabe manter uma atenção flutuante¹⁶ aliada a uma atitude de indiferença com relação à cura de forma a impedir que suas expectativas interfiram na sua posição de ouvinte neutro e certo grau de frieza emocional, enquanto o *analizando* deve dizer tudo que lhe vier à cabeça, associando livremente, sem restrições de ordem moral ou valorativa – organizam a utilização do espaço, do tempo, do corpo e das atitudes na análise. O *setting* está relacionado à postura de espelho, preconizada por Freud, mostrando ao paciente apenas o que lhe é mostrado, o que funciona como um suporte para a transferência, o que justifica uma série de outras regras de ordem prática que constituem o chamado *setting* analítico.

De acordo com umas das psicanalistas entrevistadas, nós, seres humanos, pensamos melhor deitados. Segundo ela, é deitado que temos as melhores ideias. No entanto, ela não recomendava a todos os *pacientes* o uso do divã, pois considerava que para *pacientes* muito deprimidos ou obesos o uso do divã pode não render positivamente, por ser uma posição que pode regredir demais o paciente, deprimindo-o ainda mais, e para os obesos é uma posição que “espalha” de uma maneira que pode também não trazer um efeito positivo. Quando lhe questiono o que é o *setting* psicanalítico, ela diz:

SAMANTHA¹⁷ – O *setting* é o enquadre, o enquadre analítico. A gente tem algumas regras aqui. A gente tem uma teoria e uma técnica que está por trás de tudo isso. Então se eu cobro falta, não é porque sou mercenária e quero ganhar dinheiro, eu cobro falta pra não dar mão pra resistência da paciente. Eu falo: “Oi resistência, tudo bem? Vamos trabalhar juntas?”, por exemplo. Com paciente adolescente, além de não dar mão pra resistência, serve pra ele perceber que tem uma consequência, ele pode até faltar, mas vai ter uma consequência.

De acordo com ela, o *setting* precisa ser muito bem trabalhado, e se diferencia do *setting* hospitalar, pois preserva ser caráter. Preservar o caráter analítico do *setting* é condição de existência para o processo de análise ou a psicoterapia analítica. Ela considera que em psicanálise tudo supõe uma técnica:

SAMANTHA – (...) Como você ouve o paciente, como você intervém, se você fala, porque fala uma coisa com um paciente e não fala para outro, essa coisa de: “olha, a gente se encontra aqui todo dia, tal horário, dura 50 minutos, quando você chegar aqui você fala o que te vier à cabeça, tenta não se preocupar com a forma daquilo que você diz, se está fazendo sentindo, se não está fazendo sentido, porque que eu tô falando isso, deixa isso pra mim que eu vou trabalhar isso...”. Então é o enquadre mesmo do nosso trabalho.

¹⁶ A atenção flutuante, a não diretividade do terapeuta, e a sugestão de neutralidade só passaram a ser qualidades que definem a atitude do analista a partir do abandono das atividades sugestivas e a técnica da hipnose, marcando, assim, o início das investigações psicanalíticas. A neutralidade opõe-se à sugestão e a falha do método sugestivo, isto é, a relação estabelecida entre *analista* e *analizando*, que interfere no resultado do tratamento, será visto como o grande trunfo do método de associação livre. Segundo Russo: “A transferência, fenômeno que se oculta atrás da sugestão, passa a constituir o campo onde se desenrolarão as batalhas cruciais do tratamento” (1980, p. 209).

¹⁷ Os nomes citados aqui são pseudônimos criados por mim para preservar as identidades das psicanalistas.

Além da busca por compreensão das lógicas, foi uma provocação de umas das psicanalistas da clínica, com quem tive um conflito, que reforçou a importância de iniciar um processo de análise depois de tanto tempo resistindo. Segundo ela, eu não poderia entender o que se passava no processo analítico por nunca ter feito análise. Apesar de desconfiar de tal afirmação, entreguei-me a um processo pessoal analítico que me permitiu **experimental** os efeitos da análise, do *setting* e da *transferência*¹⁸, tão caras à psicanálise, possibilitando-me compreender os significados do conflito que impediu meu acesso às *pacientes*, além de facilitar o entendimento das teorias e concepções.

Abro aqui um parêntese para tratar desse conflito bastante significativo, pois de certa forma mudou o rumo da pesquisa e é revelador das lógicas do próprio campo, bem como das concepções psicanalíticas, e da particularidade de se pesquisar nesse universo. Em campo, inicialmente, estabeleci um “contrato”¹⁹ com as psicanalistas da instituição, especialmente com as coordenadoras. A relação com as psicanalistas pareceu-me sempre muito complexa por se tratar de uma relação entre pesquisadora e pesquisados, que também são pesquisadores, além do fato de a pesquisadora ocupar de certa forma uma posição “inferior” (ou no mínimo diferenciada), por não dominar o saber psicanalítico. Tal contexto teve significados diversos ao longo do período de pesquisa. O lugar atribuído a mim (ou, nos termos psicanalíticos, a *transferência* das psicanalistas em relação à pesquisadora antropóloga)²⁰ e apropriado por mim, oscilou entre a desconfiança em relação a alguém que está observando suas práticas e seus discursos, a uma posição de parceria e cooperação mútua, na qual demonstraram extrema disponibilidade em colaborar com a pesquisa, assim como eu em colaborar com a instituição, a uma relação de amizade e vínculo pessoal. A analogia da minha relação com a instituição com o chamado *contrato psicanalítico* deve-se ao estabelecimento, *à priori*, das condições desta relação ao longo da pesquisa.

O *contrato* previa que eu poderia entrevistar algumas *pacientes*, escolhidas e sugeridas por elas, uma vez que meu intuito era compreender as concepções, sentidos e usos do corpo de sujeitos com *transtornos alimentares*. A pesquisa centrava-se nas experiências e visões de mundo desses sujeitos e no modo como compreendiam seus corpos constituídos através da identificação com a *anorexia* ou *bulimia*. Por isso o contato com as *pacientes* e com suas concepções, para além do discurso psicanalítico sobre eles, era de extrema importância para os objetivos pretendidos.

¹⁸ De acordo com Russo (1980), a noção de transferência é importante, pois se inscreve no seio da teoria freudiana das pulsões. Segundo ela, os *pacientes* tendem a repetir na análise os modos de *ligação libidinal* que foram cristalizados no passado, que passam a ser uma espécie de “vícios” libidinais. A repetição desses vícios se configura como a resistência no processo analítico.

¹⁹ *Contrato* é o termo utilizado pelas psicanalistas para se referir à relação estabelecida entre *analista* e *paciente*.

²⁰ Utilizo o termo psicanalítico *transferência* como metáfora dessa situação, embora não se trate de uma *transferência* analítica propriamente, mas por parecer carregar o mesmo significado da *transferência* em situação analítica.

Depois de entrevistar duas *pacientes* de uma das psicanalistas, sugeridas por ela mesma, houve uma situação que transformou o *contrato* e impossibilitou-me de entrevistar novas *pacientes* ou mesmo aprofundar meu contato com as entrevistadas.

Desde o princípio, eu pretendia entrevistar as *pacientes* mais de uma vez na tentativa de aprofundar meu conhecimento e relação com esses sujeitos, de modo que pudesse estabelecer um contato que me permitisse compreendê-las e quebrar o “discurso pronto” ou baseado no fato de que muitas vezes os entrevistados afirmam aquilo que imaginam que o entrevistador quer ouvir. Portanto, entrevistá-las significava estabelecer uma relação na qual pudesse conhecê-las profundamente, o que não se dá em uma única entrevista em poucas horas.

No entanto, a psicanalista que me sugeriu duas de suas *pacientes*, uma que estava há dez anos fazendo psicoterapia e a outra que estava há cerca de cinco anos – Regina e Mônica, que serão apresentadas no capítulo três – esperava que eu fizesse apenas uma entrevista com elas, ou melhor, que essa entrevista seria superficial e que nesse contato não se pretenderia estabelecer uma “relação” com as *pacientes*.

Depois de fazer o primeiro contato e entrevistar essas *pacientes*, deixei aberta a possibilidade de fazer novos contatos, o que foi inclusive apresentado também à psicanalista. Dias depois de entrevistar Regina, que foi o alvo do conflito, e que havia me recebido em sua casa muito atenciosamente, convidei-a para assistir uma peça que falava sobre *transtorno alimentar*, pensando que esta seria uma possibilidade de conversar sobre o assunto a partir de sua compreensão da peça. Este seria o erro estratégico que culminaria no conflito com sua psicanalista, que depois de saber do convite me ligou, solicitando que me afastasse de sua *paciente*, pois eu estava interferindo no tratamento dela e no seu *setting* psicanalítico. De acordo com a psicanalista eu estava “desconstruindo seu *setting* psicanalítico”.

Considero agora que esse foi um erro estratégico porque convidá-la para assistir uma peça que tratava sobre a questão da *anorexia*, o que me parecia uma ótima maneira de trazer o assunto e aproximar-me de suas concepções, numa abordagem mais etnográfica, levantaria suspeita em sua psicanalista sobre o risco de falar sobre o *transtorno alimentar* e trazer à tona emoções que poderiam interferir no bem estar de sua *paciente*. Obviamente, o convite fora feito levando-se em consideração que Regina já havia anunciado antes mesmo de nosso encontro, por telefone, que não sentia incômodo algum em falar sobre o assunto, e que não era do tipo que sofria para contar suas experiências. Era também uma preocupação minha não causar-lhe desconforto e preservá-la, tanto que não levantei nenhuma questão que considerava constrangedora ou desconfortável nas entrevistas, procurando manter-me sensível às suas questões. Pensava então que esse convite seria uma ótima maneira de me aproximar e uma estratégia que permitiria um contato e uma espécie de convivência etnográfica que me possibilitaria outro tipo de comunicação, para além daquele

estabelecido em contexto formal de entrevista, por mais aberto que seja seu roteiro e “descontraída” a maneira de conduzi-la.

No entanto, foi a partir desse convite, que chegou ao conhecimento da psicanalista por intermédio de sua *paciente* na sessão (de psicoterapia) seguinte ao convite, que desencadeou o conflito que alterou os rumos da pesquisa. Vale ressaltar, no entanto, que este não parece ter sido o único elemento desencadeador do conflito, pois a psicanalista já havia manifestado incômodo com outras posturas e conversas estabelecidas com sua *paciente*. Uma dessas posturas foi a de falar sobre a minha própria vida, como uma estratégia de estabelecer uma relação de troca e de confiança com a entrevistada, para que se sentisse mais à vontade para falar sobre si própria. Por isso, no momento da entrevista, quando me convidou para passear com seu cachorro e deparamo-nos com um de seus vizinhos, ator de uma importante companhia de teatro de São Paulo, ela me perguntou se eu conhecia o diretor daquela companhia, também morador do mesmo prédio. Então eu disse que conhecia, pois havia feito teatro antes de entrar na faculdade, e que costumava assistir às peças daquele grupo. Na reunião seguinte à entrevista, a psicanalista questionou-me, diante de outras psicanalistas do grupo, no café no qual costumam encontrar-se antes da reunião, se eu havia feito teatro naquele grupo, pois sua *paciente* havia comentado na análise o meu contato com o teatro. Depois de dizer que nunca havia feito parte do grupo, a psicanalista perguntou às outras se conheciam o trabalho daquele diretor, julgando-o por ser imoral, cujo gosto artístico seria duvidoso, por explorar a nudez. Bastante constrangida pelas críticas que pareciam recair a mim e não ao diretor, procurei defender-me dizendo que nunca fiz parte do grupo, mas que considerava aquela uma manifestação artística legítima e importante para a história do teatro brasileiro, especialmente nos anos 60, por seu caráter inovador, crítico e questionador.

Pensei, naquela ocasião, que o questionamento e indignação diziam respeito a um julgamento moral pessoal da psicanalista. Outra possibilidade que me ocorreu no momento foi um incômodo por “desconhecer meu passado” e não saber quem poderia ter sido aquela que agora, de certa forma, fazia parte da instituição, ou um desconforto por saber de mim por intermédio da sua *paciente*.

Depois de muito refletir sobre os acontecimentos e os desencadeamentos seguintes, além da justificativa da psicanalista, que disse posteriormente compreender minha técnica, mas que eu não poderia dar continuidade, pois considerava que “minha técnica antropológica estava esbarrando em sua técnica psicanalítica”, supus que talvez sua reação fosse resultante do incômodo de sua própria *paciente*, que manifestou na *transferência* um questionamento destinado à figura da psicanalista, por associar sua imagem à minha, uma vez que era ela quem intermediava nossa relação. Desse modo, assim como a figura do diretor parecia ter sido associada à minha imagem na *transferência*

da psicanalista, minha imagem pode ter sido associada à imagem da psicanalista na *transferência* de sua *paciente* na psicoterapia.

Além disso, o aborrecimento pessoal da psicanalista por meu envolvimento com sua *paciente*, para além da *transferência* e associação da minha imagem à sua, pode talvez ser explicado também por sua compreensão tardia de que assim como eu havia me envolvido com a instituição, o faria com as *pacientes*.

Justifiquei à psicanalista que nunca pretendi prejudicar a psicoterapia ou causar desconforto à sua *paciente*, mas que está previsto na pesquisa antropológica o estabelecimento de uma espécie de relação com os informantes da pesquisa, pois é esse contato e relação que viabilizaria a realização de uma etnografia com as *pacientes*. E expliquei que, diferentemente da relação constituída na análise ou na psicoterapia, que impede o estabelecimento de um vínculo para além do contato “profissional” entre psicanalista e *paciente*, do ponto de vista antropológico não havia impedimento ético algum em estabelecer uma relação com a informante. Em resposta à minha justificativa a psicanalista afirmou compreender que este poderia ser o método antropológico, embora imaginasse inicialmente que meu contato com as *pacientes* não seria aprofundado e que uma entrevista bastaria para descobrir o suficiente para a pesquisa, mas que “meu método antropológico esbarrava em seu método psicanalítico”, que prevê que não se estabeleça um vínculo “pessoal” com os *pacientes*. Sua explicação me levava a considerar que a psicanalista confundira meu papel de antropóloga com o papel de psicanalista, ou estendia a mim seu método e compromissos psicanalíticos.

Mais tarde, minha percepção sobre o evento alterou-se e passei a compreendê-lo como uma reação da psicanalista a uma reação da *paciente*, que levava todas as nossas interações, inclusive por e-mail, para suas sessões semanais. Além disso, considerar que eu estava “desconstruindo o *setting* psicanalítico” significava que eu estava absolutamente vinculada à imagem da psicanalista, o que implicava em ser considerada quase como uma extensão da psicanalista fora do *setting*, o que parecia fragilizá-lo, como se meu encontro com ela representasse um encontro com sua psicanalista fora do *setting*, além de relacionar os dados sobre minha vida aos da própria psicanalista, o que causou desconforto a ambas. O temor da psicanalista era o de que a *paciente* obtivesse informações sobre sua vida que ela não pudesse controlá-las ou, por outro lado, que a psicanalista obtivesse informações sobre a *paciente* para além daquelas trazidas às sessões. Segundo alguns psicanalistas e colegas com quem conversei posteriormente (e que ouviram apenas as minhas versões sobre os fatos), talvez toda essa “confusão” pudesse ser esclarecida dentro do próprio *setting*, mas me parece que a psicanalista não quis correr o risco de desentendimentos e comprometimento do tratamento de sua *paciente*, por isso resolveu impedir que meu “método antropológico esbarrasse em seu método psicanalítico”.

De acordo com essa psicanalista, eu não poderia compreender o que ela estava me dizendo e sua explicação sobre porque meu método estava esbarrando no seu, “desconstruindo seu *setting*”, pois nunca havia feito análise e não entendia a relação que se estabelece no *contrato* entre psicanalista e *paciente* (ou analista e analisando). Foi então que me convenci de que seria necessário iniciar um processo de análise.

Para além da motivação de pesquisa e a finalidade de compreender meu campo, já havia instaurada uma “curiosidade” e desejo pessoal de fazer análise. Além disso, assim como a personagem do filme dirigido por Wood Allen, que ouve histórias de *pacientes* de um consultório ao lado de seu escritório, motivando-se a refletir sobre suas próprias questões e conflitos, parece que conhecer e ouvir os casos das *pacientes* da instituição levou-me a considerar e encarar meus próprios conflitos e questões internas.

Refiro-me ao belíssimo filme *Another Woman* (1988)²¹, no qual a protagonista Marion Post, uma mulher bem resolvida e inteligente, professora de filosofia, vê-se obrigada a confrontar-se com questões que pareciam até então sob controle. Tudo começa quando resolve alugar uma sala comercial para que possa dedicar-se a um novo livro que está escrevendo, localizada ao lado de um consultório psiquiátrico²². Enquanto trabalha, Marion percebe que é possível ouvir o que se passa nesse consultório, e sensibiliza-se com a história contada por uma *paciente* que parece estar bastante angustiada. A narrativa sobre a vida da protagonista no início do filme começa da seguinte maneira: “Se me pedissem, quando cheguei aos 50, que fizesse um balanço da minha vida, diria que consegui um bom nível de realização, pessoal e profissional. Mais do que isso diria: ‘prefiro não aprofundar’. Não que tenha medo de desvendar algum lado negro da minha personalidade. Mas sinto que, se a coisa funciona, o melhor é deixar como está”.

No decorrer do filme, parece que “a coisa” não estava funcionando muito bem na vida da personagem, pois ao ouvir as crises e queixas da *paciente* ao psiquiatra – incomodada com seu casamento e lembrando-se de uma antiga paixão – Marion, uma mulher que aparentemente tinha o controle de sua vida e estava certa de suas escolhas, foi obrigada a ocupar-se de seus próprios conflitos. As palavras da *paciente* em crise invadiram sua mente durante um cochilo e a acordaram, ressoando em sua vida:

²¹ Agradeço a sugestão da Profa. Dra. Heloísa André Pontes na qualificação do filme de Woody Allen, que me possibilita ilustrar o modo como as situações de campo podem afetar pessoalmente o pesquisador, bem como promover impacto metodológico e compreensão do campo no desenvolvimento da pesquisa.

²² O filme faz referência ao *psychiatrist*, que é psiquiatra, e não propriamente ao *shrink*. No entanto, a dinâmica das sessões se assemelha às de psicoterapia, pois mostra a *paciente* falando, fazendo suas queixas e o terapeuta fazendo algumas intervenções. O consultório quase nunca é mostrado, apenas o som vindo de lá, que invade o escritório da protagonista. Num dos poucos momentos em que aparece evidencia a semelhança com o “cenário” da psicoterapia. Embora não haja divã (ou não apareça) a disposição das poltronas frente a frente, sem nenhuma mesa ou móvel entre terapeuta e *paciente* se assemelha muito à disposição dos consultórios das psicanalistas.

Acordei no meio da noite. O tempo passava. Havia sombras estranhas. Comecei a pensar na minha vida, coisas que me perturbavam. Havia nela algo que não era real. Cheio de dissimulação. E a dissimulação era tanta, e de tal modo parte integrante de mim, que já nem sabia dizer quem é que eu realmente era. E de repente comecei a suar. Me sentei na cama com o coração palpitando. Olhei para o meu marido, deitado ao meu lado, e era como se fosse um estranho. Acendi a luz e o acordei, e lhe pedi que me abraçasse. Só passado um grande tempo é que me recompus. Mas houve ali um momento antes, em que foi como se tivesse aberto uma cortina, e eu tivesse me visto claramente. Mas tive medo do que vi. E do que me esperava. E pensei... pensei em acabar com tudo!²³

A *paciente* continua refletindo sobre sentimentos estranhos em relação ao seu casamento e questionando-se se haveria feito as escolhas certas e lembrou-se de outro homem com quem se envolveu antes de casar-se. As cenas que seguem mostram a protagonista lembrando-se de uma paixão que viveu pouco antes de casar-se, ao mesmo tempo em que se depara com a falta de paixão e intimidade do seu atual casamento. Parece olhar para seu marido do mesmo modo que a *paciente* descrevera, “como se fosse um estranho”, assim como parecia dar-se conta de que sua vida também era cheia de dissimulação.

Assim como Marion, ouvir as histórias e conflitos das *pacientes* incitou-me a lidar com os meus próprios conflitos internos, embora não fossem os mesmos apresentados pelas *pacientes*. Apesar de não ter *sintomas* e “questões” alimentares – além daquelas pelas quais sofrem quase todos os indivíduos atualmente, ou seja, ter que lidar com a grande disponibilidade e variedade de alimentos, e ao mesmo tempo cuidar da saúde e preocupar-se com a forma física, privando-se dos “excessos” – entendo que meus conflitos também se expressavam pelo corpo.

Além disso, emprego a narrativa do filme também para apontar o quanto a pesquisa atravessou minha análise pessoal.²⁴ Houve uma situação na análise em que falei sobre esse atravessamento da pesquisa e contei sobre o filme e a personagem que ouvia a angústia e conflitos internos alheios. A aproximação da situação do filme com a minha própria fora interpretada naquele momento como uma tentativa de transformar o “consultório” em “escritório”, em analogia à personagem do filme que de certa forma transformava seu escritório em consultório, ou seja, eu tentava transformar os temas de análise em tema de pesquisa, reivindicando ao analista que

²³ Considerei interessante trazer parte da narrativa do filme, pois, embora ficcional, é uma maneira de apresentar um discurso de uma *paciente*. Trata-se de um trecho do filme no qual a *paciente* revela ao psiquiatra, que a atende diariamente, no mesmo horário, pensamentos que havia tido na noite anterior.

²⁴ No início do processo analítico, além do que os psicanalistas chamam de *resistência*, que seriam estratégias forjadas pelo analisando para escapar da situação de análise, que ocorre principalmente antes do estabelecimento de um *vínculo* entre analista e *analisando*, eu apresentei uma dificuldade maior, que pode também ser considerada como parte da *resistência*, pois “fantasiava” (nos termos nativos) que meu analista pudesse escrever artigos e expor “meu caso”, assim como via as psicanalistas da clínica fazerem com seus casos, o que me causava certo desconforto. A *resistência* é vista pelos psicólogos e psicanalistas como parte do processo analítico (ou psicoterapêutico) e é comum manifestá-la, especialmente no início. No meu caso, além da *resistência* havia também um atravessamento da pesquisa na análise, pois os dados da pesquisa, situações que presenciava na clínica e as histórias que ouvia sobre as *pacientes* reverberavam na minha própria análise, dado que uma das motivações para iniciá-la passava pelo interesse de pesquisa e de saber do que se tratava a análise, o que se dava no *setting* e como atuavam os psicanalistas.

analisasse o “meu caso”, enquanto que a personagem ouvia as histórias da paciente em seu escritório, transformando-o em consultório metafórico, no qual ela revê sua vida e suas escolhas. Nessa interpretação eu buscava transformar o consultório em escritório, na medida em que reivindicava ter acesso às interpretações que o analista fazia a meu respeito, a elaboração teórica sobre o “meu caso”, como aquelas feitas pelas psicanalistas. E encontrei-me justamente na posição de transformar o consultório em escritório ao anotar no caderno de campo, em meio às anotações etnográficas, conteúdos da minha análise pessoal, como se fizessem parte da minha pesquisa.²⁵

Iniciar minha análise pessoal é, portanto, uma tentativa de “participação observante” (Wacquant, 2002) e de apreender na e pela prática o que se passa no encontro único e quase mágico que ocorre no *setting* psicanalítico, bem como encontrar significados ao conflito vivido com a psicanalista que altera o rumo da pesquisa, pois coloca a própria instituição e seus métodos como protagonistas da pesquisa.

Diante do conflito ocorrido e de tal conjuntura, no exame de qualificação a banca sugeriu-me a reformulação dos objetivos da pesquisa, deixando o interesse pelas experiências²⁶ e constituição do corpo dos sujeitos em segundo plano, focando-me na instituição e suas concepções, o que poderia também produzir um diferencial à pesquisa, uma vez já havia o trabalho da pesquisadora Daniela Ferreira Araújo Silva sobre *transtornos alimentares* que problematiza trajetórias e a constituição de si.²⁷ Apesar de já conhecer esse trabalho antes mesmo do exame de qualificação, não descartei investigar a constituição dos sujeitos e dos corpos no contexto dos *transtornos alimentares*, visto que meu objetivo era aproximar a constituição dos próprios sujeitos aos saberes biomédicos e psicanalíticos sobre a *Anorexia* e *Bulimia Nervosa*, bem como às concepções veiculadas pela mídia em geral. Desse modo, o diferencial da pesquisa era a articulação entre os diversos discursos, a fim de compreender como as concepções sobre esses *transtornos* eram forjadas, assim como investigar se as concepções biomédicas e mediáticas intervinham na constituição dos sujeitos a partir de interpelações (Butler, 2003, 2007). Nesse sentido, a clínica apresentava-se como um diferencial por tratar-se de uma instituição psicanalítica, o que justifica sua escolha como “objeto” da pesquisa. Posteriormente, diante da impossibilidade de acessar as *pacientes*, a instituição e sua produção de saberes surge como uma possibilidade viável e um duplo diferencial, por tratar-se de uma etnografia em contexto institucional distinto daquele investigado na pesquisa citada anteriormente, bem como pelo interesse nas concepções e discursos psicanalíticos

²⁵ No esforço de utilizar minha análise pessoal como forma de compreensão das lógicas do campo, considereirei que anotar e recuperar as *livres associações* de algumas das sessões pudesse servir como ilustrações do que se dá no *setting* psicanalítico, de como se encadeia o pensamento nessas situações e como o psicanalista conduz a sessão de modo a “reger” a *livre associação de ideias* do analisando.

²⁶ Fui alertada sobre o perigo do uso da categoria experiência que pode sugerir algo que se porta e que está finalizada. Faz-se necessário esclarecer, portanto, que o uso do termo experiência se dá no sentido de algo que está constantemente em produção, em processo.

²⁷ Tese de doutoramento de Daniela Ferreira Araújo Silva, orientada pela Profa. Dra. Heloísa André Pontes, de 2011.

sobre os *transtornos alimentares*, que traz implicações e diferenciação à pesquisa, apresentadas nos capítulos a seguir.

1.2. Protagonistas da etnografia – inserção e caracterização da instituição

Desde meados de 2009, quando ainda fazia iniciação científica durante a graduação em Ciências Sociais, fiz contato com essa clínica psicanalítica, cuja abordagem diferenciada e muito particular poderia me proporcionar um interessante campo para compreensão dos fenômenos referentes aos *transtornos alimentares* a partir de uma visão psicanalítica.

A instituição etnografada foi criada em meados dos anos 2000 e surgiu como um núcleo de pesquisa de um instituto reconhecido do campo da psicanálise, transformando-se posteriormente em um núcleo de pesquisa e atendimento independente, cujo propósito é buscar um referencial teórico e clínico que fundamente a prática da psicanálise no atendimento de pessoas com *transtornos alimentares*.

A instituição é composta por psicólogas e psicanalistas²⁸ responsáveis pela triagem e atendimento às pessoas que procuram psicoterapia especializada em *transtornos alimentares*. Além de psicoterapia individual, a instituição oferece grupos psicoeducativos a pais, familiares e cuidadores, supervisões clínicas aos membros da instituição e profissionais especializados, grupos de estudo, cursos de aperfeiçoamento e palestras.

As atividades da instituição são realizadas na cidade de São Paulo, no entanto, não há uma sede “concreta” uma vez que cada psicanalista atende em seu próprio consultório²⁹. Há um local no qual elas se reúnem semanalmente para discutir casos, triagens, textos e resolver pendências e questões burocráticas, mas não há um espaço para atender as *pacientes* e interessados em atendimento, por isso o contato inicial é feito por e-mail e/ou telefone e, verificando-se uma possível necessidade de atendimento, o interessado é encaminhado à triagem para que se possa realizar uma hipótese diagnóstica a partir dos fatos relativos aos critérios para *anorexia* e *bulimia nervosas*. Passar pelo processo de triagem não é garantia de que receberá atendimento, pois o encaminhamento só ocorrerá caso haja um diagnóstico de *anorexia* ou *bulimia*. Se o diagnóstico for outro ou não houver uma hipótese diagnóstica, a pessoa possivelmente será encaminhada para outra instituição. Assim como o atendimento, as triagens também são realizadas nos consultórios

²⁸ Embora seja uma clínica de pesquisa e atendimento em psicanálise, nem todos os membros são psicanalistas, assim como nem todos os membros são psicólogos. Há aqueles que possuem formação em filosofia, por exemplo, e que posteriormente fizeram formação em psicanálise sem nunca ter estudado psicologia e, por outro lado, há aqueles que não têm ou ainda estão em formação em psicanálise e que, portanto, não são considerados psicanalistas.

²⁹ Em entrevista concedida a mim, uma das coordenadoras explica que a ideia de fazer os atendimentos nos consultórios particulares é guardar as características de um atendimento em psicanálise.

particulares de cada psicanalista e realizadas sempre por duas psicanalistas, uma conduzindo e a outra anotando as informações.

Trata-se de uma instituição voltada não apenas ao atendimento, mas também à pesquisa, por isso as produções, publicações, participações em eventos, cursos e palestras entraram para o escopo do material e pesquisa de campo. Portanto, acompanhar as reuniões, discussões dos casos e produções teóricas me possibilitaram ter acesso às concepções psicanalíticas sobre os *transtornos alimentares*.

Em São Paulo, há dois centros especializados em *transtornos alimentares*, ambos são parte de importantes hospitais públicos associados a escolas de medicina reconhecidas, que adotam equipe multidisciplinar, composta usualmente por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e outros. Apesar da recomendação de formação de equipe multidisciplinar, na clínica encontram-se exclusivamente psicólogas e psicanalistas que oferecem atendimento em psicoterapia psicanalítica. A sua peculiaridade é, por um lado, ser uma instituição psicanalítica que se apóia em critérios de diagnóstico psiquiátricos para orientar seu atendimento, por outro, ser uma instituição especializada em um *transtorno* cuja abordagem legitimada demanda equipe multidisciplinar. No entanto, embora a clínica parta de um referencial psicanalítico e ofereça apenas psicoterapia, há casos em que é recomendada a formação de uma “equipe”, ou seja, acompanhamento com outros profissionais, dependendo da gravidade do caso, do estágio do transtorno³⁰ ou existência de outras comorbidades. Assim, em alguns casos orienta-se a *paciente* sobre a importância de receber acompanhamento com outros profissionais, especialmente psiquiatras e nutricionistas, na maioria das vezes indicados pelas próprias psicanalistas. Há casos, inclusive, em que a psicanalista pode se recusar a atender a *paciente*, caso ela não tenha acompanhamento com psiquiatra e nutricionista. Portanto, não há uma recusa desses profissionais no tratamento desses *transtornos*, mas sim um interesse institucional na abordagem psicanalítica. Desenvolverei adiante uma reflexão mais cuidadosa a respeito da relação entre os critérios de diagnóstico psiquiátricos e as concepções psicanalíticas.

A respeito de minha inserção na instituição, desde o meu primeiro contato com as coordenadoras da clínica temia que minha participação não fosse autorizada, por conta da costeira suspeita levantada pelos pesquisadores da área de Ciências Humanas e Sociais. Meu receio não era injustificado, especialmente por ter tido uma experiência anterior, na qual minha participação havia sido negada em outra instituição. Essa situação ocorreu numa tentativa de pesquisar um dos grupos multidisciplinares especializados em *transtornos alimentares* de um

³⁰ A formação de “equipe” multidisciplinar e o acompanhamento com psiquiatra e nutricionista são recomendados especialmente no momento de remissão dos sintomas do *transtorno alimentar*, depois desse período não há tanta necessidade, de acordo com uma das psicanalistas da instituição. Entretanto, presenciei debates em algumas reuniões de 2011, nos quais as psicanalistas levantaram questões sobre a pertinência de não aceitar *pacientes* que não tivessem acompanhamento com psiquiatra e nutricionista, de preferência especializados, cada qual responsável por seu papel no tratamento.

grande hospital público para uma pesquisa realizada durante a graduação em Ciências Sociais³¹. No entanto, surpreendentemente, a recepção na clínica foi distinta daquela recebida no grupo multidisciplinar do hospital. Os motivos poderiam ser diversos. Um deles poderia ser que agora meu status havia se modificado, dado que eu me apresentava como possível pesquisadora de mestrado, uma vez que minha tentativa de inserção ocorreu antes mesmo de ter sido aprovada no mestrado, aconselhada por minha orientadora a fazer uma espécie de pré-campo.

Assim como as *pacientes* que chegam à clínica, meu primeiro contato foi feito por e-mail, manifestando meu interesse em realizar pesquisa junto àquela instituição. Dias depois eu recebi um e-mail de resposta sugerindo que eu participasse de um curso que seria oferecido pela instituição, no qual eu poderia conhecê-las, conhecer o trabalho realizado pela clínica e aprender sobre *transtornos alimentares*. Depois de negociar o pagamento³², diante da compreensão das coordenadoras de que o período de formação é realmente complicado em termos financeiros, participei do curso, no qual estava presente a maior parte dos membros da clínica. Obviamente só descobri isso posteriormente ao chegar à reunião e reconhecer os rostos. No entanto, durante o curso – no qual tentei interagir, sem deixar de lado minha observação etnográfica – percebi que as pessoas que assistiam às palestras se conheciam, conversavam entre si, tinham muitos assuntos comuns. Eu era, praticamente, a única pessoa de fora, além de algumas nutricionistas, as únicas com quem consegui estabelecer algum tipo de comunicação neste dia.

Depois de participar do curso e pouco conseguir me aproximar das pessoas do grupo, eu escrevi um e-mail manifestando novamente meu interesse e dizendo que poderia enviar meu projeto caso elas quisessem conhecer e saber do que se tratava a pesquisa. Disse que tinha duas versões, uma mais sintética e a outra completa, que incluía uma revisão bibliográfica. As coordenadoras pediram que eu enviasse a versão sintética e marcaram um horário para que pudéssemos conversar e finalmente nos conhecermos pessoalmente, uma vez que no dia do curso eu me apresentei para as coordenadoras, mas não tivemos tempo de conversar. Ambas foram, desde o início, muito receptivas. Isso me causou surpresa, devido à experiência anterior, na qual o psiquiatra e sua equipe haviam me tratado com desconfiança.

Vale ressaltar que quando estive no grupo do hospital para conversar com o responsável, antes de conseguir acessá-lo, tive que conversar com alguns funcionários que questionaram indiscretamente meu interesse de pesquisa e meu vínculo com autores como Erving Goffman que, como eles bem sabiam, era um crítico de instituições como os hospitais. Desde esse momento, então, marca-se para mim um abismo entre essas duas instituições, uma aberta e interessada na

³¹ Pesquisa realizada para a disciplina de Metodologia e que envolvia a realização de um trabalho de campo.

³² O curso, realizado em apenas um dia, custava R\$ 300,00. Alegaram não poder fazer desconto, mas propuseram facilitar o meu pagamento em duas vezes. A despeito da realidade encontrada nas Ciências Sociais, parece ser de praxe na Psicanálise, em termos gerais, os cursos serem pagos e os valores nessa faixa de preço. Até os grupos de estudo das psicanalistas são pagos, o que me causou certo estranhamento.

presença de pesquisadores de outras áreas e outra fechada em si mesma e defensiva às possíveis críticas e olhares externos.

Mas quais seriam as razões desse destemor e abertura? Algumas hipóteses surgiam. Uma delas era que talvez aquelas psicanalistas não conhecessem esses trabalhos das Ciências Humanas, especialmente os trabalhos pós-modernos, críticos à ciência, bem como os trabalhos de abordagem foucaultiana que criticam as formas de classificação, estigmatização e interpelação, especialmente os mais “pessimistas”, para os quais não há agência diante dessas situações. Outra hipótese seria uma “confiança” no trabalho realizado, ao lado de questionamentos e autocríticas constantes. Ou ainda, a hipótese de que a abordagem psicanalítica, por definição, é mais “aberta”, tolerante e interessada em “olhares externos” que podem contribuir de alguma forma com suas teorias e abordagens, em relação à psiquiatria. Outra hipótese que me ocorreu mais tarde era a de que havia um interesse no que as Ciências Sociais e Antropologia poderiam contribuir para a compreensão dos *transtornos alimentares*, uma vez que é um *transtorno* no qual a dimensão social está presente, quando se imagina a influência da mídia, dos padrões de beleza e pressões sociais. Por fim, outra hipótese era a de que aquele era um campo ainda não legitimado, que buscava o seu espaço, era uma instituição que começava a ganhar destaque, por isso talvez o interesse na existência de pesquisadores que a estudasse. Talvez um misto de todas essas, mas uma em especial se comprovou ao entrevistar um membro da clínica que trabalha também em um grupo multidisciplinar de tratamento e relatou ter grande dificuldade, até hoje, para justificar e garantir a abordagem psicanalítica no tratamento dos *transtornos alimentares*, pois se trata de uma abordagem desaconselhada por alguns. Assim, apesar do longo tempo de trabalho junto àquela instituição, ainda é preciso comprovar e legitimar a abordagem psicanalítica, não entre seus pares, mas entre as equipes médicas e, portanto, trata-se de uma abordagem em busca de legitimidade.³³

Depois de ler meu projeto sintético, as coordenadoras pediram que eu enviasse o projeto completo, alegando um interesse na revisão bibliográfica e nas minhas reflexões. Em seguida, disseram que levariam a proposta ao grupo e que, se o grupo aprovasse, eu poderia observar e participar das reuniões. Já nesse momento estabeleceu-se que eu não poderia participar das sessões individuais das *pacientes*, mas que eu poderia participar das triagens, contanto que eu não quisesse inserir novas questões, pois já era um questionário muito longo³⁴. Além disso, a entrevistada teria que aprovar minha participação. Então, antes de iniciar a triagem, as psicanalistas responsáveis me

³³ Para legitimar-se e comprovar sua eficácia no tratamento dos *transtornos alimentares*, a grande hipótese que a instituição procurava defender era a de que a abordagem psicanalítica é importante, a longo prazo, para atenuar a reincidência dos *transtornos alimentares*. Embora não ignorem a importância da abordagem cognitivo-comportamental num primeiro momento, para atuar diretamente na remissão dos sintomas, defendem a abordagem psicanalítica, primeiro para se compreender melhor os *transtornos* e seus *funcionamentos psíquicos* e depois para dissolver os conflitos que geram os *sintomas alimentares*.

³⁴ Depois de um tempo frequentando e de ter conquistado a confiança do grupo, uma das coordenadoras perguntou-me se havia alguma questão que eu gostaria de inserir na triagem.

apresentariam e perguntariam à pessoa entrevistada se ela não se incomodaria com a minha participação.

Nesse momento, eu questioneei a possibilidade de no futuro entrevistar *pacientes*, e as coordenadoras me disseram que talvez eu pudesse entrevistar pessoas que não estavam mais na instituição se houvesse interesse. Eu disse que era uma possibilidade, mas que seria interessante também entrevistar pessoas que ainda estivessem fazendo psicoterapia, para de certa forma comparar os discursos. As coordenadoras, então, disseram que depois veríamos como seriam feitas essas entrevistas e quem eu estaria autorizada a entrevistar. Talvez aí já estivesse anunciado, um sinal era dado, sobre o qual não quis atentar-me: o de que no futuro essas entrevistas seriam um problema.

Na semana seguinte à nossa conversa, no dia 23 de Setembro de 2009, eu comecei a frequentar as reuniões semanais do grupo. Fui apresentada ao grupo pelas coordenadoras, que pediram que eu falasse rapidamente sobre meu interesse e minha pesquisa, pois, coincidentemente, nessa reunião uma psicanalista que não pertencia ao grupo tinha sido convidada para falar sobre o seu trabalho. Essa não foi a única situação em que uma convidada participou da reunião. A clínica estabelecia inúmeras “parcerias” e sempre que possível ou necessário convidava outros profissionais para participar e contribuir com o grupo. Nas reuniões que se seguiram, aos poucos fui entendendo a lógica e a dinâmica do grupo e dos encontros, que às vezes eram destinados à leitura de algum texto, às vezes destinado à discussão de caso das *pacientes*, ou questões burocráticas e pendências da instituição.

Apesar de certa rotatividade, da entrada e saída costumeira de membros, a clínica era composta por duas coordenadoras, quatorze membros efetivos, três membros aspirantes e quatro membros colaboradores, somando vinte e três pessoas³⁵, responsáveis pelas triagens, pelos atendimentos e todos os outros “compromissos” da instituição, em maior ou menor grau de envolvimento. As coordenadoras são as principais responsáveis pelas decisões e andamento da instituição, apesar de sempre levarem as questões ao grupo e decidirem conjuntamente. Membros efetivos são aqueles que estão há mais de um ano e que já podem fazer triagens e atendimentos. Membros aspirantes são aqueles que entraram há pouco, ainda estão passando por um período de “formação”, só poderão participar das triagens depois de seis meses e realizar atendimento depois de um ano. Membros colaboradores são pessoas que contribuem com a instituição de alguma forma, mas que, no entanto, não participam das decisões e das reuniões, nem fazem triagens ou atendimentos. O grupo era formado majoritariamente por mulheres e durante a pesquisa havia

³⁵ Contagem feita em Outubro de 2011.

apenas um homem entre elas.³⁶ Portanto, além de ser um transtorno majoritariamente feminino, é também uma clínica relativamente feminina.

As reuniões ocorriam todas as quartas-feiras, às 19h. O início das reuniões costumava ser um momento de descontração, e os temas tratados eram diversos e muitas vezes alheios ao assunto do dia, pois era um momento de aguardar a chegada de todos. Normalmente, nesse início eram dados recados, tomavam-se decisões sobre quem faria as possíveis triagens existentes, comentários alheios à temática do grupo e, em seguida, iniciavam-se a atividade do dia, determinada a partir de um cronograma.

Nas primeiras reuniões em que participei ficava admirada com o tempo gasto em discussões um tanto burocráticas e, quando dizia respeito às *pacientes*, gastavam grande parte do tempo falando sobre o pagamento, os atrasos, as dívidas e o quanto aquilo estava relacionado aos próprios *sintomas* das *pacientes*. A admiração era devida ao desconhecimento, em parte, do funcionamento institucional e do próprio *processo analítico* e também pela falsa expectativa de que nas discussões sobre casos elas falariam mais sobre as características dos *transtornos alimentares* das *pacientes*, sobre os *sintomas* e manifestações, como por exemplo, a distorção da auto-imagem corporal, as práticas purgativas e restritivas. Logo percebi que essas questões eram muito mais materiais utilizados para elaboração de uma hipótese diagnóstica, na triagem, mas que depois sumiam da análise e o que importava, então, era a relação estabelecida com a família, com os pais, as relações sociais, os problemas considerados mais propriamente psicanalíticos e que pudessem ser uma das causas do desencadeamento dos *sintomas* alimentares em si, na visão das psicanalistas.

Outro dado que salta aos olhos ao reler os primeiros diários de campo é o quanto eu me sentia deslocada nas reuniões e o quanto foi difícil integrar-me ao grupo e conseguir interagir com os membros. No entanto, eu não era a única. Havia membros mais integrados, que tinham relações mais próximas com outros membros e conversas paralelas. Havia outros, no entanto, que não se socializavam antes, durante e depois das reuniões, e que, assim como eu, ficavam quietos participando como “ouvintes”. Isso se dá, em parte, porque os novos integrantes do grupo são assimilados aos poucos, com a convivência e envolvimento na instituição.

No início, nas poucas interações com os membros, na maior parte dos casos me perguntavam sobre a pesquisa, algumas vezes com certa desconfiança, outras com certo interesse. Alguns achavam que eu era um novo membro e, no geral, demoraram algum tempo para assimilar minha presença. No início, em situações descontraídas e “piadas internas” olhavam para mim, talvez preocupados com a minha reação e se eu entenderia que se tratava de uma brincadeira.

³⁶ Logo que eu cheguei ao grupo havia um homem entre os membros, que ficou por algum tempo e em seguida saiu, antes mesmo de começar a participar das triagens e atendimentos, alegando não ter certeza do seu interesse pelo assunto. Outro também já havia passado por lá e às vezes é citado pelo grupo. Em meados de 2011 havia um homem participando, mas que também saiu enquanto eu ainda realizava o trabalho de campo.

Depois de vários meses, quando já tinha sido aprovada no mestrado e iniciava minha pesquisa oficialmente, passei a acompanhar as triagens, o que me possibilitou, além do acesso às *pacientes*— pois era o único momento no qual eu as via — um acesso maior também às psicanalistas. Era uma oportunidade de conversar mais e ouvi-las, especialmente nas conversas posteriores à triagem, na qual comentavam "o caso" e suas impressões.³⁷ Nesses momentos eu conseguia saber mais sobre suas vidas pessoais, perguntar sobre a formação e as razões que as levaram se interessar pelos *transtornos alimentares*, o que me possibilitou conhecer um pouco o “perfil” dessas mulheres.

Houve situações em triagens nas quais eu acabei participando ativamente, anotando as informações no formulário, situações nas quais a segunda psicanalista teve algum problema urgente que a impediu de participar. No entanto, essa não foi a única participação ativa na instituição, uma vez que eu me comprometi em organizar e atualizar as informações do banco de dados, como uma forma, primeiro, de garantir o meu acesso a essas informações, bem como uma forma de contribuir e retribuir o apoio e abertura que me foram dados. Além disso, a convite do grupo eu escrevi um pequeno artigo para a revista e outro para o site da instituição. Essa participação e envolvimento me possibilitaram maior contato e aproximação com as coordenadoras e demais membros que passaram a me perceber como uma espécie de “parceira”, uma espécie de membro com *status* diferenciado³⁸, pois, embora eu não seja concretamente um membro da instituição, eu ocupava um lugar simbólico e um pouco obscuro.

Diante das transformações e foco de análise meus “nativos” de certa forma deixaram de ser (apenas) as *pacientes* com *transtornos alimentares*, como era previsto no projeto inicial, tornando-se cada vez mais a instituição e o discurso psicanalítico. A instituição como “objeto” de análise já me interessava desde a proposta inicial, embora aparecesse como meio para se compreender e acessar experiências individuais das *pacientes*. No entanto, a partir da minha entrada na instituição e os imponderáveis que ocorreram no campo, as psicanalistas, que de alguma forma também estavam previstas no projeto inicial, apareceram cada vez mais como “nativas”, pois a instituição se tornou cada vez mais o objeto etnografado. Essa passagem causa certa confusão sobre quem são os meus “nativos”, sobre quem e de quem estou falando. As *pacientes* ainda são “nativas”? As “nativas” são apenas as psicanalistas que produzem conhecimento e narrativas sobre sujeitos que sofrem de *transtornos alimentares*? São ambas, *pacientes* e psicanalistas de uma dada instituição especializada em *transtornos alimentares*? Ou são as pessoas com *transtornos alimentares* e psicanalistas e médicos especializados, no geral?

³⁷ As conversas anteriores e posteriores às triagens eram momentos também nos quais elas falavam sobre as “crises” e expunham os conflitos do grupo.

³⁸ Meu *status* diferenciava-se em essência, pois, primeiramente eu não sou psicanalista nem psicóloga, por isso nunca iria atender e exercer as atividades que caracterizam o papel dos membros. Além disso, eu não pago a mensalidade que é paga por todos e que mantém a instituição em termos financeiros. O que fazia de mim uma espécie de “colaboradora”, no entanto, era participar das reuniões e contribuir em algumas tarefas institucionais e burocráticas.

Embora grande parte da etnografia tenha sido realizada nessa instituição, outras referências que compõem o “fenômeno” dos *transtornos alimentares* são também consideradas, formando uma espécie de “campo”. Além das produções teóricas das próprias psicanalistas e as fontes que são suas referências na psicanálise, há também um intercâmbio com outros saberes e instituições, que serão tratadas na sessão a seguir.

1.3. O “campo” no qual a instituição está inserida

A clínica não é a única instituição especializada em *transtornos alimentares*, e não está isolada, pois estabelece intercâmbios com outras instituições e profissionais, com os quais compartilha experiências, concepções e saberes. Além disso, trata-se de um transtorno cujas causas são múltiplas e que demanda equipe multiprofissional, o que sugere diálogo com as outras especialidades. Por isso, falar das concepções psicanalíticas sobre os *transtornos alimentares* implica em considerar as concepções psiquiátricas e nutricionais.

Apresentarei agora as instituições e profissionais com os quais a clínica mantém um intercâmbio, caracterizando o “campo” dos *transtornos alimentares*, considerado a partir das trocas e interações estabelecidas pela instituição etnografada. Vale ressaltar que o termo campo não é aqui utilizado no sentido atribuído por Bourdieu (1983), pois não se trata de buscar leis gerais invariáveis, identificar objetos em disputa ou os interesses específicos do próprio campo. Não se trata de investigar as “relações de força entre os agentes ou as instituições engajadas”, embora pareça ser possível avaliar a “distribuição de capital” e a legitimidade de cada agente dentro desse campo. Trata-se, no entanto, de mapear as instituições existentes e suas interações com a instituição observada, sem se preocupar com a posição de cada uma delas dentro do campo, considerando o ponto de vista da clínica psicanalítica diante das outras instituições, bem como a legitimidade de cada uma delas para a instituição analisada.

Antes mesmo de aprofundar-me no “meu campo” e nos estudos dos *transtornos alimentares* sabia quais eram as instituições psiquiátricas de referência para o tratamento dessas patologias. Qualquer busca rápida pela internet apontava as instituições especializadas em *transtornos alimentares*, que eram as principais instituições recomendadas em reportagens de jornais e revistas quando o assunto era prevenção e alerta a respeito da ameaça de hábitos alimentares “perigosos”.

Uma das principais instituições psiquiátricas, associada a um importante hospital público e parte de uma escola de medicina será chamado aqui de “Ambulatório 1”. Este foi fundado em meados dos anos 1990, tem um médico como supervisor e coordenador. Foi o primeiro centro especializado no tratamento dos *transtornos alimentares* no Brasil, baseado nos modelos criados

pelo Prof. G.F. Russel, da sessão de *transtornos alimentares* do Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres, pelo Prof. C. P. L. Freeman, da Universidade de Edimburgo e pelo Prof. A. H. Crisp, do Hospital St. George. De acordo com informações apresentadas pela própria instituição, o intuito era a formulação de um modelo adaptável às condições do instituto de psiquiatria da universidade no qual foi criado, ou seja, tratamentos em tempo integral, com extensos programas externos e onerosos foram excluídos. Embora o atendimento seja realizado por equipe multidisciplinar (ou multiprofissional), a instituição baseia-se no trabalho voluntário de quase todos os membros da equipe para lidar com a completa ausência de recursos. O atendimento é ambulatorial,³⁹ e em casos mais graves a internação pode ser recomendada. É considerado o maior centro especializado em *transtornos alimentares* do Brasil e da América Latina.

Composto por médicos, psicólogos e nutricionistas, o Ambulatório 1 é subdividido em grupos específicos e conta com um hospital Dia⁴⁰. A partir das ocupações de cada um dos principais membros do ambulatório é possível notar que há uma hierarquia interna encabeçada pelo coordenador geral da instituição, que é fragmentada em diversos grupos ou ambulatórios específicos. De acordo com informações no *site*, essa estrutura dividida em “unidades especializadas de atendimento” apresenta-se como possibilidade de cumprimento da sua missão.

Internamente a esse ambulatório há uma unidade que será considerada a parte por diferenciar-se pelas abordagens e métodos que aqui será chamado de Ambulatório 2, também especializado em *transtornos alimentares* e vinculado a um hospital escola. Para um observador externo, que não acompanha as atividades da instituição e que obtém informações a partir do seu *site*, parece não haver muitas diferenciações entre os ambulatórios 1 e 2, a não ser uma descrição mais cuidadosa e especificada sobre o funcionamento e sua equipe. O Ambulatório 2 é destinado à pacientes menores de 18 anos, tendo iniciado suas atividades em 2001. Segundo informações do *site*, oferece tratamento ambulatorial e de internação hospitalar multidisciplinar a crianças e adolescentes com *transtornos alimentares* e a rotina de atendimento é descrita como: triagem, consultas individuais com psiquiatra, nutricionista, endócrino-pediatra e terapeuta familiar (nestas consultas os familiares sempre são atendidos no final), grupos de pacientes (grupo cognitivo-comportamental e grupo psicodinâmico), grupo de familiares (grupo psicoeducativo), grupo de mães (grupo psicodinâmico com o objetivo de trabalhar a relação mãe-paciente) e reuniões semanais com a participação de todos os membros da equipe para discussão de casos e planejamento de condutas.

³⁹ Atendimento ambulatorial é caracterizado por procedimentos realizados em consultórios, como consultas médicas e exames, sem que haja necessidade de internação.

⁴⁰ O Hospital-Dia foi inaugurado em 2000, dedicando-se ao suporte de pacientes com *transtornos alimentares*, evitando internação e o consequente afastamento da família.

Além da descrição detalhada e a especificidade do atendimento voltado a crianças e adolescentes, não há nada que distancie o Ambulatório 2 das outras unidades do Ambulatório 1, a não ser um dado que logo salta aos olhos, que é a quantidade de mulheres envolvidas no Ambulatório 2, muito maior do que nas outras unidades do Ambulatório 1, compostas majoritariamente por homens, especialmente entre os psiquiatras e psicólogos. O Ambulatório 1 conta com quatro médicos homens, três psicólogos homens e uma mulher e quatro nutricionistas mulheres. Enquanto que o Ambulatório 2 é composto exclusivamente por mulheres. Então, exceto pela distinção de gênero, descrição cuidadosa e a especificidade etária, o Ambulatório 2 não parecia destacar-se das outras unidades.

No entanto, ao entrevistar as psicanalistas da clínica e perguntar-lhes sobre o Ambulatório 1 de maneira genérica, aproximando-o da clínica psicanalítica, surpreendi-me com a reação de admiração e desconforto, a partir da qual pude notar que parecia haver uma distinção radical entre os dois laboratórios. Quando questionei às psicanalistas entrevistadas se elas consideravam a atuação da clínica semelhante ou influenciada pela atuação do Ambulatório 1 todas reagiram negativamente, dizendo que não percebiam nenhuma semelhança e que, pelo contrário, buscavam distanciar-se daquela abordagem. Em seguida justificavam que a aproximação até poderia ser feita em relação ao Ambulatório 2, mas não em relação ao Ambulatório 1.

Uma das psicanalistas entrevistadas disse que ela considera que a clínica diferencia-se muito do Ambulatório 1, que “não é nada psicanalítico”, podendo até ser aproximado do Ambulatório 2, que “é mais psicanalítico”, mas que em ambos os Ambulatórios as práticas são hospitalares, diferenciando-se da prática psicanalítica. Em suas palavras:

É que lá é um contexto hospitalar, muito diferente da nossa prática. A gente está aqui protegida pelo *setting* analítico. O processo analítico, ou processo psicoterapêutico, que seja, é um processo muito diferente do que qualquer atendimento hospitalar.

No entanto, a despeito da diferenciação e reconhecimento da distinção entre as práticas, a mesma psicanalista revela a importância de recorrer à elaboração biomédica e psiquiátrica, não só para ser capaz de atender as pacientes, como para poder discutir com os outros profissionais:

SAMANTHA – É claro que pra gente discutir transtorno alimentar a gente precisa recorrer à nosografia psiquiátrica. Senão a gente vai se perder, se não a gente vai se afastar do que às vezes é importante... por isso que é importante entender toda essa linguagem, até pra poder conversar com médico também... a gente já tem uma fama que analista não fala com ninguém, quer dizer, não que não fala, mas que a linguagem é muito afastada, e acho que a gente não pode perpetuar isso, então acho que a gente precisa sim ter uma linguagem comum, e é essa, que é a linguagem psiquiátrica.

MARISOL – E é importante para entender os casos também?

SAMANTHA – Sim e não! Sim se a gente quiser ter uma compreensão geral. Porque se a paciente que estiver aqui no meu consultório, anoréxica purgativa, ou bulímica, ou só tem compulsão, ou se ela tem fobia, na prática não faz diferença. Aqui para o nosso contrato não faz diferença. Eu não acredito numa estrutura bulímica ou numa estrutura anoréxica! Eu vejo a anorexia e a bulimia como um sintoma! Um sintoma para ser tratado como qualquer outro, como uma fobia, como uma neurose obsessiva, como qualquer uma outra, claro que ligado à configuração maior do que a gente está falando: se ela é neurótica, se ela é psicótica, enfim, isso tem diferença. Mas da sintomatologia não. Mas porque é importante saber? Porque eu preciso olhar a paciente como um todo! Não posso só apertar a tecla SAP da psicanálise e ficar aqui só com a psicanálise, porque eu tô lidando com a vida. Têm pacientes que tem risco de vida eminente, então não posso esquecer disso. Então vendo uma paciente emagrecendo eu falo: “Não, eu não tenho que cuidar disso!”. O paciente está minguando na minha frente e eu não tenho nada a ver com isso porque analiticamente isso não é relevante?! Não é por aí não...

Assim como Samanta considera importante conhecer à *nosografia psiquiátrica* para “não se perder” e entender a linguagem dos outros profissionais e poder dialogar com eles, as outras psicanalistas entrevistadas parecem concordar com a importância do diálogo e conhecimento das concepções das outras especialidades.

Para Júlia, o diálogo interdisciplinar é fundamental, bem como conseguir expressar os conceitos psicanalíticos numa linguagem acessível de forma que todos possam entendê-los, pois há uma percepção geral de que as psicanalistas não dialogam com as outras áreas, ou que a linguagem é muito distanciada das outras áreas, o que dificulta o entendimento. Diante dessa visão comum, é preciso esforçar-se em dialogar, especialmente diante de um transtorno de causas múltiplas, cujo tratamento recomendado demanda equipe multidisciplinar. Para Alice, é preciso saber dialogar com as outras áreas que compõem a “equipe multidisciplinar” e trabalhar com esses outros profissionais:

ALICE – (...) eu acho, na verdade, que é uma qualidade poder sair um pouco do universo só da psicanálise e poder conversar com outras especificidades...

MARISOL – Ajuda a compreender os casos?

ALICE – É eu acho que ajuda a compreender os casos, até porque a gente não tem a pretensão de pegar uma pessoa emagrecida e querer que fique em análise, pois às vezes a pessoa não está conseguindo nem pensar, nem elaborar, ela precisa realmente ser internada, precisa comer, precisa atingir um determinado peso para que ela tenha condições de elaborar alguma coisa... Mas, não sei, tem divergências... A psicanálise não é uma só também, então tem divergências. Têm psicanalistas que trabalham de uma forma, por exemplo, no Hospital X (onde trabalhou), tinha um psiquiatra/psicanalista que tinha uma abordagem diferente do Ambulatório 2. Sua abordagem não era de ficar obrigando a menina a comer, como tem no Ambulatório 2, onde as nutricionistas são bem enfáticas, tem um contrato de peso, talvez elas peguem mais no pé em relação a isso. Eu lembro que [esse médico] tinha outra abordagem, não era essa questão de obrigar a comer... eu não sei, não acompanhei de perto, não sei como ele fazia. Eu sei, por exemplo, que ele restringia um pouco o contato com a família. A família podia ficar lá, mas não o tempo todo, pois ele achava que tinha que causar alguma separação... enfim, não sei, mas dentro da psicanálise também tem suas diferenças. Você me perguntou se a clínica tem alguma influência... eu não sei se, por exemplo, o fato da [coordenadora] trabalhar no Ambulatório 2 tem alguma influência médica, não

sei... não saberia responder... Já me perguntei isso algumas vezes, mas não sei... Porque como é um sintoma que está localizado em diversas áreas eu não sei se tem como fugir disso...

MARISOL – Não dá pra isolar e pensar só psicanaliticamente?

ALICE – Não, não dá pra pensar só psicanaliticamente. Eu acho que a gente tem que saber conviver. Quando eu pego um caso que tem uma psiquiatra atuante, uma nutricionista e de repente ela tem determinadas orientações para essa menina que de repente eu posso não concordar, eu tenho que tomar isso como um dado e tentar trabalhar com ela, naquele espaço meu, tentar fazer ela pensar por si própria... Porque acho que o trabalho médico e nutricionista muitas vezes, pelo que eu vejo nos transtornos alimentares, vai muito pelo lado da bronca, de dar bronca por isso, ou dar bronca porque não fez o diário [alimentar] e eu acho que o trabalho do psicanalista não é dar bronca, não é ir por esse lado, porque é o sintoma do sujeito. Então, se ele vacilou, se estava lá tranquilo e de repente não conseguiu se controlar e vomitou, eu acho que tem que tentar buscar a angústia que estava por trás... O que me incomoda, por exemplo, nesse caso que eu atendo em conjunto com outros profissionais é que eu acho que é uma dificuldade a mais que eu tenho de lidar com esses profissionais... E eles têm uma interferência, eles querem sempre saber como está, entram em contato, querem que de repente a gente proponha algumas coisas que eventualmente eu não concordo... então tem que ter jogo de cintura.

A importância de se conseguir dialogar com as outras especialidades pode ser explicada, portanto, pela necessidade de compreender as outras concepções para ter uma visão geral sobre os *transtornos alimentares*, sem ignorar a *nosografia psiquiátrica*, não só para compreender os casos, mas também para se ter “jogo de cintura” diante dos outros profissionais, bem como tornar as concepções psicanalíticas compreensíveis aos psiquiatras e nutricionistas.

Depois de muitos enganos e desentendimentos por referir-me ao Ambulatório 1 de maneira geral, sem destacar o Ambulatório 2, considerando-o apenas como parte ou uma unidade do Ambulatório 1 e alinhado a ele, pude notar que a diferenciação é de grande importância do ponto de vista das psicanalistas da clínica. E, apesar de considerar que as práticas se diferenciam por se tratar, por um lado, de práticas hospitalares e, por outro, práticas psicoterapêuticas, é inegável a relação das práticas da clínica psicanalítica com práticas utilizadas em contexto hospitalar, como as do Ambulatório 2, o que pode ser ilustrado pelo uso dos critérios de diagnóstico e do instrumento de triagem.⁴¹ O questionário de triagem sofreu inúmeras alterações desde o surgimento da instituição, sendo aprimorado e atualizado. Questões sobre os critérios de diagnóstico foram inseridas no questionário da clínica, baseando-se em questionário utilizado no Ambulatório 2.

Vale ressaltar que uma das coordenadoras da clínica é membro do Ambulatório 2 e, segundo ela, fazer parte de uma equipe multidisciplinar justifica-se pelo interesse de pesquisa, pela possibilidade de ter mais *pacientes* e também para contribuir na formação da clínica psicanalítica. Embora não tenha se aprofundado sobre essa questão na entrevista, pude notar que a instituição

⁴¹ Os critérios de diagnóstico do DSM-IV e CID-10 utilizados pela clínica psicanalítica, apresentados no capítulo 2, estão condensados numa mesma página. Trata-se de uma cópia de uma folha distribuída no Ambulatório 2 e que depois fora distribuído a todos os membros da clínica. As informações são as mesmas encontradas nos manuais citados, porém estão alinhadas lado-a-lado, permitindo comparação entre elas.

passou por transformações e modificou seus instrumentos, buscando adequar-se a critérios ditos mais científicos. Não só os parâmetros do instrumento de triagem foram aprimorados, permitindo produzir dados quantitativos confiáveis e completos, como a própria concepção da instituição se aprimorou.

Segundo ela: “Para a psicanálise atender um ou dez casos talvez seja indiferente, mas para a ciência não”. Por isso seu interesse em fazer parte do Ambulatório 2 e ter acesso a um número maior de casos, pois a proposta é de ter uma visão que atenda a ciência como um todo, e não só a psicanálise. Além disso, é necessário legitimar-se não só entre os pares, mas em contexto institucional, dentro das equipes multidisciplinares, estabelecendo um diálogo com as outras abordagens.

Sobre as diferenças entre o atendimento oferecido no Ambulatório 2 e na clínica psicanalítica, a coordenadora diz que o Ambulatório 2 trabalha com equipe multidisciplinar, todo o tratamento é pontual e multidisciplinar, pois há pesquisas que comprovam que com atendimento multidisciplinar a reincidência é muito menor. Em relação à clínica psicanalítica, ela diz que a instituição não propõe um atendimento unidisciplinar, mas a instituição só oferece atendimento em psicoterapia e há *pacientes* que são atendidos apenas por psicanalista, porém somente nos casos em que não é mais um momento de tratamento para remissão de *sintomas*.

A relação entre a clínica psicanalítica e o Ambulatório 2 extrapola a participação da coordenadora em ambas as instituições. Há uma parceria estabelecida com alguns membros, especialmente a médica coordenadora do Ambulatório 2, que já esteve várias vezes em reuniões e eventos da clínica.

Há um grupo de nutricionistas especializado em *transtornos alimentares*, que chamarei aqui de grupo de nutricionistas, que é uma associação sem fins lucrativos formada por nutricionistas especialistas em prevenção, tratamento e pesquisa. Sua missão é: “ampliar a prevenção e o tratamento dos *transtornos alimentares* no Brasil, promovendo uma melhor relação para com o corpo e a alimentação de crianças, adolescentes e adultos”..

Assim como a clínica, o grupo de nutricionistas também não possui uma sede para atender as *pacientes* e cada nutricionista atende em seu próprio consultório. No entanto, as nutricionistas não oferecem atendimento “voluntário”, como ocorre na clínica, cujo valor da consulta baseia-se nas possibilidades de cada *paciente* e sua família.

Outra importante instituição especializada em *transtornos alimentares*, que, no entanto, não estabelece relações e intercâmbios com a clínica é o Ambulatório 3, que é um programa do departamento de psiquiatria de uma universidade pública, que iniciou suas atividades em 1994, dois anos após a criação do Ambulatório 1. Segundo informações do *site* o Ambulatório 3 é fruto de dois programas existentes anteriormente no mesmo departamento (um voltado ao atendimento de

dependentes e outro que atendia distúrbios obsessivo-compulsivos) e, assim como o Ambulatório 1, o Ambulatório 3, oferece atendimento multidisciplinar, constituída por psiquiatra, psicólogos e nutricionistas. Entre os objetivos da instituição estão: a) prestar assistência especializada no campo dos *transtornos alimentares* (*Anorexia e bulimia nervosas*, *Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica* e outros *transtornos alimentares* não específicos); b) propiciar um espaço de ensino e estudo teórico-prático e c) Desenvolver pesquisas na área. Assim como o Ambulatório 1, além de oferecer atendimento aos pacientes, o Ambulatório 3 realiza cursos de atualização em *transtornos alimentares*, que tem como objetivo oferecer um referencial norteador na pesquisa e na prática com *pacientes* portadores dessas patologias. Embora seja pouco comentado pelas psicanalistas da clínica, o Ambulatório 3 é uma importante referência no atendimento dessas patologias.

Além da relação entre os profissionais e os saberes, há também um intercâmbio de *pacientes* entre essas instituições, especialmente entre a clínica psicanalítica e o Ambulatório 1 (incluindo o Ambulatório 2, que é parte do 1). Cabe agora investigar, portanto, as implicações desse intercâmbio e do fluxo de *pacientes* entre as instituições do ponto de vista das psicanalistas da clínica.

1.4. Efeitos do diagnóstico e do “discurso médico” no discurso das *pacientes*

É um dado que muitas das *pacientes* que chegam à clínica psicanalítica passaram antes por outra instituição especializada em *transtornos alimentares*. Pode também haver aquelas que mesmo não tendo feito tratamentos anteriores, apresentam discursos mais “medicalizados”, compartilhados em grupos virtuais ou blogs Pró-Anna e Mia. Ao discutir as triagens e casos clínicos as psicanalistas pareciam apontar para especificidades nesses casos e dificuldades (ou facilidades) diante dessas *pacientes*. Por isso, cabe investigar a percepção das psicanalistas sobre a diferença entre as *pacientes* que passaram por outras instituições, que reproduzem discursos, e aquelas que desconhecem ou pelo menos não reproduzem determinados discursos.

Quando pergunto à Samantha, uma das psicanalistas entrevistadas, se ela percebia alguma diferença entre *pacientes* que passam por outras instituições antes de chegar à clínica e àquelas que chegam diretamente para a psicoterapia, ela diz:

SAMANTHA – Eu sinto muito em paciente adolescente. Eu acho que os pacientes que passaram pelo Ambulatório 2, por exemplo, tem uma noção muito maior do que têm, têm uma negação muito menor da doença... muito difícil alguém que vem do Ambulatório 2 falar: “Eu não sou doente!”. Elas até jogam isso um pouquinho... elas salpicam... mas não chega a ser uma coisa crua do tipo: “Você tá ficando louca?... eu tô gorda!”. Eu acho que a fala é outra: “Eu não me acho tão gorda”. “Eu não acho tão magra, as pessoas falam que estou muito magra, mas não me acho tão magra assim!”. Não tem uma noção muito básica, muito mal da

doença, assim como outros pacientes que já fizeram outras análises. Pacientes, como eu brinquei outro dia na clínica, pacientes profissionais. Chegou uma paciente lá que é uma paciente profissional. Ela tem 15 anos de terapia, 15 anos de análise, então é totalmente diferenciado, é outra trajetória... (...) Acho também que são pacientes que se conhecem mais, não são pacientes tão crus... não acho que isso seja ruim! Isso pode ser um problema se a pessoa se vicia naquilo que ela vai percebendo, sabe?

Samantha fala sobre a diferença do discurso de quem passou antes pelo Ambulatório 2, apontando para certa “conveniência” nessas *pacientes*, uma vez que são “conscientes” de seu transtorno, não se apresentando, portanto, de forma tão crua. Ou seja, são pessoas que reconhecem estar doentes, que não negam seu transtorno. “Dominar” um vocabulário e ter consciência de seu transtorno é visto como vantajoso pela psicanalista, pois indica que são *pacientes* que se conhecem mais. Conhecer-se, então, significa “reconhecer-se doente”, aceitar que sofre de uma patologia.

Sobre a dificuldade de aceitar o tratamento, questiono à Alice se seria uma característica própria da *resistência* ou se há uma dificuldade específica nos casos de *transtornos alimentares*. Embora fale sobre a dificuldade de “enxergar seus problemas”, assim como Samanta, Alice refere-se à inexistência da angústia, e não ao reconhecimento de *sintomas* biomédicos:

ALICE – Olha, eu acho que nesses casos, assim como deve ter em outros que eu não atendo, eu acho que tem sim uma dificuldade, porque se a gente for pensar nas anoréxicas, elas não se vêem com um problema ou com conflitos... diferente de um sujeito que está completamente angustiado e que procura a análise e fala: “Olha, tem alguma coisa errada comigo e eu não sei o que é!”, claro, ele vai ser resistente porque existe uma resistência que é própria do gozo, do sintoma da pessoa, é a maneira que o psiquismo dela se organizou para se defender de algumas coisas, então não vai ser tranqüilo deixar de viver daquela forma. Então tem um apego ao sofrimento, ao modo que a gente vai dando conta das coisas... mas eu acho que a diferença, por exemplo, na anorexia a gente pouco as vê angustiadas e elas não vem procurar por conta própria, elas vem porque o médico falou ou a mãe obrigou... então eu acho que a diferença é essa: de uma pessoa que não vem por conta própria, vem obrigada e que não acha que tem algum problema que precisa ser trabalhado, elas não acham que estão com algum problema, os outros é que estão doidos de acharem que elas precisam se tratar. Então eu acho que a diferença é essa, quando a pessoa não se dá conta do que a faz sofrer e do que está acontecendo com ela, ela tem pouca abertura pra fazer análise. Então eu acho que o passo anterior é fazê-las formular alguma pergunta, alguma demanda: “Porque que eu estou aqui?” “Porque querem que eu me trate?”, fazê-las pensar um pouco isso... criar uma demanda própria, porque até então elas não têm demanda própria, é a demanda dos médicos e dos pais. Elas não têm uma demanda do tipo: “Queria mudar, isso me faz sofrer...”. Tem uma coisa que eu falo no texto que tem uma diferença, por exemplo, não é porque chegou uma anoréxica que vai ser a mesma coisa, pois tem algumas que eu observo na clínica que vem e falam assim: “Eu não consigo comer, mas eu não sei por que eu faço isso... está me incomodando”, isso eu acho que já é um passo a frente. Outra coisa é chegar alguém com sintoma e dizer: “Olha, eu faço isso e pronto”... e não questiona, não se angustia, parece que não tem espaço pra qualquer questionamento... eu acho que é diferente... Eu acho que essa recusa faz parte, sim, do sintoma da anorexia, porque são pessoas que não estão se dando conta do que está acontecendo com elas... elas não estão

angustiadas... não tem muita angústia, você não vê muita angústia nessas pacientes.

MARISOL – Acho que você até diz que a equipe e a família é que se angustiam por essas *pacientes*? Que as famílias chegam angustiadas e que os profissionais se angustiam por não haver um questionamento na *paciente*.

ALICE – Exatamente! E aí até um dos autores que eu me baseio fala que com esse tipo de paciente... mas também podem ter outros tipos de paciente com outros sintomas e que também não se dão conta do que está acontecendo, que acham que não precisam de tratamento... e ele fala que o primeiro passo é fazer com que a pessoa aceite o tratamento, o segundo passo é trazer um pouco a angústia, porque a angústia é importante para o psiquismo, a pessoa que se angustia já é mais elaborada do que aquela que não se angustia... Então é fazer ela se dar conta de que ela não tem o controle do corpo dela, porque elas têm essa coisa de controlar o quanto come, o quanto não come, o quanto emagrece, as calorias... e à medida que elas se dão conta de que elas não têm o controle aí às vezes é que aparece a angústia e aí é que dá pra trabalhar um pouco.

Elas parecem falar sobre a mesma questão, mas Samantha refere-se à falta de reconhecimento de uma patologia, enquanto Alice refere-se à ausência de angústia. No limite, isso significa que, por mais que negue ser doente, a *paciente* precisa pelo menos estar angustiada, pois problemas, ela obviamente tem. Interessa, no entanto, pensar a diferença entre *pacientes* que chegam através da clínica e aqueles que chegam à psicoterapia por outros meios. Segundo Júlia:

JULIA – Em geral os pacientes que chegam pela clínica passaram por algum tratamento prévio, como o Ambulatório 2 ou outras instituições e consultórios, e por isso já vêm com um discurso mais ‘psicologizado’. São diferentes de pacientes que nunca passaram por nenhum tipo de tratamento, que são mais crus. Mas isto não quer dizer que os pacientes que chegam pela clínica sejam mais ‘fáceis’, uma vez que têm um discurso psicologizado não quer dizer que de fato tenham passado por alguma transformação psicológica. Pelo contrário, às vezes esse discurso funciona como uma ‘casca’ ou ‘escudo’ que dificulta que o terapeuta tenha acesso aos núcleos mais doentes do paciente, que ele mantém cuidadosamente ‘ocultos’.

MARISOL – Você acha que passar por outras instituições e receber um diagnóstico faz com que as *pacientes* com *transtornos alimentares* apresentem um discurso diferenciado dos outros *pacientes*?

JULIA – Sim, como eu disse acima. Eles se apegam ao diagnóstico e ao transtorno alimentar como se isto lhes fornecesse uma identidade, que é algo que todos buscamos avidamente em nossos dias.

Júlia considera que aquelas que passam por tratamentos prévios chegam com discursos muito “psicologizados”, diferente de *pacientes* que não passaram por nenhuma instituição, que são mais “crus”. No entanto, em sua opinião, apresentar um discurso “psicologizado” não significa que tenham passado por alguma “transformação psicológica” e que algumas vezes esse discurso funciona como uma “casca” ou “escudo” que dificulta que o terapeuta tenha acesso aos núcleos mais doentes do paciente, que ele mantém cuidadosamente “ocultos”.

Outra psicanalista entrevistada considera que a principal diferença entre *pacientes* que chegam pela clínica ou por outros meios é a questão financeira, que para ela é um ponto muito

sério, pois são *pacientes* que pagam nada ou muito pouco e com isso sentem-se em débito com o analista, ou não entendem porque estão sendo atendidos. Ela conta casos de *pacientes* que a questionam porque ela os atendia. Em sua opinião, o problema está em atender *pacientes* carentes, que não podem pagar, nos consultórios particulares. Nesse sentido ela considera que seria diferente, talvez, se houvesse um ambiente institucional, um lugar que fosse a clínica psicanalítica e onde os atendimentos pudessem ser realizados. Por outro lado, esse funcionamento seria complicado, pois as psicanalistas teriam que se deslocar dos próprios consultórios para fazer os atendimentos. Outro problema, que envolve a questão financeira e a contratransferência⁴², é o fato de *pacientes* da clínica psicanalítica terem horários reservados – e ela diz que atende até 20h30, 21h15 – e algumas vezes não aparecer e nem avisar, o que lhe provoca muito raiva, pois pensa que se fosse outro *paciente*, que paga (suficientemente) pelo seu horário, seria diferente.

TATIANA – (...) querendo ou não é sim um ganho enorme estar com eles é uma experiência incrível, foi por aí que eu comecei o meu trabalho, foi por aí que comecei de novo a minha clínica... tem tudo isso! Mas eu acho que a questão do preço pega muito! É muito comum na triagem a gente falar: ah, então tá o preço mínimo é 50 reais. “Então eu vou pagar 40!”. Aí já começa o trabalho enviesado.

MARISOL – Mas não só em termos financeiros? Porque isso implica na relação com o *paciente* também? Não só pela questão do pagamento, mas também porque isso reflete em outros comportamentos, é isso?

TATIANA – Nas pessoas?

MARISOL – Sim!

TATIANA – E em nós também. Por quê? Pela falta de valor... você não vê as anoréxicas que querem tudo do mais bonito, da marca X, tem que ser a comida tal, tem que ser tudo muito bom... aí vai ser atendido por um terapeutazinho, na cabeça dela, entre aspas, que aceita trabalhar por nada? Tem gente que não sabe do que gosta na vida e não consegue entender que tem gente que faz uma coisa simplesmente porque gosta de fazer.

Quando questiono sobre a diferença entre as *pacientes* da clínica Tatiana aponta para a questão do pagamento e descompromisso com os horários, que não foi mencionada pelas outras psicanalistas, e está relacionada ao valor atribuído à psicoterapia, de modo mais geral.⁴³ No entanto, quando reforço a questão sobre a diferença entre *pacientes* que receberam um diagnóstico anterior ou passaram por outras instituições a tratamentos previamente, ou não, Tatiana diz:

⁴² Baseada nos desenvolvimento dos discípulos da psicanalista Melanie Klein, especialmente Paula Heimann, Tatiana explica que contratransferência é a reação do analista diante da transferência do analisando, aquilo que o analisando suscita no analista, a resposta do analista ao lugar que ele é colocado pelo analisando. Segundo ela, a contratransferência são sentimentos inconscientes que o analista não pode acessá-los, não pode trabalhar. Em contraponto à contratransferência está o conceito de empatia, que é quando o analista consegue colocar-se no lugar do outro, imaginar o que o outro está sentindo.

⁴³ Penso que o modo de colocar a questão a fez pensar nos desafios da psicoterapia das *pacientes* da clínica em termos de pagamento e faltas, que são queixas constantes das psicanalistas. No entanto, minha questão referia-se à dificuldade de trabalhar com pessoas que receberam diagnósticos anteriores, passaram por outras instituições e tratamentos, ou reproduzem discursos medicalizados, por isso reforcei e reelaborei o questionamento.

TATIANA – Você sabe, Marisol, eu até hoje só encontrei com pessoas que já chegaram meio prontinhas... porque a pessoa, quando vai procurar, ou ela já foi internada, ou ela já escutou da família mil e uma teorias... então já chega com uma ideia do que é aquilo que tem ... nunca descobri junto com a pessoa, aqui, no consultório, que ela tinha um transtorno alimentar.

MARISOL – Prontinha em que sentido? Como assim chega prontinha? Já elaborou?

TATIANA – Já, já sabe que transtorno alimentar é assim, sabe que o problema é com a mãe, “porque eu tive uma falta enorme da minha mãe” e aí a outra “Ah, porque eu tive um excesso. Minha mãe não largava do meu pé, porque não sei o que...”. Agora tem a história do *bullying*, que já é uma história antiga, mas agora tem um nome bonito... daí já chega falando que sofreu *bullying*... então já tem uma coisa prontinha, um discurso prontinho... e aí você já ouviu... e aí também é uma maneira de não se implicar, ficar teorizando... que é como eu falei do analista que fica dando só interpretação, que é quando a gente não quer acessar outros lugares.

MARISOL – E o trabalho de análise com essas *pacientes* que já chegam com o discurso pronto é o que?

TATIANA – Teve um dia que foi muito engraçado. Eu falei pra paciente: bom, então a gente pode trocar né! Eu sento aí e você senta aqui. Aí ela, assustada: “NÃO!”. Então assim, de novo, eu não faço interpretação: Ah, eu estou percebendo que você tem um sentimento dentro de si de ser muito poderosa, é tão poderosa que dá conta de entender sua doença, e parece que não necessita de ajuda... às vezes uma brincadeirinha funciona! Poder falar mesmo abertamente...

MARISOL – Você acha que é mais difícil quando chega com o discurso pronto?

TATIANA – Eu acho! Porque é muita defesa né... tudo que a gente tenta racionalizar ou teorizar alguma coisa inevitavelmente cai no campo da defesa.

Tatiana diz que todas as *pacientes* com *transtornos alimentares* que atendeu foram pessoas que chegaram “prontas”, ou seja, já sabiam sobre o *transtorno* e ouvira mil teorias de sua família e equipes médicas. No entanto, considera que essas “teorizações” das *pacientes*, que chegam já armadas de teorias e explicações para sua condição é um recurso utilizado para não se implicar no processo de psicoterapia, ou seja, uma fuga. Nesses casos, o papel da psicoterapia é fazer a *paciente* repensar suas questões, o que considera mais difícil, pois são *pacientes* carregam muitas defesas. Segundo ela, tentar racionalizar e teorizar acaba sempre por cair no campo das defesas.

Por fim, quando questiono outra psicanalista entrevistada se ela achava diferente atender em contexto institucional, como o da clínica psicanalítica, ela diz que não considera diferente, mas que há um “atravessamento” no atendimento, por conta da própria maneira que a *paciente* chega ao consultório. Desse modo, quando a *paciente* chega à clínica por intermédio do Ambulatório 1 ou do Ambulatório 2 ela considera que é diferente, pois chegam atravessados pela relação com os médicos, pelas orientações que os médicos dão aos pais e pelo trabalho que ela considera fundamental, mas que traz interferências.

Alice considera que muitas vezes o discurso biomédico domina o discurso das *pacientes*, que já chegam com explicações prontas dizendo, por exemplo: “eu vomito porque eu não consigo lidar com as minhas emoções”. Ela considera que o discurso biomédico tem um “olhar de padronização” e, por isso, é preciso estimular as *pacientes* a pensarem sobre suas particularidades,

afastando-se das padronizações e generalizações do discurso biomédico. Sobre o significado de receber um diagnóstico:

MARISOL – Você acha que receber um diagnóstico tem um peso para elas? Ou não? Porque na clínica vocês não dizem para as *pacientes* qual “diagnóstico” foi feito, mas e quando passa por outra instituição ou um psiquiatra que dá um diagnóstico de *anorexia* ou *bulimia* tem um impacto?

ALICE – Não! Eu acho assim, é como se fosse um nome, um rótulo do que ele tem. Eu acho assim, claro que para a medicina é importante para localizar o que o sujeito tem e a questão da medicação, mas eu acho que pra psicanálise, do meu ponto de vista, pensando um pouco a psicanálise lacaniana, é interessante porque sempre que eu levo pra supervisão, ela me faz pensar a pessoa como um sujeito, não como uma anoréxica, tanto que não tem a anoréxica como uma entidade. Eu acho que também tem essa diferença dentro da psicanálise. Há alguns autores que pensam a bulimia e a anorexia como uma estrutura, como uma doença, e alguns que pensam a anorexia, a bulimia, a obesidade como um sintoma, que pode aparecer em diferentes estruturas. Para a psicanálise lacaniana tem a neurose, a psicose, a perversão, então é um sintoma que pode aparecer num psicótico, num neurótico...

Por outro lado, ela diz que tem *pacientes* que desenvolvem uma crítica em relação ao discurso médico e que dizem: “A minha psiquiatra falou que isso é da doença, mas isso não é da doença, isso sou eu!”, ou: “Eu tenho isso, então isso é meu, não é da doença”, como se a doença fosse algo que se pudesse tirar e que não faz parte da pessoa, e que se relaciona com as diferentes concepções de *sintoma* para a medicina e para a psicanálise. Ela conta:

ALICE – Eu tinha uma paciente que tinha uma psiquiatra excelente, só que eu acho que essa paciente comprava muito o discurso da médica, já que ela não tinha um discurso próprio... e aí para construir com ela, construir que essa é a visão do médico, mas: “como é para você? Como é sua relação com a comida?”, tirar um pouco ela desse discurso médico deu mais trabalho, é mais difícil, porque ela cola nisso e não quer pensar sobre o particular dela, sobre suas especificidades, sobre sua história de vida. (...)

Alice aponta para a reprodução do discurso da psiquiatra, na falta de um discurso próprio. Então lhe pergunto como agir diante desses casos, como impulsionar o sujeito a elaborar um discurso próprio, descolado do discurso médico. Para exemplificar ela conta dois casos, o primeiro de uma *paciente* que era orientada a comer em determinados horários, e certo dia o horário de um dos lanches coincidiu com o horário da psicoterapia. Então, no meio da “conversa” (na qual a mãe estava presente), a menina foi alertada pela mãe de que aquele era o momento de comer sua maçã, dando-lhe ordens que comesse. A menina olha para a mãe e, então, a psicanalista faz uma intervenção sem pensar, automática:

ALICE – Então eu disse assim pra ela: “mas se você comer, como é que você...” não, como foi mesmo que eu falei? Eu fiz uma intervenção mais simples: “Você

pode comer depois, pois agora nós estamos conversando!”. Eu acho que foi mais ou menos isso que eu falei. E aí a mãe disse: “Não, mas agora é a hora de ela comer!”. E aí eu até brinquei: “De boca cheia como você vai falar? Você pode comer depois, a gente já está terminando”. E aí eu lembro que fiquei super em dúvida sobre essa minha intervenção, pois estava todo mundo falando para ela comer e eu disse para ela não comer... então eu acho que entrei um pouco nesse discurso de coma, não coma. E aí na hora ela olhou pra mim e graças a Deus falou: “Tá vendo, eu posso comer depois! Agora eu tô conversando!”. E aí eu lembro que levei na clínica... eu acho que muitas vezes o analista não tem muita certeza do que ele diz e a gente tem que observar o depois, o *après coup*... (...) depois eu fui pensar, na minha supervisão, porque eu tinha feito essa intervenção, que não era à toa, não era porque eu era rígida e não podia comer ali. Não era isso! Era porque eu pensava que a gente estava ali pra falar, então vamos deslocar um pouco a questão de comer ou não comer e vamos falar sobre isso. Porque eu acho que o discurso médico é muito isso... se foca no comportamento. Claro que comer é importante, mas eu acho que ali comigo a gente tem que ter uma outra relação. (...) E como ela... o sintoma alimentar tem essa dificuldade da elaboração em relação ao simbólico, do acesso ao simbólico, então era isso que eu queria ali com ela, estimulá-la para que ela falasse sobre o que estava acontecendo com ela. E aí com a minha supervisora o que eu elaborei foi que ali eu estava diante de um sujeito, pouco importava se era uma anoréxica, se era uma bulímica, se era um autista... enfim, independente do sintoma eu estava ali diante de um sujeito e queria que ele me contasse... então daí que eu acho que fui entender a minha intervenção, só que aí eu fiquei super angustiada, pois como tem toda uma equipe que trabalha junto, eu pensei: “Eu estou falando pra ela fazer justamente o contrário do que eles estão falando!”. Então, quer dizer, não é que eu sou contra o trabalho deles, mas eu acho ótimo porque ali eu posso fazer de outro jeito. E eu vejo muito as pessoas de outras áreas querendo que a gente faça a mesma coisa, que a gente ande junto, que fale a mesma língua, mas eu acho que o que eu faço não vai depor contra elas, porque eu acho que é um espaço diferente, onde ela pode construir um outro jeito de pensar sobre o que está acontecendo.

A situação narrada pela psicanalista é bastante interessante na medida em que sua sugestão afasta-se das orientações dos outros profissionais e, desse modo, ela entende que permitiu à *paciente* descolar-se do discurso médico sobre a importância de comer, valorizando a fala, a despeito de toda a intervenção médica e também familiar, pois a mãe reproduzia ali as orientações médicas sobre os horários de alimentação. Alice reconhece a importância do tratamento psiquiátrico e nutricional, mas entende que o espaço da psicoterapia é destinado a propósitos distintos, no qual o *sintoma* importa menos do que estar diante de um sujeito, que tem a oportunidade de elaborar sua história e uma outra maneira de pensar sobre si mesma. Sua intervenção, oposta à dos outros profissionais, possibilita à *paciente* elaborar outro discurso, distanciado do discurso biomédico.

Outra situação que ela cita é de uma *paciente* adolescente, que era atendida por uma psiquiatra e uma nutricionista e fazia psicoterapia com uma psiquiatra, que a mãe não gostava e por isso decidiu procurar a clínica psicanalítica. Antes ela também fazia terapia com uma psicóloga que, apesar de não ser especializada em *transtornos alimentares*, era alguém de quem gostava muito, com quem conseguia “se abrir”, mas a mãe achava que ela não estava melhorando dos *sintomas* alimentares, e por isso decidiu trocá-la de profissional. Segundo Alice, a menina não se opôs, mas

se ressentiu. Por isso chegou para fazer psicoterapia já muito resistente, não querendo falar com Alice, dificultando sua adesão ao tratamento. A *paciente* negava-se a falar com a psiquiatra, fazer o *diário alimentar*, então a psiquiatra sugeriu reunir a mãe, a psiquiatra e psicanalista para conversarem, o que foi por ela recusado:

ALICE – (...) aí eu comecei a pensar: não, acho que é muita mistura e tem a questão do *setting*. Eu estaria saindo da minha figura e estaria lá como aquela que cobra, que está insatisfeita com ela, pois todo mundo está super insatisfeito com o fato dela não colaborar. E aí também em supervisão eu conversei que não, que cada um tem o seu papel, existe a transferência com a analista... então que a psiquiatra tem que lidar, na relação com as duas, com o que está acontecendo... não é juntar eu, ela e falar: “porque você não quer tratar com a gente?”, porque senão eu estaria saindo do meu papel de analista. Então a minha intervenção que eu fiz com ela, pensada junto com a supervisora, foi no sentido assim: “Você quer fazer um trabalho comigo? Eu sei que você gostava da outra psicóloga, inclusive se você quiser voltar com sua outra psicóloga, vamos pensar pra você bancar esse seu desejo, mas você tem que se tratar! Se não for comigo vai ser com outra pessoa.” Ai eu falei pra ela: Eu estou aqui pra te ouvir. Eu não vou ficar perguntando sobre as questões alimentares, porque ela não gosta de falar sobre isso! E isso é uma coisa que pega, porque todo mundo fica querendo que ela fale se ela vomitou ou não, se ela fez o diário ou não, e ela chega pra mim e fala de tudo, menos disso! É um assunto que ela falou que se sente muito invadida. Então o que eu pude falar é que ela iria falar comigo sobre aquilo que ela quisesse e que se em algum momento ela sentir vontade de falar sobre isso ela vai falar!

Em ambas as situações Alice afastou-se das práticas e procedimentos psiquiátricos e nutricionais procurando proporcionar às *pacientes* uma maneira de elaborar um discurso próprio, independente do discurso médico. Como ela diz, sua intervenção não depõe contra os outros profissionais, pois cada um ocupa um papel distinto. Entretanto, ela entende que o papel da psicanálise é justamente proporcionar um espaço reservado às *pacientes*, e não um espaço de cobranças, como o da psiquiatria e da nutrição. Alice reconhece a necessidade de dialogar com os outros profissionais e considera uma qualidade do trabalho realizado na clínica conseguir afastar-se um pouco do universo da psicanálise e dialogar com as outras especificidades, pois isso ajuda a compreender os casos. No entanto, considera que cada especialidade deve ocupar seu papel. Além disso, esse diálogo com outras áreas significa uma dificuldade a mais, pois além de tudo é preciso lidar com os outros profissionais, o que demanda certo “jogo de cintura”.

Para ela, a *paciente*, ao ser diagnosticada, recebe um rótulo, que é importante para a medicina para localizar aquele indivíduo, mas que para a psicanálise e o modo como ela entende, o importante é pensar a pessoa como um sujeito, e não como uma *anoréxica*, ou *bulímica*.

Alice conta de um *paciente* que tinha que submeter-se muito à mãe – que alimentava uma expectativa sobre ele e o dominava de uma maneira que ele nunca conseguia “se colocar”. Ela considera que a *anorexia* surgiu na vida dele como o único modo de constituir algo próprio, mesmo

que através da doença. A mãe quer que ele coma, e ele se nega a comer, então ele não cumpre a ordem da mãe, buscando diferenciar-se, colocar-se. Eu lhe questiono se o *transtorno alimentar* surge como uma possibilidade de existência e a psicanalista considera que sim – uma interpretação alternativa ao discurso médico é considerá-lo uma possibilidade de existência àqueles sujeitos.

Apesar de falar sobre a clínica psicanalítica como uma instituição homogênea, torna-se evidente nas nuances das falas as diferenças entre as psicanalistas e suas escolhas teórico-metodológicas. Cabe investigar, portanto, as trajetórias de algumas das psicanalistas, assim como os diferentes posicionamentos e referências. Depois de apresentar a clínica de maneira geral e generalizante, cabe agora aproximar o olhar, saber quem são as pessoas que fazem a instituição e as diferentes concepções que ela abarca.

1.5. Algumas Trajetórias

Uma trajetória institucional⁴⁴

Acho que eu sou um pouco menos psicanalista aqui e um pouco mais psicanalista lá.

Essa frase foi dita por uma das psicanalistas da clínica que atua também no Ambulatório 2, quando lhe perguntei se ela considerava que a sua atuação em tal ambulatório influenciava sua atuação na clínica psicanalítica. O que sua resposta parece significar, portanto, é que há influências dos dois lados: por um lado, a atuação no Ambulatório 2 e o contato com a equipe multiprofissional intensificam sua atuação como psicanalista e sua defesa da abordagem psicanalítica e, por outro lado, sua atuação na clínica e o contato com outras psicanalistas a fazem ressaltar uma visão global dos *transtornos* e levar para a discussão psicanalítica um pouco da experiência das outras áreas de atuação, como a nutrição e a psiquiatria, parte da compreensão da dinâmica global dos *transtornos alimentares*. Sua colocação aponta para a “flexibilidade” de sua identidade, que se estabelece contrastivamente (Cunha, 1987).

A psicanalista, que aqui chamarei de Fátima, me contou que chegou à psicologia meio por acaso, pois sempre quis fazer medicina, mas teve interferências na vida que não a permitiram. Ela chegou a prestar vestibular para medicina logo que terminou o colegial, mas não passou. Então como sempre foi uma boa aluna em exatas, no segundo ano resolveu prestar vestibular para engenharia e direito. Foi uma amiga que a convenceu a fazer psicologia e praticamente a inscreveu no vestibular, mas ela achava que psicologia não tinha nada a ver com ela. O resultado do vestibular

⁴⁴ Essa entrevista foi realizada no prédio onde as reuniões da clínica acontecem.

para psicologia foi o primeiro a sair e ela resolveu matricular-se mesmo sem esperar o resultado dos outros vestibulares.

Desde que começou a cursar psicologia numa faculdade particular, interessou-se e identificou-se mais com a área clínica e médica. Além disso, considerava que sempre se interessou pelas questões mais *primitivas* do desenvolvimento, por isso sempre estudou muito as *primeiras formações do aparelho psíquico* e o que as *falhas* nessa formação poderiam acarretar. A psicanálise respondia a muitas dessas questões, por isso sua aproximação com esse saber, do qual surgiu seu interesse pelos *transtornos alimentares* que, segundo ela, é uma patologia que poderia lhe dar subsídios para melhor entender suas inquietações a respeito das *primeiras formações do aparelho psíquico*. Estava formada em psicologia há 25 anos.

Logo que se formou ela foi convidada pela faculdade a assumir uma cadeira de patologia. Durante dez anos deu aulas de psicopatologia e posteriormente uma disciplina de *desenvolvimento*. Depois de terminar a faculdade, dar aulas, trabalhar e ter filhos, ela resolveu fazer um curso de formação em psicanálise, onde conheceu a pessoa com quem veio a trabalhar na clínica e que se tornou sua parceira na psicanálise especializada em transtornos alimentares. Segundo ela sua “parceira” já tinha uma clínica de adolescente “mais forte”, ou seja, atendia mais adolescentes, debruçava-se sobre as patologias mais recorrentes e interessava-se pelas questões em torno da adolescência. Esta não era uma área em que ela costumava trabalhar, pois atendia mais adultos, mas sempre *pacientes* melancólicos, depressivos e, posteriormente, com *transtornos alimentares*.

A partir desse encontro sua trajetória foi marcada pela criação da clínica, que não surgiu com a configuração que tem hoje, mas sim como um núcleo de pesquisa em *transtornos alimentares*.. Durante a formação em psicanálise, Fátima e sua “parceira” já formavam um grupo, ao lado de outros colegas psicanalistas com quem tinham afinidades pessoais, então decidiram formar um grupo de estudo. Uma das participantes queria estudar o autismo, mas a maioria achou que era um tema muito árido, além de já haver um grupo especializado no assunto. Estavam surpresas com o número crescente de adolescentes com *transtornos alimentares* que começou a aparecer no consultório e, por outro lado, não havia muitos trabalhos sobre o assunto, pois eram poucos os que pesquisavam esse tema. Quase não havia psicanalistas estudando o tema, pelo contrário, havia uma contraindicação da psicanálise. E ainda é um grande desafio defender a abordagem psicanalítica, segundo ela, pois a representatividade se dá apenas entre os pares, mas o desafio é ser uma referência de forma geral.

Depois da criação da clínica a trajetória de Fátima se confundiu com a trajetória da instituição. Após a formação de um núcleo de pesquisa em *transtornos alimentares*, sua “parceira”, que tinha um bom contato dentro de um ambulatório, decidiu “aventurar-se” e realizar uma espécie de estágio dentro daquela instituição. Depois disso, ambas foram convidadas para colaborar com a

criação da equipe do Ambulatório 2, que surgira dentro do Ambulatório 1, como um meio de abrigar pacientes menores de 18 anos. Membro desse ambulatório desde a sua criação, Fátima considera que é uma dificuldade defender a abordagem psicanalítica em contexto institucional, uma vez que a psicanálise não se pretende terapêutica estrito senso. Por isso, a psicanálise convive com outras abordagens psicológicas nesse contexto institucional, uma vez que diante da gravidade dos casos e em busca de um resultado eficaz imediato, a abordagem cognitivo-comportamental é mais recomendada em alguns momentos, na medida em que atua diretamente sobre os *sintomas* biomédicos.

Fátima reconhece a importância da abordagem cognitivo-comportamental, no entanto, defende a abordagem psicanalítica como um método que permite à *paciente* mudar sua vida e garantir uma “manutenção” em longo prazo, uma vez que a reincidência dos *transtornos alimentares* é grande. Segundo ela:

FÁTIMA – É óbvio que diante de uma paciente desnutrida, com risco de vida iminente, a própria psicanálise se auto-intitula contraindicada. O próprio Freud não recomenda a abordagem psicanalítica em casos de anorexia. (...) No que essa abordagem pode contribuir, pedindo para um sujeito associar livremente, buscar conflitos profundos, para alguém que está desnutrido e que mal consegue falar e não está pensando? Então, na situação de crise, a psicanálise tem pouco a contribuir, no **método tradicional**. Agora, enquanto referencial teórico-clínico, que nos dê uma compreensão sobre o que está acontecendo profundamente com aquele sujeito, ela tem muito a contribuir. (...) Qual é a proposta da psicanálise, enquanto método terapêutico? Alguns analistas mais radicais dizem que ela nem é um processo terapêutico, ela não tem esse compromisso de ser terapêutica, ser terapêutica é uma consequência da psicanálise, na medida em que o sujeito pode ter acesso e conhecer melhor conflitos inconscientes, demandas inconscientes que ele tem, e que o fazem repetir na vida coisas que fazem mal pra ele, e se ele quiser, ele vai poder mudar isso. Então, é claro que ela acaba, por consequência, sendo terapêutica, por que viabiliza que esse sujeito mude a vida dele.

Fátima fala sobre a contraindicação e indicação da psicanálise em determinados momentos do tratamento, uma vez que pouco pode contribuir em momento de crise e no método tradicional, fazendo referência ao que foi apresentado acima a respeito da necessidade de adequações no método. A psicanálise pode sim contribuir e é recomendada, em sua opinião, mas não em todos os momentos ou no “método tradicional”.

Parece-lhe que, havendo uma alteração na técnica, a psicanálise pode contribuir até nas situações de risco, pois pode oferecer outra compreensão das patologias, que dá elementos para compreender e atuar em equipe, que é o tratamento recomendado.

Além disso, ela defende que a contribuição da psicanálise se dá em dois momentos: num primeiro momento como um referencial teórico clínico que possibilite uma compreensão do funcionamento mental das pessoas que sofrem de *transtornos alimentares* e, num segundo momento, para resolver conflitos profundos e “desconstruir” o *transtorno*:

FÁTIMA – A nossa proposta, ou minha, o que eu vislumbro é: se a gente conhecer profundamente, se a gente encontrar, como Freud encontrou, ou melhor, como a psicanálise encontrou, por exemplo, pontos comuns no neurótico obsessivo-compulsivo e consegue tratá-los, então o que será que a gente vai encontrando nessas patologias, como a anorexia, que falam de falhas no funcionamento mais primitivo que quando elas se expressam, quando tem expressão uma anorexia quase mata? E se a gente puder compreender isso melhor e puder intervir junto à paciente de uma outra maneira, acho que essa é a nossa tarefa. (...) Então a psicanálise se presta no tratamento dos transtornos alimentares, eu penso, em momentos diferentes: como uma construção, enquanto pesquisa teórico-clínica para compreender melhor o funcionamento mental desses pacientes que sofrem desses transtornos. Primeiro é ter essa compreensão teórico-clínica que atenda à psicanálise, que atenda de uma forma geral a medicina e enfim, que nos reconheçam como profissionais que podem trabalhar com esse transtorno e, em especial, num segundo momento, quando as pacientes já estão fora do risco, aí a psicanálise, como tal, vem se mostrando cada vez mais indicada, pois se você não resolve esses conflitos mais profundos, mais inconscientes, mais constitucionais que merecem uma intervenção da psicanálise, pra que de fato você tenha a “desconstrução” do transtorno.

Um encontro inevitável⁴⁵

(...) eu tinha um livro, eu lembro até hoje que chama “Dibs em busca de si mesmo”. É um livrinho que tinha um menino e tinha a hipótese de ele ser autista, porque ele não conseguia se relacionar com nenhuma criança. E aí a mãe o leva no psicólogo e começa a brincar, tem a ludoterapia, ela começa tentar se aproximar dele e ele bem arredo, parece que vivia num mundo dele. Só que à medida que ela vai interagindo, vai conseguindo entrar um pouco no mundo dele, aí resumindo, ele não era autista, mas tinha algumas dificuldades de se relacionar, de interação social... ele era um menino muito inteligente, mas no campo das relações sociais ele tinha muitas dificuldades. Eu não me lembro muito bem da análise que ela [a autora] faz da relação dele com os pais, mas eu sei que a minha mãe tinha esse livro e eu li e acho que foi a primeira vez que eu comecei a pensar nessa questão do psicólogo, do que ele faz com o paciente... eu achei bonita a construção do vínculo do profissional com o menino e como desse vínculo ele conseguiu, vamos dizer assim, resgatar o menino do silêncio, pois era um menino bem quietinho.

É com essa história que Alice me apresenta sua aproximação com a psicologia, ao lado da influência de uma tia, também sua madrinha, que é psicanalista. Alice está entre os primeiros membros da clínica e por coincidência havia sido aluna de uma das psicanalistas durante o colegial. Ela conta que gostava muito de conversar com sua madrinha quando era adolescente, e queria que ela lhe aplicasse testes e falasse de sua personalidade. Considerou, no momento da entrevista, que talvez na adolescência achasse que o psicólogo podia adivinhar as coisas. E logo na adolescência, com dezesseis anos, ela começou a fazer terapia. Sua mãe procurou uma psicóloga, por achar que ela enfrentava uma crise de adolescência. Ela queria sair do colégio onde estudava. Além disso, tinha a questão da escolha profissional. Seu primeiro psicólogo foi um *psicodramatista*. Ela gostou, mas ainda não era bem o que queria, pois ele lidava muito com questões do corpo e fazia algumas

⁴⁵ Essa entrevista foi realizada em um café de uma livraria.

técnicas corporais, mas queria falar, afirma que tinha necessidade de falar. Posteriormente encontrou uma psicanalista mais "comportamental", por quem foi atendida por seis meses. Depois Alice encontrou uma *psicodramatista*, com quem conseguia conversar mais, pois não tinha muito uma questão do corpo e de técnicas corporais. Nessa época ela fazia cursinho e prestou vestibular. Ela tinha dúvidas entre Direito e Psicologia, foi aprovada em Direito na PUC, mas decidiu fazer cursinho e prestar novamente. Nesse entremeio ela prestou vestibular para psicologia e foi aprovada em uma universidade pública, apesar de ter sido "desincentivada" pela tia, considerando que seguir essa carreira exige grande esforço, muito tempo de investimento e pouco retorno financeiro, especialmente no início. Além do mais, sua tia dizia que era necessário ter alguém que ajudasse financeiramente, caso quisesse seguir a área clínica.

Sua tia sempre dizia que se ela quisesse seguir a área clínica, que seguisse paralelamente algum outro tipo de trabalho na sua área, para conseguir sustentar o consultório. Daí surgiu a ideia de também estudar psicologia hospitalar para trabalhar por um tempo no hospital, como psicóloga hospitalar, paralelamente ao consultório, que é o que ela fazia até então, no momento da entrevista. Ela fez uma especialização num hospital público e acha que deu muita sorte, pois lá eles eram muito psicanalistas, era uma psicologia hospitalar, mas com referencial psicanalítico e atendimento em ambulatório.

Atualmente trabalha num hospital escola de uma universidade pública, em regime ambulatorial, com consultas marcadas (e não em enfermaria, nem UTI), e a partir de um referencial psicanalítico. Nesse sentido considera que conseguiu unir duas coisas: ser psicanalista e trabalhar em hospital com referencial psicanalítico.

Sobre seu interesse pela psicanálise, Alice conta que já conhecia um pouco por causa da sua tia-madrinha, mas que na faculdade, no terceiro ou quarto ano quando começaram as disciplinas optativas de psicanálise, ela se interessou de imediato. Havia uma professora de quem gostava muito e com quem se identificava, por isso começou a fazer parte do seu grupo de estudos de Freud e Lacan. Faz-se necessário ressaltar a importância dos grupos de estudo nas trajetórias dentro da psicologia, uma vez que a própria clínica surgiu de uma iniciativa como essa. Todas as psicanalistas falam sobre importantes participações em grupos de estudos. No geral, o interesse pela psicanálise começou com a abordagem infantil, mas depois ampliou, assim como ocorreu com Alice, que naquele momento atendia mais adolescentes e adultos.

Em relação ao seu interesse pelos *transtornos alimentares*, ela conta que fez iniciação científica na graduação sobre o tema e que a primeira vez que ouviu falar sobre essa questão foi quando uma amiga de escola teve *anorexia*:

ALICE – Eu lembro que era uma amiga de infância, filha de uns amigos dos meus pais, e ela foi emagrecendo, emagrecendo e eu lembro que aquilo chamou minha

atenção e eu lembro que eu conversava muito com a mãe dela, porque como a gente era amiga né?... A mãe dela ficou toda baqueada, ficava levando ela no médico... Aí eu lembro que a gente fez uma viagem juntas e a mãe me falou: “Ai, cuida dela, faz ela comer!”. E aí eu vi de perto as dificuldades que ela tinha... na hora de almoçar ela não queria comer nada... Então eu lembro que a primeira vez que eu ouvi falar foi com ela! Foi uma referência bem próxima que eu tive! E aí talvez juntou essa experiência que eu tive pessoal, com turmas de amigas que falam muito sobre comidas, as meninas que fazem dieta, né... e aquela preocupação que tem, talvez, quando se é adolescente, de emagrecer, de que tem ser magra...

Enquanto fazia a iniciação científica com outra colega que também se interessou pelo assunto, descobriram que no Ambulatório 1 havia um aprimoramento. Elas ainda não eram formadas, mas foram aceitas como “aprimorandas”. Lá ela reencontrou sua professora de colegial, que também fazia esse aprimoramento, que era uma espécie de estágio. Ela contou que nenhum professor nunca havia falado sobre *transtornos alimentares* na faculdade e que também não apareceram casos enquanto ela esteve na clínica da universidade onde estudou. Por isso, considerava que a questão pessoal, ter passado por essa experiência com a amiga que teve *anorexia*, marcou suas escolhas.

Depois de fazer a iniciação científica no hospital, com *pacientes* do ambulatório, participando das consultas médicas e das reuniões das equipes, ela se formou e continuou participando da equipe, até que houve uma mudança e elas foram “sutilmente convidadas a se retirar”. Em seguida, ela fez um “desvio de percurso”, como me disse, pois quando saiu do Ambulatório 1 teve oportunidade de trabalhar em recursos humanos. Ela contou que vivia uma ansiedade de ganhar dinheiro, pois já estava formada há algum tempo, o consultório tinha poucos *pacientes*, então resolveu experimentar trabalhar com recursos humanos, onde ficou por um ano e descobriu que odiava. No entanto, ela considerava que precisava ter passado pela experiência para confirmar que realmente não gostava daquela área. Como ela gostava de psicanálise, o irmão que é médico sugeriu que ela fizesse uma especialização. Lá ela conheceu um profissional que trabalhava numa clínica lacaniana, onde fez sua formação em psicanálise por dois anos e retomou sua análise pessoal, que havia interrompido. Foi nessa época que fez contato com a ex-professora e que esta lhe convidou para participar da clínica, que havia sido fundada cerca de um ano antes.

Alice diz que sua abordagem é “mais lacaniana”, sua analista é lacaniana, assim como sua supervisora. Quando lhe perguntei qual era a diferença em pensar sobre os *transtornos alimentares* a partir de uma abordagem lacaniana, dado que na clínica a maioria das psicanalistas tinha abordagem pós-freudiana ou kleiniana, ela me disse:

ALICE – É isso é uma pergunta difícil de responder em poucas palavras... Olha, o Lacan tem suas particularidades, por exemplo, na questão da contratransferência. Tem a transferência e a contratransferência. A transferência é um pouco o lugar que o paciente te coloca, de acordo com suas referências... e nesse vínculo com o

analista ele coloca o analista em diversos lugares, vamos dizer assim. E a contratransferência é um pouco como o analista se sente ao ser colocado nesse lugar. A diferença é que alguns autores, talvez Melanie Klein, fala para que o analista aja de acordo com a contratransferência, que ele devolva para o paciente: “Olha, você está fazendo eu me sentir dessa forma”... leva muito para a questão da pessoa do analista. O Lacan, não é que ele não acredita na contratransferência... nós sentimos, nós temos sentimentos em relação ao lugar que o paciente nos coloca, mas a diferença é que... é complexo, como posso explicar?... eu não vou devolver isso para o paciente, até porque como é transferência não é algo pessoal, vamos dizer assim... então talvez eu tenha que trabalhar essa contratransferência de outra forma. Um exemplo: tem analistas que falam: “Ah, você atrasou porque eu tirei férias, então vamos pensar um pouco na dificuldade da minha ausência pra você”. Já na linha lacaniana não tem esse tipo de interpretação. (...) Assim, é um tipo de intervenção que eu não faria. Eu até posso pensar isso, mas eu devolvo de uma outra forma. Porque o Lacan fala que um dos desafios da análise é tirar um pouco a aceção do eu do analista para o eu do paciente, tirar o foco da dimensão imaginária. É a relação do paciente com o Grande Outro, que ele fala, que é o conjunto de referências na vida, de pessoas... não é a questão do paciente com o analista como pessoa, mas do analista como representante do Outro, vamos dizer assim.

Alice apontou para a dificuldade de se compreender os conceitos do Lacan, pois é um autor que faz muitas referências à filosofia e outras áreas de conhecimento, segundo ela. Diz que por isso há muito preconceito em relação à sua teoria, mesmo dentro da clínica, mas considera normal cada um escolher sua referência e ter suas preferências. Uma das inovações do Lacan e pela qual ele é muito criticado é a criação das sessões mais curtas, sem padronização. Segundo ela, o Lacan fala de tempo lógico da sessão e do inconsciente. Para ele não interessa marcar 45 minutos no relógio ou qualquer outra quantidade de tempo, pois não é do tempo do relógio que se trata, por isso não tem tempo fixo. O que interessa é o corte – o corte lacaniano, que tem o objetivo de tirar o sujeito daquele discurso repetitivo que não leva a nada. Porque, segundo ela, a análise não é um falatório, não é uma “contação” de história, mas sim colocar o sujeito diante daquilo que ele às vezes não se dá conta, cortá-lo num momento em que ele está num processo de repetição, num gozo, ou numa satisfação da qual não consegue sair. Mas há quem o critique dizendo que seu interesse era tornar as sessões mais curtas apenas para atender mais *pacientes* e ganhar mais dinheiro.

Quando se trata de *pacientes com transtornos alimentares*, ou *pacientes* mais “comprometidos”, Alice diz que é necessário certo cuidado com a técnica lacaniana. Ela diz que, por exemplo, se o sujeito estiver imerso na angústia, e se for uma angústia crescente, ela não pode fazer um corte e mandá-lo embora. Ela precisa fazer intervenções para de alguma forma acolher e reduzir essa angústia antes de liberá-lo. Mas ela não se guia muito pelo relógio. Às vezes o *paciente* está bem e chega a uma determinada conclusão, então não há porque mais continuar, porque seria “encheção de linguiça”, do seu ponto de vista. Ela acha que para alguns *pacientes* psicóticos às vezes uma sessão mais curta é também muito mais organizadora. Não existe regra. Cada um constrói a sua prática e tem o seu referencial, mas ela acha que as coisas não devem ser tão

padronizadas, porque é na relação com o *paciente* que se deve observar sua necessidade naquele momento.

Uma trajetória “acidental”⁴⁶

JÚLIA – (...) os vômitos estão presentes tanto nas bulímicas histéricas (neuróticas) quanto nas não-histéricas (não-neuróticas: *borderline*, melancólicas, de estruturação psicótica ou que outra definição se quiser utilizar). O que me permite diagnosticar a paciente sobre quem escrevi como não-histérica é o fato dos vômitos não terem um valor simbólico, como teriam na histeria. Por exemplo, a histérica, quando vomita, pode estar encenando um desejo de gravidez, ou uma punição por este mesmo desejo. Neste caso o vômito simboliza algum desejo ou conflito que não pode ser expresso diretamente e que, através do vômito, é expresso de maneira “disfarçada”. No caso de minha paciente os vômitos não são símbolos que remetem à outra coisa: eles são pura descarga.

MARISOL – Esses *sintomas* são constitutivos desses sujeitos? É possível superá-los?

JÚLIA – Não são constitutivos no sentido de serem “congenitos”, mas a partir de algum momento passaram a fazer parte da constituição psíquica dos pacientes, passando a ser usados como um meio de manutenção do equilíbrio psíquico. É possível superá-los, no sentido de que é possível o sujeito se reestruturar e passar a viver sem isso, mas permanecerão sempre como um ‘ponto fraco’ do sujeito. Funcionam como um ‘pólo de atração’ para o qual o sujeito será atraído sempre que houver em sua vida alguma situação de descompensação, como perdas, separações, frustrações, doenças orgânicas etc.

Júlia começou sua narrativa contando que seu interesse pela psicanálise surgiu já na graduação em psicologia na universidade pública, em que diversas abordagens lhes foram apresentadas, mas ela imediatamente se identificou com a “visão de homem” da psicanálise. Foi também durante a graduação que começou fazer análise. No entanto, queixa-se que durante a faculdade sequer ouviu falar de *transtornos alimentares* e considera que é um assunto muito específico. Na clínica da universidade onde trabalha não viu passar nenhum *paciente* com *transtorno alimentar* desde que entrou para fazer estágio.

Seu contato com o tema ocorreu ao se formar, quando conheceu uma médica próxima de sua família e que trabalhava com estética. Ela havia lhe acenado a possibilidade de trabalhar em sua clínica. Era uma clínica que estava crescendo, de uma médica jovem, porém já muito inserida, e que hoje é uma das maiores e mais famosas de São Paulo. Ela iria trabalhar na área de psicologia, pois a médica queria que sua clínica tivesse vários profissionais e o diferencial seria a parte de psicologia (que até hoje não tem). Júlia disse que já estava inserida na área, pois fizera estágio na faculdade e desejava ter consultório e trabalhar na área clínica, ao mesmo tempo não desconsiderava trabalhar em instituição. No entanto, achava que para atuar nessa clínica precisaria estudar, pois não tinha

⁴⁶ Essa entrevista foi realizada em sua sala, numa clínica onde trabalha.

familiaridade com temas relativos à estética, que eram temas com os quais possivelmente teria que lidar e que passaram despercebidos ao longo da formação na graduação.

Por isso ela decidiu fazer uma especialização em obesidade e *transtornos alimentares*, cuja abordagem era psicanalítica e durava dois anos. Ela diz que foi levada por uma oportunidade de trabalho que por fim nem se concretizou, mas lhe possibilitou encontrar uma área de interesse, pois tem uma interface com a cultura, é um tema atual e a sensação era, naquele momento (há cinco ou seis anos), de que haveria uma demanda de profissionais especializados nesses temas, pois a procura estava aumentando. E como estava se especializando, antes mesmo de terminar o curso começou a procurar instituições que atendessem essas especialidades para tentar se inserir. Desse modo deu-se seu encontro com a clínica psicanalítica e também com um ambulatório, onde ficou por um ano.

O curso que fez nesse ambulatório era uma espécie de residência em *transtorno alimentar*, e abarcava a parte prática do tratamento, ou seja, atendimentos, supervisões, participação das reuniões em grupo.⁴⁷

Paralelamente, ela iniciou sua formação em psicanálise, que durava quatro anos, que ela considerava uma espécie de faculdade de psicanálise. Sua experiência clínica, portanto, deu-se nessas instituições, onde fez sua especialização e atendeu diversos pacientes, e na clínica psicanalítica. Quando lhe questionei sobre o Ambulatório ela disse que lá também existia um curso de formação, mas que a orientação é muito comportamental. Além do mais, decidiu fazer o curso que incluía obesidade, pois considerava que havia uma demanda por profissionais especializados e que pudessem fazer laudos e avaliar pacientes para cirurgia de redução do estômago. Questionei em seguida se ela achava que a abordagem da clínica era influenciada pelo Ambulatório 1 e ela disse: “Do Ambulatório 1? Não, de maneira nenhuma, eles são muito comportamentais. (...) Do Ambulatório 2 pode até ser mais parecida, mas do Ambulatório 1 não... acho que pelo contrário, acho que a ideia é se diferenciar deles...”. Só então compreendi que para ela, assim como para as demais, havia uma diferença muito grande entre a abordagem desses ambulatórios, mesmo que um faça parte do outro. Ela concordava que a abordagem da clínica se confundia com a abordagem psiquiátrica, mas não com a comportamental. E essa aproximação também lhe causava certo estranhamento, pois as visões médicas e psicanalíticas de homem são completamente diferentes.

⁴⁷ Conta que nessas reuniões em grupo das quais participava como observadora, sua participação era anotar tudo, “feito uma louca” e depois transcrever e fazer relatórios. Tarefa esta que se aproximava um pouco do papel que eu enquanto antropóloga ocupava na Instituição psicanalítica. Instituição psicanalítica, exceto pelos relatórios.

TATIANA – (...) tem texto aí de 1950 que fala da transferência a favor do processo e ainda há muito essa fala, dessa postura distante, o que eu não consigo ver como possível quando se está falando de duas pessoas, ou mais. Como eu faço, desligo meu aparelho de pensar e sentir e vou atender alguém? Pra mim, não tem nenhuma condição! E por isso que eu falo que esse é o nosso instrumento. E da onde vem isso? Da minha experiência de análise. Porque se eu não tivesse alguém pra me conter, me dar um *holding*, talvez eu não daria conta de chegar com esses pacientes até onde eles chegam. Porque a gente precisa saber o que é sentimento, a gente precisa de alguma maneira ter enlouquecido um pouco, porque o nosso analisando vai até a onde a gente for. Mais do que isso não tem como entrar, se você tiver medo de entrar com ele.

MARISOL – E nesse sentido você acha que fazer análise é uma forma de aprender a ser analista?

TATIANA – Eu acho que é a única forma. As outras todas são leituras complementares. Acho mesmo! Porque de outra maneira, como é que você vai receber alguém? Ter o poder da escuta?! Eu digo poder da escuta porque acho que é um poder mesmo, você poder ficar lá e escutar o outro. E mais do que isso, poder se implicar e saber que talvez aquilo que você disse também não é legal... Olha, vou te oferecer um tratamento, vamos pensar juntos para ver o que você acha? Você pode estar indo pelo caminho errado... você não é o suposto saber! É tentar que as duas mentes juntas criem outra coisa. E eu acho que a análise é essencial. Eu acho que análise, e muita análise pra gente poder lidar com essa clínica, porque é a clínica do abandono... um dia vem, outro dia não vem, um dia te ama, outro dia te odeia.

Numa interação informal Tatiana fez comentários que me fizeram lembrar um debate durante uma reunião da clínica em que as participantes questionavam porque algumas pessoas desenvolviam *transtornos alimentares* e outras não, uma vez que muitas pessoas têm relação *fusional* com a mãe, porém nem todas elas “fazem *transtorno alimentar*”, ou seja, desenvolvem uma patologia. Uma das psicanalistas disse naquela ocasião que entre aqueles que têm relação *fusional* com a mãe, alguns desenvolvem *transtornos alimentares*, e outros os estudam, sugerindo que pesquisar ou se interessar pelo tema poderia também ser uma forma de “problematizar” sua relação *fusional*. Isso não significava que elas sofressem de *transtornos alimentares*, mas sim que algumas delas poderiam, assim como suas *pacientes*, ter tido uma relação *fusional* com suas mães – o que poderia se manifestar de diferentes maneiras.

Tatiana conta que sempre quis estudar psicologia, mas no seu estado não existia esse curso, então ela cursou um ano de Direito, pois faz parte de uma família de advogados, mas não se identificou. Depois resolveu cursar Educação Física, porque era bailarina⁴⁹. Posteriormente, quando mudou-se para São Paulo, cursou psicologia. Ela decidiu fazer uma faculdade privada, pois queria

⁴⁸ Entrevista realizada no próprio consultório da psicanalista.

⁴⁹ Ela me contou que ainda dançava para acompanhar sua filha. E ao falar sobre essa questão do balé clássico, que exige muita disciplina, leveza, treinos desgastantes e ritmo exaustivo, disse que só agora pensou que talvez viesse daí seu interesse pelos *transtornos alimentares*.

entrar de uma vez para fazer o curso que desejava. Além disso, segundo ela naquela época aquele curso tinha professores muito bons, que eram da Sociedade (referindo-se à Sociedade Brasileira de Psicanálise), o que conferia muito prestígio a um curso de psicologia. Ela conta que já no último bimestre do primeiro ano teve contato com a psicanálise, se identificou e começou a fazer parte de dois grupos de estudo, um dedicado a estudar Klein e o outro Winnicott.

Logo que terminou a faculdade tentou entrar num instituto de psicanálise para fazer formação, mas essa instituição tem uma cultura de formar grupos homogêneos, segunda ela, e, naquele ano, o grupo estava sendo formado por pessoas mais velhas e ela, que só tinha vinte e poucos anos, não foi aprovada. Então lhe sugeriram que fizesse o curso de fundamentos, que era um curso introdutório de psicanálise, mas ela não quis fazer, pois já havia participado por bastante tempo de grupo de estudo, e o que desejava era fazer a formação. No ano seguinte ela conseguiu entrar, pois era uma turma de pessoas mais ou menos da idade dela e que passavam por períodos profissionais parecidos. Lá ela conheceu duas psicanalistas que eram membros da clínica. Coursou um ano de formação e depois teve que interromper porque engravidou, teve uma gravidez de risco, o que lhe demandou cuidado e repouso. Depois que sua filha nasceu, retomou sua formação.

Desde o início da faculdade ela queria trabalhar com atendimento clínico. Fez dois anos de estágio e permaneceu por mais dois anos fazendo as triagens da clínica da faculdade onde estudou. Quando se formou chamou as pessoas que trabalhavam com ela na faculdade para trabalharem no seu consultório. Ela me contou que na formatura já tinha cartão pessoal, sala alugada e etc. Assim que ela se formou uma colega de faculdade a procurou para analisar a filha dela. Isso lhe deu um acesso às escolas e a outras crianças. Optou por trabalhar com crianças, pois queria fazer diagnóstico infantil. Trabalhou muitos anos só com crianças, e ressaltou que esses perfis se transformam ao longo da trajetória, o que considerava interessante. Exemplificou essa situação, uma vez que no momento da entrevista ela atendia muita gente jovem e muitos publicitários. Segundo ela, às vezes, o grupo de *pacientes* pode ficar muito parecido, talvez por uma coincidência ou pelo próprio momento da vida do analista, ou por causa de indicações, formando uma espécie de rede, na qual os *pacientes* indicam outras pessoas.

Ela afirmou que seu interesse pelos *transtornos alimentares* surgiu por acaso. Não era um assunto que a interessava muito, não tinha muito conhecimento e achava que havia temas mais “bonitos” para estudar. Suas duas colegas comentavam sobre a clínica e ela fazia análise com uma das coordenadoras, que comentava sobre o grupo de estudos sobre *transtornos alimentares* (que depois viria a ser a clínica). Foi quando se deparou com sua clínica parada, pois tinha dispensado seus *pacientes* para cuidar da gravidez e do bebê⁵⁰, quando sua filha já tinha alguns meses, e não podia voltar para a formação em psicanálise, porque era segundo semestre e o curso era anual, que

⁵⁰ Ela diz que dispensou os *pacientes* por se sentir responsável por eles e achar que não podia fazê-los esperar por ela.

pensou: “O que vou fazer?” Então, um dia, se encontrou com as psicanalistas que participavam da clínica numa supervisão horizontal⁵¹, e elas a convidaram para fazer um curso de atualização. No mês seguinte, não sabe bem quando, resolveu ligar e se informar sobre como poderia entrar na clínica. Fez uma entrevista e tornou-se também parte do grupo. Em seguida, procurou uma psicanalista que era referência no assunto para ser sua supervisora. Ela havia terminado sua formação no ano anterior e precisava ainda escrever sua monografia, que não é obrigatória, mas que dá um título de especialista clínico. Escolheu escrever sobre a questão da contratransferência, na qual o analista deve implicar-se no processo analítico.

Tatiana me explica a diferença entre as vertentes francesa e inglesa, dizendo que a vertente francesa trabalha mais com uma ideia de estrutura psíquica, ou seja, o indivíduo tem uma prevalência de um funcionamento mental. É uma vertente mais estruturada, no sentido da nomeação das patologias e mais asséptica, ou distante, no trato com o analisando. Já a corrente inglesa, que é a que ela mais se identifica, não trabalha com estruturas, ela trabalha com a noção de áreas.⁵² Melanie Klein foi quem iniciou essa corrente inglesa, segundo ela:

TATIANA – Ela (Melanie Klein) fala em superego primitivo, o que também se diferencia dos franceses, porque para os franceses o superego, a conflitiva se dá dos quatro aos seis anos, quando a menininha apaixonada pelo pai vai procurar um outro igual ou diferente dele e a mesma coisa vai acontecer com o menino... tendo em vista sempre que para ambas as correntes o primeiro objeto de amor é sempre a mãe, logo o seio, logo o leite, logo a alimentação. Daí Klein chega inaugurando a ideia de superego primitivo, que já lá nos primeiros meses de vida a criança tem que se haver com essa triangularidade de alguma maneira. Daí entra Winnicott, que é do *middle group*, pois têm os freudianos, os kleinianos, o *middle group*, que é composto por Winnicott, Ferenczi, etc., e tem os pós-kleinianos. Então, Klein dá muita importância para aquilo que vem, que é inato. Ela acredita que a gente já vem com um quantum de pulsão de vida ou de pulsão de morte determinado.

Segundo Tatiana, são os pós-kleinianos que inauguram outra fala e trazem a contratransferência a favor do processo de análise, entre eles Paula Heimann. Segundo Tatiana, Klein quis fazer uma bifurcação na contratransferência, então ela fala que dentro da contratransferência estão continentes, suscitado no analista na presença do analisando, sentimentos inconscientes que podem ser trabalhados, e aqueles que o analista não pode acessá-los, não pode trabalhar que é a contratransferência.

Para exemplificar o modo kleiniano de lidar com a contratransferência, Tatiana conta de um caso de um colega psicanalista que trocou o horário, a pedido da paciente, passando de segunda-feira para quarta-feira. Ele saiu segunda-feira no horário anterior da paciente e quando retornou ela

⁵¹ Supervisão horizontal é uma supervisão em grupo.

⁵² Enquanto a corrente francesa “pós-freudiana” trabalha com a noção de estrutura e a corrente inglesa com a noção de áreas, a psicanálise lacaniana utiliza a noção de *sinthoma*, segundo Alice.

estava lá. Depois de conversarem ele não sabia se o engano havia sido dele ou da paciente, então resolveu marcar um novo horário e fizeram a sessão. Segundo ela:

TATIANA – (...) um analista talvez para se defender teria dito que aquilo era resistência dela ao tratamento: “você esqueceu o horário”... ou mais: “você está tentando manipular o seu analista”. Olha o tanto de coisa que dá pra inventar e fazer bonito e tirar do livro, quando na verdade tem que pensar no contato e na experiência emocional. Na experiência emocional é assim: será que eu pus errado, será que pus certo? Vai saber? Uma vez eu esqueci uma paciente, uma única vez na vida... dormi, aí quatro da manhã eu acordo suando, angustiada e lembro que esqueci... aí eu sabia que essa paciente acordava muito cedo... deu sete da manhã eu ligo, ela atendeu e eu falei: “Fulana, me desculpa, eu esqueci!”. Tem gente que para se defender coloca no paciente qualquer material perturbador que pode aparecer no analista... é dele... vai dar trabalho para o outro que já está cheio de trabalho?

MARISOL – É uma forma de se implicar no processo todo?

TATIANA – No processo todo, porque não são duas pessoas? Tanto um quanto o outro pode errar, pode ter resistência, pode esbarrar nas coisas da gente mais primitivas... várias coisas podem acontecer. Agora, o que a gente vai fazer com isso é que é o negócio. Porque sentir todo mundo sente... uns negam, outros se defendem... a negação também é uma defesa, mas o outro tem teoria articulada pra essa história... e tem analista que vai ver o que aconteceu.

Tatiana, em sua clínica, diz acreditar na experiência emocional, ou seja, a pessoa tem que ser tocada *emocionalmente*, não adianta só pensar, teorizar, pois isso é racionalização. Adiante, na entrevista ela me diz:

Por isso, eu falo muito, Marisol, mas eu realmente ACREDITO na experiência emocional! Porque eu vivo isso na minha análise! E eu vivi, vivo isso intensamente! Acho que se a gente estiver disposta a trabalhar com aquilo que a gente tem e com a nossa verdade... é o melhor caminho que se pode trilhar! Olha, o analista pode estudar o que for, fazer supervisão com os caras mais bacanas, mas se ele não fizer análise, ele não vai conseguir. E isso é pouco falado!

Uma trajetória real e virtual⁵³

(...) E os transtornos alimentares entraram logo cedo também, por que... eu tive um interesse particular com a alimentação, com o transtorno, com obesidade, com anorexia, bulimia... Sempre foi algo que me chamou muito a atenção!

Samantha é formada em psicologia por uma universidade privada, onde teve acesso a muitas aulas de psicanálise, e uma psicanálise “muito bem dada”, segundo ela. Contou que quando era adolescente fazia terapia *junguiana*, o que justificava seu interesse por Jung. Estudava muito,

⁵³ A entrevista foi realizada no consultório da psicanalista, que me concedeu 50 minutos, horário que estava reservado a uma *paciente* que cancelou a sessão.

participava de grupos de estudo e continuava gostando até aquele momento. Mas considerava que essa teoria tem sua limitação, que chega um ponto em que tanto a teoria quanto a terapia atingem seu teto e seu limite. Deparou-se com essa limitação, e como teve professores muito bons na faculdade, começou a se interessar por psicanálise logo cedo. Ao longo da graduação participou de vários grupos de estudo em psicanálise, fez cursos de extensão, que existiam naquele momento na faculdade e que valiam créditos além dos necessários, e depois que terminou a faculdade fez especialização em Psicoterapia Psicodinâmica para o adolescente e para a adolescente na turma de outras colegas que também eram membros da clínica pesquisada.

Ela contou que já trabalhava com adolescentes, pois assim que saiu da faculdade foi convidada para integrar a equipe de um posto de saúde, no qual era oferecido um atendimento multiprofissional para o adolescente: médico, psicológico, psiquiátrico, dentário, etc. Além desse posto, ela também trabalhava com adolescentes em um hospital escola público, no ambulatório de ginecologia para adolescentes.

Segundo ela, o interesse pelos *transtornos alimentares* surgiu logo cedo, assim como pela psicanálise, pois sempre teve um interesse particular em relação à alimentação e à obesidade por muitos motivos. O primeiro deles, contou, é porque sempre gostou de comer. Além disso, sempre gostou de moda, de vestir-se bem, que tem relação com o corpo e padrões de beleza. Outro ponto que a motivou é o que ela chamou de “conversas de mulher”, que, segundo ela, não são mais só de mulher, pois agora interessa aos homens também e todo mundo fala sobre dieta. Ela ressaltou que não conhecia um encontro de mulheres no qual não se falava em dieta. Coincidentemente, sua primeira *paciente* da faculdade era uma compulsiva (ela esclareceu que não era bulímica, mas era compulsiva). E para completar, ela sempre lutou contra o peso, pois já foi obesa e era muito mais gorda antigamente. Ela considerava que há, portanto, um interesse pessoal.

Samantha se identificava mais com a abordagem pós-freudiana e considera que seu ouvido é mais pós-freudiano, apesar de gostar de outros psicanalistas, como Melanie Klein. No entanto, enquanto ouve, na clínica, acha que consegue entender mais com Freud, obviamente não o Freud de 1889⁵⁴, mas um Freud modificado e revisitado, e, embora ele não tenha falado de *anorexia* e *bulimia* especificamente, ela considera que Freud deu as bases para se pensar qualquer caso.

Seu contato com a clínica, onde entrou em 2005 ou 2006 (não tinha muita certeza) foi por intermédio de uma amiga da sua turma no curso de formação em psicanálise, que conhecia uma outra moça que era membro da clínica, mas que naquele momento já não fazia mais parte do grupo.

Samantha, além de se interessar por *transtornos alimentares*, fazia pesquisas na internet sobre *anorexia* e *bulimia*, em páginas e perfis de pessoas que as defendem como estilos de vida e

⁵⁴ Sigmund Freud foi um teórico que revisou muito suas próprias elaborações, acrescentando adendos e revendo suas próprias teorias. Além disso, seus escritos de 1886 a 1889 são considerados psicológicos e pré-psicanalíticos.

são “favoráveis” aos *transtornos alimentares*. Quando lhe questionei sobre qual era seu interesse em estudar essas páginas (blogs, sites, twitter, perfis do Orkut e Facebook), se aquele material a ajudava a compreender os *transtornos alimentares*, e o que ela encontrou ali que não encontrava no consultório, ela disse:

SAMANTHA – Primeiro é um interesse pela gravidade! Básico! Porque é realmente muito grave! E a gente não tem muito como combater, já que a internet é terra de ninguém. Não tem como! O que tem nos blogs que não tem no consultório é o social. A gente vê como os transtornos são inseridos no nosso meio social. Dá pra gente entender o ideal social vigente! Isso tá no consultório? Tá, mas na fala de uma pessoa, né? Na internet você vê isso universalizado. Minha inquietação maior é tentar fazer algum movimento pra gente... combater não dá! Acho que combater é impossível, combater esses blogs... Mas tentar, sei lá... você coloca... se tiver 500 coisas ruins e 400 boas, de repente o risco é minimizado. Acho que a única coisa que dá pra gente fazer é minimizar riscos! Então, colocar todas as informações disponíveis: as boas e as ruins! Porque o perigo é ficar só com essas informações loucas, que estão na boca do povo, e não ter nenhuma informação mais especializada... E no nosso meio [referindo-se à psicanálise], acho que agora começou um movimento do tipo: “Você sabe que a internet existe?” Agora! Eu vi isso muito pelo face [referindo-se ao Facebook] da clínica... como eu tinha o meu feito eu já tinha várias instituições de psicanálise, de psicologia... mas agora começaram a surgir muitas... e mais de psicanálise e de psicanalistas também, com seu próprio perfil. Então, acho isso importante! Acho que esse movimento foi muito lentificado porque os psicanalistas mais antigos são pessoais mais velhas...

MARISOL – Têm uma resistência?

SAMANTHA – Total têm uma resistência! Tem uma resistência da psicanálise, dessa coisa meio não exposta...

MARISOL – De se preservar?

SAMANTHA – Sim, de se preservar! Mas acho também que a gente tem que lidar com isso... tem que saber lidar com isso, isso faz parte da nossa vida social. Não dá pra fechar os olhos... eu até tive uma questão pessoal com o Orkut, não era o Facebook ainda, era o Orkut, porque o que você faz com os pacientes? E aí uma paciente me incluiu, e aí eu falei: “Bom, o que eu faço agora?”. Primeiro pra montar meu perfil eu fiquei me questionando: “Será que eu faço, será que eu não faço?”. Mas eu decidi que não ia abrir mão da minha vida virtual por conta da minha profissão... Eu me privo de algumas coisas pela minha profissão. Eu não preciso aparecer numa revista, né... Aí uma paciente me incluiu e aí isso virou conteúdo de análise... “Você é minha paciente? Você é minha amiga? O que você é? E foi ótimo! Acho que quando bem manejado isso vira um conteúdo rico de análise!

Mesmo que particulares, cada uma dessas trajetórias têm pontos comuns e representam a instituição, que é composta basicamente por mulheres, jovens, que se formaram em psicologia, constituíram família, tiveram filhos, fizeram formação em psicanálise ou algum tipo de especialização em psicanálise e procuraram na clínica um espaço onde pudessem encontrar diálogo, iniciar sua clínica e encontrar *pacientes*. Ao longo de todo o período que acompanhei a clínica apenas dois homens fizeram parte do grupo em momentos distintos, um saiu logo que entrei e o outro chegou no final do meu trabalho de campo. Nem todas as psicanalistas são casadas e tem filhos, mas a maioria delas teve trajetórias familiares semelhantes, casando-se depois da faculdade

ou depois da formação em psicanálise e engravidando ao longo da formação ou depois de terminá-la. Não se pode afirmar os motivos de cada uma delas para entrar e fazer parte da instituição, mas entre aquelas com quem tive mais contato e entrevistei parece que a maioria buscava um lugar para estreitar o diálogo especializado e encontrar *pacientes*, procurando movimentar seus consultórios ainda que não movidas pela questão financeira, pois nem sempre são *pacientes* pagantes, mas interessadas em ganhar experiência clínica, pois como ficou evidente no discurso de várias delas, tempo de experiência, de análise e de supervisão são importantes para tornar-se um bom psicanalista.

Embora não tenha entrevistado todas as psicanalistas do grupo, escolhi entrevistar aquelas que eram mais engajadas ou estavam há mais tempo na instituição, e por isso atendiam *pacientes* há mais tempo, possuíam mais experiência clínica e maior conhecimento sobre os *transtornos alimentares*. Como já havia dito acima, o envolvimento e grau de participação de cada psicanalista no grupo variava, bem como o tempo de pertencimento à instituição e “estágio” no qual se encontravam. Não consegui entrevistar todas as psicanalistas que pretendia, e optei por entrevistar aquelas que já possuíam alguma elaboração sobre os *transtornos*. De todo modo, procurei buscar uma “amostra” que representasse o grupo, sem deixar de lado a diversidade existente.

Apesar das diferentes formações, concepções e abordagens teóricas e metodológicas, as psicanalistas pareciam concordar em alguns pontos, como a importância do diálogo com as outras especialidades, não apenas para compreender e olhar os sujeitos de maneira global, mas também para conseguir posicionar-se diante das outras áreas de conhecimento, não somente nos que diz respeito aos *sintomas* psicanalíticos e do ponto de vista psíquico, como também em relação aos *sintomas* biomédicos e bem-estar físico das *pacientes*.

Trata-se agora de compreender as concepções psicanalíticas e sua relação com as elaborações biomédicas e nutricionais a respeito dos *transtornos alimentares*.

Capítulo 2

Dietas em excesso como *sintoma* - Algumas concepções sobre os *transtornos alimentares*

Em visita recente ao Chile, uma imagem remeteu-me, surpreendentemente, às meninas que sofrem de Anorexia nervosa. Nas vinícolas dos grandes vales, ao pé da Cordilheira dos Andes, roseiras florescem na frente das colunas de vinhas. A visão, intrigante e de uma beleza extraordinária, sugere, inicialmente, o capricho do vinicultor e seu desejo de embelezar o vinhedo. No entanto trata-se de prevenção: no caso de uma praga atingir a região, as roseiras, por serem mais sensíveis, serão as primeiras a exibir os sinais da doença. Funciona, assim, como um alerta e permite que as uvas sejam salvas. Eis aí, pensei: essas meninas que morrem anoréxicas são meninas-roseira. Lindas e sensíveis, com sua morte silenciosa alertam para os males causados pela praga do momento, a exigência despropositada de magreza. (WEINBERG, 2007, p. 76)

2.1. Os critérios de diagnóstico, seus problemas, impasses e negociações

Na clínica, apesar do enfoque psicanalítico e da impossibilidade de emitirem diagnósticos “oficiais”, o DSM-IV e o CID-10 são utilizados pelas psicanalistas como referência para uma *hipótese diagnóstica*. Antes de refletir sobre o uso desses manuais pelas psicanalistas da instituição, entretanto, faz-se necessário refletir sobre o processo de biologização dos manuais e dos diagnósticos e as críticas formuladas a eles, na medida em que carregam a herança do DSM-III, que marca uma transformação no campo psiquiátrico.

Jane Russo (2003) aponta para essa importante transformação no campo psiquiátrico nas últimas décadas do século XX, cujo marco seria a publicação da terceira versão do DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders), em 1980, pela Associação Americana de Psiquiatria, passando de uma visão psicossocial dos transtornos mentais a uma visão estritamente biológica. Segundo Russo, a mudança terminológica do DSM III atingiu de modo especial os transtornos/desvios relacionados à sexualidade e ao gênero, que é o foco da sua análise⁵⁵. Porém, essa transformação teria atingido todo o manual, assim como a forma de interpretá-lo. Além do mais, esse não era um fenômeno isolado, mas sim, segundo a autora, fazia parte de uma espécie de “re-biologização” de temas e discussões antes circunscritos ao campo do embate político, ocorrendo

⁵⁵ Jane Russo destaca a importância da sexualidade nas chamadas sociedades ocidentais modernas, considerada um dos fios temáticos fundamentais para nomear e dar sentido a alguns processos sociais mais significativos, em especial aqueles que resultaram na representação do sujeito autônomo e singular.

o que ela denomina de “biologização” do humano a partir da psiquiatria e da neurociência e um processo de medicalização de quadros antes interpretados psicologicamente. Assim, essa “biologização” das classificações psiquiátricas se articula a uma tendência “biologizante” mais ampla, que leva a uma compreensão fisicalista do ser humano.

A psicanálise, surgida no início do século XX, exerceu grande influência no meio psiquiátrico, especialmente americano e francês⁵⁶. Essa grande difusão da psicanálise no meio psiquiátrico teve implicações importantes para a classificação das desordens mentais, direcionando a uma concepção mais psicológica, em detrimento da visão “fisicalista” predominante até então. Porém, nas últimas décadas do século XX, a hegemonia da psicanálise na psiquiatria americana (e, conseqüentemente mundial) chega ao fim. Como dito acima, com a publicação do DSM III, ocorre uma mudança terminológica radical das classificações psiquiátricas e uma lógica classificatória inteiramente diversa. O DSM III apresentava-se como um manual a-teórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação, em que cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empíricas. As novas categorias possuíam objetividade e um caráter descritivo, fruto da crítica ao modo anterior de classificação. O argumento de baixa confiabilidade foi utilizado para realizar uma reformulação completa da nomenclatura buscando definir fronteiras claras e empiricamente verificáveis entre o doente e o normal e entre as doenças mentais (o que levou a uma superespecificação das categorias diagnósticas, passando de 180 para 295 e depois 350 categorias de um DSM a outro). Os opositores da visão dimensional, de cunho mais psicanalista, diziam que faltavam critérios objetivos para determinar as fronteiras entre as categorias diagnósticas, o que levava a uma baixa confiabilidade do diagnóstico, ou seja, a concordância entre diferentes psiquiatras em relação a um mesmo caso tendia a ser baixa ou inexistente e comprometia as pesquisas com novos medicamentos⁵⁷. Com a adoção de uma visão “fisicalista” da perturbação, pretendia-se distanciar-se da psicanálise e trazer de volta a psiquiatria para o seio da medicina. Segundo Jane Russo:

Comparando-se as três primeiras versões do manual, verifica-se de imediato uma diferença marcante no que diz respeito ao modo como os sintomas são concebidos. No DSM I e II, os sintomas eram expressões polimórficas de processos subjacentes – o mesmo sintoma, ou um determinado conjunto de sintomas, poderia, em casos diferentes, estar referido a mecanismos diferentes. As fronteiras entre as categorias diagnósticas eram razoavelmente fluidas. Para os autores da terceira versão há,

⁵⁶ Houve duas vertentes não fisicalistas (morais) em meados do século XX, entre os psiquiatras: de um lado a psicanálise, com sua visão psicológica da perturbação mental; de outro o movimento “anti-psiquiátrico”, com sua visão psico-política-social (ambas afastam o fato biológico da doença mental).

⁵⁷ Houve um grande interesse das indústrias farmacêuticas e a psicofarmacologia que, interessada na pesquisa sobre a eficácia de novos medicamentos a serem colocados no mercado, financiava e incentivava pesadamente esses estudos. Essa relação estreita entre o DSM III e a psicofarmacologia, explica em parte, segundo Jane Russo, a intensa difusão desse manual no meio psiquiátrico americano e, conseqüentemente mundial, uma vez que os grandes laboratórios estão sempre buscando o registro no mercado americano, que é o maior de todos.

necessariamente, uma fronteira clara e discernível entre o doente e o normal, e entre as diferentes doenças mentais, sendo necessário definir rigorosamente tais fronteiras. (RUSSO, 2003, p. 100, 101)

Essa delimitação de fronteiras implica, segundo a autora, em uma superespecificação que levou a um aumento considerável do número de categorias existentes. Porém, além da alteração numérica, foi modificada também a arquitetura do manual, como por exemplo, abandonando a velha hierarquia entre transtornos orgânicos e não orgânicos. E, para Russo, o abandono dessa distinção indica uma medicalização do que antes era considerado psicológico.

Diante desse quadro, senti-me impelida a refletir sobre o modo como esses manuais eram utilizados pelas psicanalistas da clínica e investigar a chamada psiquiatrização dos diagnósticos ocorrida a partir da publicação do DSM III. As versões dos manuais utilizados para a hipótese diagnóstica pelas psicanalistas são conhecidas, portanto, por adotar uma visão “fiscalista” da perturbação, distanciadas da psicanálise e que busca trazer de volta a psiquiatria para o seio da medicina.

Os critérios de diagnóstico presente nos manuais referentes aos *transtornos alimentares* são:

QUADRO – Critérios diagnósticos para Anorexia nervosa e Bulimia pelo DSM-IV e pelo CID-10	
Anorexia nervosa	
CID-10	DSM-IV
A) Perda de peso (em crianças, diminuição do ganho de peso), levando a um peso 15% (ou menos) menor do que o esperado	A) Recusa em manter o peso adequado (isto é, menor do que 85% do esperado)
B) Perda de peso é induzida pela restrição de comidas calóricas	B) Medo intenso de aumento de peso ou de se tornar obeso (a), mesmo estando abaixo do peso normal
C) Distorção da auto-imagem, com a impressão de se estar muito gordo (a), pavor intrusivo de obesidade, que gera um patamar de baixo peso	C) Distorção da auto-imagem, com negligência da intensidade do baixo peso
D) Transtorno endócrino generalizado que envolve o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e se manifesta nas mulheres como amenorréia (exceto quando elas fazem terapia hormonal) e nos homens como perda da potência e interesse sexual	D) Amenorréia (ausência de três ciclos consecutivos)
Características adjacentes: Vômitos e outros métodos purgativos auto-induzidos, exercícios excessivo, uso de supressores do apetite e/ou diuréticos. Caso o começo da doença seja pré-puberal existe um atraso	Tipos: -restritivo: não há comportamento de “binges” ou purgativos - “Binges”/ Purgativos: uso regular de “binges” ou de métodos purgativos

na aquisição das características sexuais secundárias.	
Bulimia nervosa	
CID-10	DSM-IV
A) Episódios recorrentes de ingestão excessiva (pelo menos 2X/ semana por 3 meses) em que uma grande quantidade de comida é ingerida em um curto intervalo de tempo	A) Episódios recorrentes de “binges”: comer em um intervalo pequeno de tempo (até 2 horas) uma quantidade de comida muito maior do que o normal. Sensação de perda de controle da quantidade de comida a ser ingerida
B) Preocupação persistente com o comer e um desejo intenso ou compulsão para comer	B) Comportamento compensatório recorrente para se prevenir o ganho de peso (vômitos, laxativos, diuréticos, enemas, medicações, jejuns, exercício excessivo)
C) Tentativa de compensação dos efeitos “calóricos” da comida por 1 (ou mais) dos seguintes: vômitos auto-induzidos; purgativos; períodos de jejum, uso de drogas como supressores do apetite, preparações com hormônios tireoidianos, diuréticos; em diabéticos pode haver uma negligência como o uso da insulina	C) “Binges” ou compensações ocorrem em média 2X/semana por 3 meses
D) Auto-imagem de sobrepeso, com medo intrusivo de obesidade (geralmente gerando peso abaixo do normal)	D) Auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporal
	Tipos: - Purgativo: uso regular de métodos purgativos - Não-purgativo: jejum ou exercício excessivo

É de conhecimento, não apenas meu como das próprias psicanalistas da clínica, que inúmeras críticas são feitas aos critérios de diagnóstico presentes nos manuais DSM-IV e CID-10 no que diz respeito aos *transtornos alimentares*.

Num curso do qual participei, uma médica psiquiatra e coordenadora do Ambulatório 2, apontou para os limites desses manuais e critérios de diagnóstico, uma vez que não só os casos têm se transformado, como também os parâmetros utilizados por esses manuais se baseiam em casos ocorridos entre pessoas adultas, e que, no entanto, há uma expansão de casos em crianças e jovens. Segundo ela, a amenorréia, por exemplo, que se trata da interrupção do fluxo menstrual (no caso da anorexia por pelo menos três meses) e que é um dos critérios considerados tanto pelo CID-10 quanto pelo DSM-IV para Anorexia nervosa, é um critério problemático, pois dificulta o diagnóstico de pacientes muito jovens e que ainda não estão plenamente desenvolvidos, como os pré-púberes. Assim, uma garota que ainda não menstruou não poderá atender ao critério de amenorréia, uma vez que não é possível ter um ciclo menstrual que ainda não existe ser interrompido. Por isso, em casos como esses são necessárias “adaptações” dos critérios de diagnóstico, ou seja, desconsiderar a amenorréia e levar em conta a amenorréia primária, ou seja, atraso da primeira menstruação.

Nas pacientes pré-púberes, a avaliação de alteração do eixo hipótalamo-hipófise-ovariano deve ser feita segundo os Estágios de Tanner ou por ultra-sonografia pélvica (determinação dos graus de crescimento e maturidade uterino e ovariano), visando determinar existência ou não de atraso no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. A idade média que as outras mulheres da família menstruaram a primeira vez também pode ser um referencial nessa investigação. (PINZON, 2008, p.82)

Em relação à amenorréia como um dos critérios de diagnóstico, outro dado importante é tratar-se de um critério não aplicável a pessoas do sexo masculino, que estiveram por muito tempo ausentes ou “ignorados”.

Outro critério questionado por Pinzon é o índice de massa corporal (IMC), especialmente entre crianças e jovens que se encontram em período de desenvolvimento. Para ela, diante desses casos o que deve ser considerado é o percentil e não apenas o índice de massa corporal. O IMC é uma medida problemática e que não prevê as variações corporais e estrutura óssea. Segundo ela:

Em crianças e adolescentes, o caráter dinâmico do crescimento torna necessária a utilização dos percentis (gráficos com as relações idade-peso, idade-altura e peso-altura) para avaliação física precisa. Os percentis pândero-estaturais prévios ao quadro alimentar são considerados os parâmetros normais de crescimento de determinado indivíduo. A alteração decrescente dessas medidas indica falha do crescimento. A alteração crescente abrupta pode indicar ganho de peso excessivo. O índice de massa corporal (IMC) sem os percentis correspondentes é considerado inadequado, sobretudo para pacientes pré-púberes. (PINZON, 2008, p.78)

E mais, não só a perda de peso é problemática entre crianças e adolescentes. Segundo Pinzon, a estagnação do peso e estatura na etapa de desenvolvimento é tão grave quanto a perda significativa de peso em adultos, pois na infância é esperada uma evolução das medidas pondero-estaturais.

Pinzon aponta para a importância de um diagnóstico precoce, pois o tempo de doença e a idade de início da doença são dois fatores importantes para o prognóstico, ou seja, a previsão sobre o curso da doença depois do seu início⁵⁸. Nesse sentido, os manuais dificultam o diagnóstico desses *transtornos* em pessoas muito jovens, homens, e pessoas com características diversas das quais os manuais foram pensados e produzidos. É preciso, portanto, considerar os limites dos manuais, pois quanto mais rápido o *transtorno alimentar* for detectado e o tratamento iniciado, na visão da autora, maiores são as chances de recuperação do *paciente*, e menores são os danos, especialmente em crianças e adolescentes que estão em fase de desenvolvimento e podem ter sério comprometimento físico e cognitivo.

⁵⁸ Alguns dos fatores considerados no prognóstico dos *transtornos alimentares* são: tempo e idade de início, IMC, comorbidades, funcionamento familiar (ajustamento social inadequado, pais separados, famílias com várias gerações morando juntos), traços de personalidade, obesidade prévia.

Assim, o caráter restrito e limitado dos critérios de diagnóstico presentes no DSM-IV e no CID-10 em relação aos *transtornos alimentares*, ocorre principalmente por estarem baseados em um perfil circunscrito, não considerando a expansão de casos entre outras faixas etária e gênero (aqui entendido como sexo biológico). Os critérios parecem estar baseados no perfil antes considerado alvo: mulher branca ocidental de classes altas. Entretanto, para Susan Bordo (1993), a *anorexia* e a *bulimia* estão surgindo cada vez mais em populações diversas, reduzindo a probabilidade de descrever um perfil e, por isso, cada vez mais esforços são colocados na classificação de subtipos distintos e emergem novas categorias “multidimensionais”, para que se possam precisar e unificar os fenômenos.

Embora algumas questões já tenham sido incorporadas ou modificadas pelo DSM-IV e pelo CID-10, como, por exemplo, o surgimento da categoria TANE (*transtorno alimentar não especificado*) previsto no DSM-IV, que possibilitaria enquadrar casos que não cumprem todos os critérios exigidos para a *Anorexia e bulimia nervosas*, há ainda outros complicadores.

Outra crítica a ser assinalada pertence à Júlia Buckroyd (2010), autora do livro *Anorexia e Bulimia: esclarecendo suas dúvidas*. Nesse trabalho, a autora faz uso dos critérios apontados pelo DSM-III-R, de 1987, na definição do quadro dos *transtornos alimentares*, que é a definição de *anorexia* mais amplamente utilizada. Porém, segundo ela, essas definições foram estabelecidas por médicos que trabalham com pessoas doentes o suficiente para serem enviados a um hospital e que foram estabelecidas a pedido de companhias americanas de seguro médico, que desejam uma definição restrita da doença pela qual estão pagando tratamento. Portanto, esses critérios abarcam apenas os estágios mais avançados da doença e não incluem os inúmeros indivíduos cujos sintomas não são tão sérios e graves quanto os fornecidos pelo DSM. Buckroyd aponta para a existência e importância de se atentar para os casos de *anorexia e bulimia* em grau leve, chamados sub-clínicos, vividos por pessoas que manifestam muitas das características da doença em grau moderado e que, no entanto, não procuram tratamento, mas que poderiam também se beneficiar de uma ajuda para superar o transtorno. Além do mais, segundo ela, assim como é mais fácil lidar com uma doença física no seu início, também é mais fácil tratar os quadros iniciais da doença, em que as obsessões e fobias ainda não se tornaram parte da vida da pessoa.

Esse livro, de uma autora americana, é bastante didático, pois foi escrito originalmente como um guia para pessoas que sofrem de *anorexia* e para os seus familiares e amigos, mas que também poder ser útil para dar uma visão geral sobre o problema aos profissionais da saúde, uma vez que apresenta a descrição clínica, o comportamento e efeitos em pacientes com *Anorexia e bulimia nervosas*. Esta é uma das leituras recomendadas na clínica psicanalítica aos seus membros que, ao entrarem no grupo, recebem a indicação de alguns textos fundamentais que compõem uma pasta de leituras. Eu também os recebi quando comecei a frequentar as reuniões semanais. Além desses

textos fundamentais que compõem a pasta, constituída por “manuais básicos” que caracterizam esses *transtornos*, com informações fundamentais para as profissionais que atenderão essas *pacientes*, outros textos são indicados e discutidos nas reuniões, tratando-se de pesquisas e elaborações mais psicanalíticas, como diversos autores que serão citados aqui, bem como as produções das próprias psicanalistas do grupo. Portanto, fez parte do meu campo não apenas acompanhar as reuniões, mas também as leituras recomendadas.

Assim, para problematizar a ideia de “biologização” dos diagnósticos e os impasses gerados pelos critérios que não dão conta dos diagnósticos, na medida em que os casos se multiplicam, alcançando novas formas, corpos, idades e gênero, sou conduzida às situações observadas nas reuniões da clínica, em que alguns casos triados e casos em andamento foram discutidos entre as psicanalistas, a partir dos critérios de diagnóstico dos manuais do DSM-IV e CID-10.

Há situações em que os manuais – por serem restritivos e apresentarem todas as limitações discutidas acima – podem gerar um impasse aos profissionais responsáveis por desenvolver um diagnóstico, pois podem não incluir pessoas que ainda não desenvolveram os estágios mais graves das patologias e/ou aquelas que não apresentam todas as características descritas pelos manuais. Por outro lado, atribuir um diagnóstico de um transtorno psíquico pode originar um estigma ou uma possibilidade de acolhimento e ajuda, tendo impactos diferentes em cada caso.

Na clínica, embora não possam (e não pretendam) emitir diagnósticos, as psicanalistas discutem e formulam uma *hipótese diagnóstica* para que possam orientar suas práticas com as *pacientes* e gerar dados de pesquisa, procurando produzir conhecimento legitimado por critérios científicos.

No entanto, parece-me que, ao discutir os critérios de diagnóstico dos manuais há critérios que são considerados mais significantes do que outros nesse contexto particular. Assim, ao discutir os critérios de diagnóstico e em seguida decidir se o sujeito será ou não aceito pela instituição, se ele se enquadra ou não nos “padrões” buscados na clínica e se esta é de fato a instituição que pode ajudá-lo, nem sempre há a exigência de cumprimento de todos os fatores descritos pelos manuais para o diagnóstico de *anorexia* e *bulimia*.

Nesse sentido, há na clínica uma margem de manobra, uma espécie de negociação a partir das categorias fixas, tão determinantes e com fronteiras tão delimitadas presentes nos manuais. Essa manobra pode apresentar também um “potencial classificatório” e, se por um lado permite o apoio e tratamento de pessoas que, caso os critérios fossem seguidos à risca não seriam diagnosticadas como “portadores” de tais transtornos e não seriam atendidas, por outro lado, acomodam nas classificações biomédicas pessoas que, em outras instituições poderiam não ser consideradas “doentes”. Desse modo, parece-me que, como já foi discutido acima a respeito da limitação desses manuais e a importância de se considerar os casos mais “leves” desses transtornos, essa manobra é

importante no sentido de admitir pessoas “rejeitadas” em outras instituições, ou que já passaram pela pior fase da doença.

No geral, os casos que chegam à clínica são casos de “menor gravidade”, pelo menos do ponto de vista físico/biológico - são pessoas normalmente não tão emagrecidas, até porque, nesses casos, muitas vezes há necessidade de internação e maior intervenção, especialmente quando há risco de morte, seja por conta do comprometimento físico ou ameaça de suicídio. Podem também ser pessoas que já passaram pelo momento de *remissão dos sintomas* ou que já passaram pelo momento “mais grave”. Mas um fator importante para esse “perfil” é a aceitação de pessoas que não apresentam um IMC ou peso muito abaixo do normal, e que, portanto não preenchem o primeiro critério de diagnóstico marcado pelo DSM-IV e pelo CID-10 para *Anorexia nervosa*. O CID-10 apresenta o critério de índice de massa corporal de Quetelet que, assim como o IMC é calculado a partir da divisão do peso pela altura ao quadrado. Porém, esse índice é pouco preciso e problemático, como foi dito acima e por isso alguns profissionais preferem o critério de manutenção do peso corporal abaixo de 15%, ou, como sugere o DSM-IV, menos de 85% do peso considerado normal para determinada idade e altura. Apesar do não preenchimento desse critério, no formulário de triagem da clínica pergunta-se o peso e a altura da *paciente*, depois disso o IMC é calculado, mas, do meu ponto de vista não é o critério mais significativo no momento da decisão sobre o caso.

Para ilustrar, houve um caso de uma moça de 18 anos, cujo IMC era de 18,6⁵⁹, que é considerado dentro da faixa de normalidade. No entanto, ela dizia ter medo de engordar, não se achava magra, pulava refeições e ficava sem comer com a idéia de perder peso e chegou a tomar laxantes por cinco meses (informações obtidas a partir das questões do formulário de triagem). Esse foi um caso bastante problemático e questionou-se se de fato ela teria algum problema alimentar, uma vez que não atendia alguns dos critérios de diagnóstico e seu “histórico médico” era conhecido por algumas das psicólogas da clínica⁶⁰. Sobre esse caso, foi decidido numa primeira reunião, que ela não seria aceita, pois era evidente que precisava de terapia, porém não especializada em *transtornos alimentares* e, por isso, deveria ser encaminhada a outra instituição. Na sessão seguinte, porém, a outra psicóloga que havia participado da triagem (e não havia participado da primeira discussão) trouxe “novas” informações e disse que achava sim que ela deveria ser atendida pela clínica, pois se queixava de estar **sentindo** as mesmas coisas que **sentiu** quando desenvolveu anorexia pela primeira vez, além de sua mãe afirmar estar preocupada, pois ela voltava a apresentar os mesmos *sintomas* de quando tinha *anorexia*. Com isso, ficou decidido que ela seria atendida,

⁵⁹ IMC é o índice de massa corporal calculado a partir do peso dividido pelo quadrado da altura, nesse caso a *paciente* pesava 55 Kg e media 1,72m.

⁶⁰ Ela já havia passado por um ambulatório (onde algumas das psicanalistas também trabalhavam) e lá alguns médicos queriam dar alta, mas não houve consenso. Ela interrompeu o tratamento por conta própria por causa da faculdade, e depois foi indicada a outro ambulatório, mas não se adaptou. Posteriormente procurou a clínica psicanalítica.

embora não estivesse dentro da faixa de peso informada pelos manuais, mas baseando-se no **medo de engordar** e no retorno dos **sentimentos** que havia tido quando desenvolveu e foi diagnosticada com *anorexia* pela primeira vez.

A narrativa da primeira psicóloga – e as narrativas têm papel bastante significativo na decisão do diagnóstico, como é possível observar nesse caso – gerou a impressão de que aquela pessoa tivera um transtorno alimentar no passado, mas que se tratava de um problema “resolvido”. Já a narrativa da segunda, levantou a possibilidade de uma recaída, dado que os sentimentos haviam retornado, sendo este um dado fundamental para aceitar a moça na clínica.

Esse é um caso que envolve outras questões, como a trajetória anterior em outra instituição conhecida de algumas psicanalistas, que traziam outras informações sobre o caso, além dos impasses gerados pelos manuais. Porém, houve outros casos característicos que, a despeito de não cumprir todos os critérios do DSM-IV e do CID-10 foram aceitos. Diante disso, é possível observar no discurso das psicanalistas, ao desenvolverem uma hipótese diagnóstica, um destaque dos critérios mais “psicológicos”, como a *distorção de imagem*, o medo de engordar e a *compulsão*, como se esses fossem os critérios mais significativos e decisivos no diagnóstico e como se, de certa forma, esses fossem os elementos que competem aos psicólogos e psicanalistas “tratar”.⁶¹

Enfim, novamente ressalto que os critérios de diagnóstico podem excluir os casos chamados de sub-clínicos, e que, no entanto, esses casos não são ignorados na clínica. Questiono-me diante disso se a visão psicanalítica não estaria, de certa forma, resistindo à “corrente fisicalista” da psiquiatria ao “negociar” e “expandir” os diagnósticos. Em termos gerais, parece-me que a visão psicanalítica da clínica encontra-se dividida entre as duas potencialidades destacadas por Foucault, representantes do paradoxo central da teoria freudiana da sexualidade, ou seja, seu potencial de crítica e normalização. Inês Loureiro (2003) destaca esse paradoxo que Foucault apresenta, localizando a psicanálise ao mesmo tempo como uma teoria normalizadora (de forte potencial normalizador) e também um instrumento de contestação permanente dessa norma e subversão das normas vigentes. Na clínica, as práticas parecem estar sempre divididas entre o compromisso com a pesquisa e a cientificidade, o compromisso em gerar dados objetivos e cientificamente legítimos – o potencial de classificação – e, por outro lado, a preocupação com a singularidade dos casos, o compromisso e cuidado com as *pacientes* e com seu bem-estar.

⁶¹ Sobre as informações levantadas na triagem, e que podem influenciar o diagnóstico de *transtornos alimentares*, a questão que se coloca é: quem atualmente não tem medo de engordar? Todos que pensam muito em comida possuem alguma forma de *transtorno alimentar*? Numa das reuniões da clínica esse assunto foi levantado. Comentou-se que talvez todas as pessoas tenham uma “bagunça” alimentar, talvez todos tenham pensamentos compensatórios, porém o que diferencia pessoas “normais” das pessoas com *transtornos alimentares* é a severidade, a capacidade de “negociar” com a dieta e não colocá-la como uma regra acima de tudo. Controlar a alimentação a semana toda e “enfiar o pé na jaca” no final de semana, são pensamentos que estão por toda parte, segundo a fala de um dos membros.

Numa discussão de caso sobre uma *paciente* com *bulimia*, a psicanalista dizia que não sabia mais se ela “estava bulímica”, pois sua compulsão era comer um pacote de bolacha, por exemplo, e que ela não provocava mais vômitos, embora ainda tomasse laxantes, mas com o argumento de que seu intestino era preso. No debate sobre esse caso, as outras psicanalistas disseram que o *transtorno alimentar* da *paciente* poderia estar tão estabilizado que possivelmente estaria escondido no jogo representado pela *transferência*. O que interessava naquele momento era decidir se a *paciente estava* ou não bulímica, pois isso definiria sua permanência na instituição. Segundo umas das psicanalistas: “Pra gente, como analista, pouco importa se ela traz isso ou não (referindo-se aos *sintomas* do *transtorno alimentar*), mas para a clínica importa a *sintomatologia*”.

Portanto, é possível observar na clínica psicanalítica tanto uma preocupação com os critérios “científicos” e classificatórios presentes no DSM-IV e no CID-10, como um desconforto em seguir os rígidos critérios que não dão conta da especificidade dos casos. Por isso, alguns critérios parecem ser considerados mais importantes do que outros, seja pelas críticas que já foram feitas, ou pelo interesse específico que orienta a instituição.

Depois de investigar os critérios de diagnóstico, seus impasses e as possíveis negociações, faz-se necessário investigar a fundo o papel de cada especialidade dentro do tratamento, bem como suas concepções particulares.

2.2. “Nem toda dieta resulta em transtorno alimentar, mas todo transtorno alimentar começa com uma dieta” ⁶²

A recomendação da *American Dietetic Association* (ADA) é de que a “terapia nutricional” para *transtornos alimentares* deve fazer parte de um processo integrado, no qual o nutricionista e a equipe trabalham juntos para modificar os comportamentos relacionados ao peso e à alimentação. Essa terapia nutricional é composta por duas partes: a educacional e a experimental, que exige experiência e treinamento em *transtorno alimentar*:

A fase educacional tem objetivos relacionados a coleta e transmissão de informações: a história alimentar do paciente, o estabelecimento de uma relação de colaboração, a definição de conceitos relevantes sobre alimentos, a apresentação de exemplos de padrões de fome e de consumo alimentar e a orientação básica para a família. A fase experimental tem objetivos mais terapêuticos, que incluem: separar comportamentos relacionados a alimento e peso, de sentimentos e questões psicológicas; incrementar as mudanças de comportamento alimentar; aumentar ou diminuir o peso gradativamente; orientar a manutenção de um peso adequado e o

⁶² Frase dita por uma nutricionista especializada em *transtornos alimentares*. .

As nutricionistas representadas basicamente por um grupo especializado em nutrição e *transtornos alimentares* defendem, de modo geral⁶³, que é recomendável fixar metas lentas, graduais e semanais, além de orientar as *pacientes* a fazerem *diário alimentar* que é usado não apenas pela nutrição, mas por todas as abordagens. O diário deve conter: data, hora, o que comeu, nota para a fome (de 0 a 10), nota para a vontade (de 0 a 10), pensamento, sentimento, compensação/purgação/exercícios físicos.⁶⁴

Para Alvarenga e Larino (2002), o *diário alimentar* é uma técnica comportamental de automonitoração, na qual os sentimentos associados aos momentos e aos alimentos são registrados. Segundo elas o diário provê: controle, disciplina e avaliação constantes.

De acordo com as nutricionistas especializadas é difícil conseguir distinguir a fome e a vontade de comer, mas para *pacientes* com *transtornos alimentares* isso é quase impossível, pois pensamento e sentimento estão misturados. O pensamento é algo que gera um comando e o sentimento é algo que não se pode controlar. Pessoas que não têm *transtornos alimentares* podem ter o mesmo pensamento em relação à comida do que as pessoas com *transtornos*, no entanto esse pensamento não paralisa, não causa prejuízos. Para aprender a distinguir o que é fome e o que é vontade de comer é necessário separar os pensamentos e sentimentos em relação ao consumo dos alimentos e aprender a reconhecer o prazer de comer e a saciedade. Por meio de terapia cognitivo-comportamental⁶⁵ é possível mudar o pensamento e o comportamento, mas não o sentimento em relação à alimentação.

No tratamento nutricional não há suplementação nem medicação. O tratamento deve ser baseado em alimentação saudável e adequada, ou seja, os “temidos” arroz e feijão, segundo as nutricionistas, que em diversos momentos narraram o temor das *pacientes* com *transtornos alimentares* e a dificuldade de inserir arroz e feijão na alimentação dessas *pacientes*.

As nutricionistas especializadas em *transtornos alimentares* são responsáveis, sobretudo, por identificar os hábitos considerados errôneos e crenças em relação à alimentação nessas *pacientes*, promover alterações e mudanças no estado nutricional debilitado pela doença, ajudá-las a entender suas necessidades, alcançando uma dieta balanceada e suficiente para atender as demandas do corpo, baseando-se nos princípios nutricionais vigentes. As concepções das nutricionistas

⁶³ É preciso considerar que os grupos nunca são homogêneos e pode haver divergências internas e diferentes posicionamentos.

⁶⁴ Outro modelo proposto e que apresenta pequenas diferenças, contém os seguintes itens: data, hora, onde, o que comeu e quanto, compulsão?, purgação? e sentimento associado, que devem ser preenchidos pelos pacientes em cada refeição. Nesse modelo não há uma medida ou nota para a fome e para a vontade de comer.

⁶⁵ Apesar de apropriarem-se das chamadas TCC - técnicas cognitivo-comportamentais, as nutricionistas pareciam estar intensificando seu diálogo com as psicanalistas, um exemplo é o intercâmbio realizado entre a clínica e o grupo de nutricionistas, no qual psicanalistas e nutricionistas trocavam concepções sobre suas especialidades.

parecem se aproximar de algumas das concepções psiquiátricas, especialmente no que diz respeito à importância da família no tratamento dos *transtornos alimentares*.

Uma das nutricionistas, quando esteve num encontro realizado na clínica, apontou para o fato de as nutricionistas serem as profissionais, dentro das equipes multidisciplinares, que têm maior contato com as famílias e serem as que mais se envolvem com a rotina familiar, pois suas intervenções voltam-se diretamente para as famílias e seus hábitos alimentares, e por isso considera as trocas entre as equipes muito importantes. Ela ressaltou que as relações familiares e sociais exercem uma influência muito grande nos *transtornos alimentares*.

De acordo com a psicóloga e psicanalista Alicia Weizs Cobelo, desde os primeiros momentos de vida do bebê a mãe e a família têm importância fundamental no estabelecimento de hábitos, costumes e preferências alimentares⁶⁶:

(...) Os pais têm papel fundamental no desenvolvimento de hábitos alimentares de seus filhos: seu tipo de alimentação, o que eles oferecem aos filhos e os conceitos alimentares que transmitem têm influência na formação dos hábitos alimentares da criança. (Cobelo, 2004, p.120).

Isso faz com que os pais cheguem sempre se sentindo muito culpados nos consultórios. Segundo a nutricionista citada acima, os pais normalmente buscam compreender “o que há de errado” com o filho e se culpam por seu estado. Por outro lado, há os pais que acham que podem entregar seus filhos às nutricionistas e que estas resolverão seus problemas, no entanto, cabe aos pais cuidar de seus filhos. Em sua visão é importante acolher essas famílias uma vez que o trabalho das nutricionistas é ensinar aos *pacientes* e a suas famílias como criarem outro modo de relacionarem-se com a comida. Para isso é necessário “conquistar” a família, uma vez que a intervenção da nutricionista é muito invasiva, sendo necessário estabelecer uma “parceira” e mostrar que as nutricionistas podem ajudá-los e não que apenas apontarão os erros fazendo com que se sintam ainda mais culpados.

De acordo com Marle Alvarenga (2004) para o ser humano o alimento não é apenas um “combustível”, apesar de ser fonte de energias e nutrientes, pois existe uma relação emocional e social com o alimento:

A relação emocional que tem início no aleitamento materno ao receber alimento dos adultos, numa perpetuação da relação de bem-estar advinda do ato de ser alimentado, cuidado e presenteado com alimento. Esta relação com o alimento começa nas relações primárias mãe-bebê, mas acompanha o indivíduo por toda a vida, em todas as suas relações afetivas. (Alvarenga, 2004, p.11)

⁶⁶ Pode-se dizer que na adolescência os jovens têm maior autonomia na escolha dos alimentos, dietas, etc. Mas os hábitos aprendidos na infância são significativos e representantes de “hábitos irregulares” na adolescência e na vida adulta.

Em relação aos hábitos alimentares a nutricionista comentou que normalmente os pais erram em só oferecer os alimentos preferidos dos filhos e aqueles que já costumam comer, pois isso pode contribuir para a restrição alimentar. Além disso, os pais não podem desistir facilmente de oferecer alimentos que os filhos não costumam comer ou dizem que não gostam ou não querem comer.⁶⁷

Do ponto de vista nutricional, é necessário, portanto, reeducar o paciente e informá-lo sobre questões nutricionais que muitas vezes são desconhecidas, e isso envolve muitas vezes mudar também os hábitos familiares. Além disso, assim como os psiquiatras esperam que os pais colaborem com tratamento e sigam suas orientações, as nutricionistas também esperam participação dos pais, que devem assegurar os cuidados com o filho e que as recomendações nutricionais sejam cumpridas, sendo necessário insistir que o filho coma exatamente o que foi indicado pela nutricionista em cada fase do tratamento e não permitir negociações no cardápio estipulado, a despeito do desejo do *paciente*.

No entanto, as nutricionistas se referem aos pais e familiares de modo bastante genérico, sendo que parece ser possível a qualquer pessoa ocupar esse papel de “cuidador ideal” esperado. Para exemplificar, a nutricionista referiu-se nesse encontro às crianças que são criadas por babás, que inclusive são quem acompanham os *pacientes* nos consultórios normalmente. Segundo ela, as babás seguem à risca as orientações da nutricionista, enquanto que os pais não seguem as regras nos finais de semana, pois querem agradar seus filhos e suprir sua ausência ao longo da semana. Segundo ela, a mãe quer que a alimentação com ela seja boa, agradável, incumbindo às babas as regras e momentos desagradáveis da refeição, cabendo, assim, à mãe o papel de “mãe boa” e às babás de “mães más”. No entanto, esse papel de “mãe má”, rígida e que cumpre as orientações é o esperado pela abordagem nutricional. Parece, portanto, que a babá corresponde de maneira mais adequada às expectativas de cuidado das nutricionistas do que as próprias mães, o que indica que a despeito de ser mãe ou pai, o importante é ter um cuidador que entenda a necessidade de seguir as regras e orientações categoricamente.

⁶⁷ Nessa reunião a nutricionista falava especificamente sobre os *transtornos da alimentação* e as diferenças entre esses e os *transtornos alimentares*, mas penso que os erros familiares aos quais se referiu podem ser ampliados para os *transtornos alimentares*, pois ela parecia referir-se aos erros mais amplos dos hábitos alimentares atualmente, como o fato de as famílias não se reunirem mais para comer. Para ela, comer em família pode prevenir *transtornos alimentares*, pois é importante estar com a criança ou adolescente nos momentos das refeições. Além do mais, um *transtorno alimentar* pode ser uma evolução de um *comer seletivo* ou *comer restritivo*, que são alguns dos tipos de *transtornos da alimentação*, que não tem uma definição oficial, mas foram descritos por Lask e Bryant-Waugh (citados pela nutricionista na reunião). Desse modo, os erros atribuídos aos *transtornos da alimentação*, mais comuns na infância, podem perpetuar até a juventude ou vida adulta e se desdobrar em um transtorno alimentar.

2.3. “Doença é um azarão”⁶⁸

Dentro da equipe multidisciplinar a abordagem psiquiátrica é responsável por diagnosticar os *transtornos alimentares* a partir dos critérios de diagnóstico dos manuais DSM e CID, avaliar os riscos e condições dos *pacientes* do ponto de vista fisiológico, a existência de outras *comorbidades* e a necessidade de medicação⁶⁹. Além disso, cabe à equipe psiquiátrica considerar os danos e complicações clínicas ocasionadas por esses transtornos, que envolvem complicações físicas, endócrinas, no sistema gastrointestinal, no sistema músculo-esquelético, no sistema hematológico, no sistema cardiovascular, no sistema nervoso central, distúrbios renais e hidroeletrólíticos, psicológicos, etc.⁷⁰

De acordo com a psiquiatra Vanessa Pinzon, *anorexia* e *bulimia nervosa* são condições muito distintas, cujos sintomas e critérios são diversos, embora na prática possam se confundir, pois em suas palavras: “As pessoas não lêem livros para ficarem doentes”, ou seja, empiricamente esses *transtornos* não são tão distintos quanto teórica e didaticamente.

Em entrevista concedida ao Programa Bem a Vontade⁷¹, Vanessa Pinzon disse que os pais não são **causadores** dos *transtornos alimentares*, mas que se espera que sejam **responsáveis** pelo cuidado. Para ela, não há nenhuma conduta dos pais que determine a ocorrência de um *transtorno alimentar*, assim como nenhuma conduta que previna. Apesar de fatores genéticos e sócio/culturais, entre eles padrões alimentares e hábitos familiares, os pais não podem ser culpados e são considerados grandes aliados para “salvar” as crianças e adolescentes, de acordo com a psiquiatra.

Ela diz que muitas vezes os pais ficam irritados ou se sentem culpados pela doença dos filhos, mas é preciso que os eles entendam que não são culpados e, por outro lado, os filhos não param de comer por “frescura”, pois só alguém muito aterrorizado pode deixar de obedecer a um chamado tão básico do corpo. Em suas palavras: “faz parte da patologia uma diminuição da capacidade crítica sobre o próprio estado, assim como faz parte da gripe espirrar”.

⁶⁸ Comentário feito pela psiquiatra Vanessa Pinzon na entrevista concedida ao Programa Bem a Vontade a respeito da incidência de *transtornos alimentares*, suas causas genéticas, culturais (estereótipo de beleza vinculado à felicidade) e de personalidade (pessoas perfeccionistas, exigentes, rígidas e irreais com suas metas). Segundo ela, doenças são um azarão, assim como há pessoas que terão hipertensão, rinite e diabetes, outras desenvolverão *transtornos alimentares* e não há nada que se possa fazer. Programa disponível na internet: <http://video.google.com/videoplay?docid=-4117534842897938227> (acessado em 23 de dezembro de 2011). O programa Bem a Vontade, da TV Café e Revista, foi exibido online ao vivo há 3 anos.

⁶⁹ Embora não existam medicamentos para tratar transtornos alimentares, há aqueles que podem agir sobre outras síndromes associadas, como a depressão.

⁷⁰ Moya, Tatiana; Cominato, Louise, 2008.

⁷¹ Vale ressaltar que a psiquiatra mantém um tom “informal” e didático ao longo da entrevista, dado que esta se destina a um público leigo. Talvez as metáforas com outras doenças tenham sido elaboradas na tentativa de “desmistificar” os *transtornos alimentares* e torná-los compreensíveis e menos estigmatizados, uma vez que foram comparados à gripe, hipertensão, rinite e diabetes, doenças que acometem uma importante parcela da população e que não são alvos de preconceito ou discriminação.

Apesar de redimir a culpa da família ao considerar que ela não é **culpada**, mas sim **responsável** pelo cuidado, Vanessa Pinzon aponta para o risco de pessoas que têm histórico de *transtornos alimentares* na família, o que aumenta em até dez vezes o risco de desenvolvê-lo, ou então famílias que tem histórico de depressão, de abuso de substâncias e/ou *transtornos ansiosos*, devido à herança genética e hereditária. Segundo ela, 25% do transtorno é causado por origem genética e o restante por questões culturais e de personalidade⁷².

Nessa mesma entrevista a psiquiatra diz que esses *transtornos* envolvem uma alteração do funcionamento psíquico/ mental, o que significa que “começam no pensamento” – para exemplificar a psiquiatra fala sobre o medo e a certeza de estar gorda mesmo estando magra – e passa para os comportamentos, ou seja, motivada pelo medo e pensamentos em relação ao seu corpo a pessoa passa a ter comportamentos típicos dos *transtornos alimentares*, passando do pensamento à ação.

Quando se trata do prognóstico especificamente da *anorexia nervosa*, ou seja, a predição sobre o curso da doença depois de seu início, Vanessa Pinzon, em um curso no qual participei como ouvinte, destacou o funcionamento familiar como um fator que piora o prognóstico, como por exemplo, ajustamento social inadequado e relações disfuncionais com os pais, pais separados e famílias com várias gerações morando juntos. Segundo ela:

Nos estudos sobre AN, constituem fatores mais frequentes de bom prognóstico: idade menor de início da doença com adolescentes mais jovens, tendo melhor desfecho do que adultos e adolescentes mais jovens, estes com melhor evolução do que os mais velhos; menor número de hospitalizações e tempo pequeno de doença antes de internação. São fatores de mau prognóstico comumente descritos: duração prolongada da doença (antes do tratamento ou por intervenções mal sucedidas), início tardio da patologia, presença de sintomas bulímicos, peso inicial muito baixo, relações familiares problemáticas prévias ao *transtorno alimentar* e estado marital (casada). Dentre esses fatores, também estão baixo peso na alta hospitalar, abuso ou dependência de álcool e doença efetiva durante curso da AN. (PINZON, 2004, p.160)

No discurso da psiquiatra a família aparece, portanto, não como causa, mas como responsável pelo tratamento e grande aliada da equipe médica, uma vez que deve cumprir à risca e auxiliar seu filho ou sua filha a cumprir as orientações dos profissionais para que estes possam “se salvar” do *transtorno alimentar*. Além disso, ao apresentar as “relações disfuncionais”, ajustamento social inadequado, separação dos pais e famílias com várias gerações morando juntos como fatores de piora no prognóstico, a psiquiatra parece apontar para um modelo familiar ideal baseado no modelo parsoniano de família nuclear, unidomiciliar e funcional.

⁷² Na entrevista ela não explica de onde tirou esses dados e como esses números são calculados.

Garantir os cuidados adequados aos filhos com *transtornos alimentares*, portanto, parece ser não apenas responsabilizar-se pelo tratamento e cumprir as orientações das equipes médicas, mas também apresentar uma estrutura familiar específica. Além disso, reforçar a inadequação de certas estruturas familiares parece ser quase um esforço conservador de manutenção da chamada família nuclear funcional.

Nesse mesmo curso a psiquiatra confessou que espera dos pais mais instruídos uma maior cooperação no tratamento, pois estes são capazes de compreender melhor a importância de ser rígido com o filho e com as orientações do tratamento. A psiquiatra conta histórias de pais que questionam sua conduta e perguntam por que está agindo assim com seus filhos, nas situações em que se vê obrigada a forçar o *paciente* a comer.

Além do mais, a psiquiatra considera que os *pacientes* não gostam dos médicos, por acharem que estes estão forçando-os a comer e lhes fazendo mal, ocupando um papel de “mãe má”, que é visto como uma atuação de extrema importância, especialmente entre aquelas famílias que não conseguem impor limites e serem rígidos com seus filhos. Nesse sentido, a equipe médica pode exercer também uma “função familiar”, materna e paterna, especialmente quando a família “real”, consanguínea, ou os cuidadores não são capazes de exercer o papel que é visto como próprio aos familiares.

Em outro trabalho, as autoras (2004), entre elas Vanessa Pinzon, apontam para um dado que consideram inquestionável encontrado na literatura nas últimas três décadas. Trata-se da eficácia da terapia familiar para *pacientes* jovens no início da doença e as autoras dão exemplo do trabalho multidisciplinar que conta com três tipos de intervenção familiar: as entrevistas familiares, feitas por terapeuta familiar com todas as famílias de pacientes, cujo objetivo é realizar um “diagnóstico familiar e manejos pontuais, quando necessários”. O grupo de mães que também é conduzido por terapeuta familiar, cujo foco é o trabalho psicodinâmico na relação mãe-filha (o). E o grupo psicoeducativo multifamiliar⁷³ conduzido por terapeuta cognitivo-comportamental, que busca oferecer informações sobre os *transtornos alimentares*, tratamento, adolescência, etc.⁷⁴.

Vale ressaltar que, além do papel importante da família no tratamento dos *transtornos alimentares*, a mãe parece ter um papel ainda mais importante e especial. Talvez por compreenderem que cabe a ela os cuidados com os filhos e que é na falta desta que se fazem

⁷³ A clínica psicanalítica também oferece grupos psicoeducativos às famílias e cuidadores dos *pacientes*, cujo intuito é promover acolhimento, trocas entre famílias e esclarecimento de dúvidas, e isso favorece bastante a adesão das famílias ao tratamento. Um dos encontros do psicoeducativo, organizado em nove encontros quinzenais, é dedicado especificamente ao tema da família e ao engajamento familiar no tratamento. Esse encontro é destinado a abordar os estudos que comprovam a eficácia da inclusão da família no tratamento, apresentar as características comuns encontradas nas famílias de *pacientes* com *anorexia* e *bulimia nervosas*, pensar a doença como um sintoma familiar, bem como o ideal e o possível de um tratamento. Informações retiradas de dois artigos produzidos por membros da clínica nos quais apresentam os resultados de dois grupos de psicoeducativos.

⁷⁴ Pinzon, V.; Gonzaga, A.P.; Cobelo, A.; Labaddia, E.; Belluzzo, P.; Fleitlich-Bilyk, B., 2004

necessárias intervenções de outros membros da família ou até mesmo de equipes médicas. Ver a mãe como responsável pelo cuidado dos filhos parece corresponder à elaboração de Parsons (1943), que constrói sua concepção de família baseada na distinção entre os papéis sexuais, determinando atitudes e comportamentos diversos e complementares para os papéis de mãe-esposa e pai-marido, além da distinção geracional, cabendo à mãe o cuidado com os filhos. É uma concepção que corresponde a um modelo familiar nuclear unidomiciliar e funcional, capaz de estabelecer “relações funcionais”, um “ajustamento social adequado”, o que exclui separação dos pais, várias gerações e “parentes” morando numa mesma casa, como avós, tios, primos, etc.

2.4. Patologia antiga ou revisitada? Da *histeria* à *anorexia nervosa*

Inteligente e precoce, a menina Catarina, com apenas sete anos de idade, decidiu nunca mais comer carne, dando-a a seus irmãos ou jogando-a para o gato, às escondidas. Aos 12, para fugir a um casamento arranjado, cortou seus lindos cabelos e isolou-se em casa, passando grande parte de seu tempo em orações. Aos 16 aumentou a austeridade para consigo mesma, permanecendo por três anos no mais absoluto retiro espiritual, conversando com os familiares o estritamente necessário, comendo somente um pouco de pão e ervas cruas e, muitas vezes, deixando mesmo de fazê-lo, recorrendo aos vômitos quando forçada a comer. Além disso dormia pouquíssimo e flagelava seu corpo três vezes ao dia com uma corrente de ferro. Com 20 anos deixou sua reclusão espontânea, assumindo com ardor o cuidado de pobres e enfermos. Ao mesmo tempo atirou-se a uma febril atividade, dedicando-se totalmente à ação político-religiosa que fez sua reputação: a reforma da Igreja.

Aos 26 anos, devido ao exagero de suas privações, somado ao excesso de atividade, foi acusada de simulação e parceria com o diabo. Para defender-se, explicou que “Deus, em sua bondade”, havia ajudado-a “a livrar-se do pecado da gula”.

Com 33 anos de idade, encontrando-se em Roma com numeroso séquito de discípulos, Catarina, já bastante doente, ditou a sua última carta: “Meu corpo não aceita alimento algum, nem mesmo uma gota de água, e [sofro] tantos doces tormentos corpóreos como nunca os tive iguais, a ponto de minha vida estar por um fio” (Carta XLIX aos senhores de Florença). Onze dias depois Catarina não podia mais andar, vindo a falecer no mês seguinte. Fr. Bartolomeu Dominnici, que registrou seus últimos dias, assim a descreveu: “Eu a encontrei deitada em cima de algumas tábuas, rodeadas por outras, que me deram a impressão de estar ela num caixão. Aproximei-me, na esperança de podermos conversar como no passado, mas a vi tão macilenta, que seu corpo parecia ter sido secado ao sol. Nada mais conservava da sua beleza. Era um espetáculo que feria o coração.” (Weinberg, 2007, p.82)

Apesar de as primeiras descrições sobre os *transtornos alimentares* datarem de 1873, principalmente do ponto de vista biomédico e psiquiátrico, há um debate psicanalítico sobre se esses *transtornos* seriam patologias atuais ou representariam novas manifestações de *estruturas* antigas.

Os *transtornos alimentares* são descritos pelos médicos e psiquiatras como patologias relativamente recentes, relacionadas às alterações dos padrões estéticos e valorização da magreza e da moda, que embora não seja o único fator, é considerado um dos fatores desencadeantes. Esse é considerado, portanto, um importante fator, aliado à predisposição genética, personalidade e condições psicológicas, o que explica porque nem todas as pessoas expostas aos padrões de beleza da moda desenvolvem *transtornos alimentares*.

Embora o primeiro relato clínico de *anorexia* seja de 1694⁷⁵, feito pelo médico Richard Morton, que descreveu o tratamento de uma mulher com recusa alimentar e ausência de ciclos menstruais e apesar de haver inúmeros relatos no século XIII de mulheres que se auto-impunham jejum como uma forma de se aproximar espiritualmente de Deus, as chamadas “santas anoréxicas”, apenas a partir de 1873 é que a falta de apetite passou a ser considerada como uma doença, pois antes era visto como um sintoma clínico comum⁷⁶. A *anorexia* passou a ser vista como uma patologia independente e emergiu como uma entidade autônoma a partir das descrições e relatos de William Gull e Charles Laségue a partir de 1873⁷⁷. Já a *bulimia* era “conhecida” séculos antes de Cristo, ou seja, o termo *boulimos* era usado para descrever uma fome doentia, diferente da fome fisiológica. Episódios de grande ingestão de alimentos seguidos por episódios de vômitos foram descritos em 1743, assim como episódios de vômitos auto-induzidos são descritos em 1967 em pacientes com *anorexia*, sendo essas manifestações tomadas, portanto como variações ou sintomas de *anorexia*. A descrição de *bulimia*, tal qual se conhece atualmente, foi descrita em 1979 por Gerald Russel. Sintomas e descrições, portanto, bastante antigos, mas que ganharam o formato “moderno” de patologia apenas no século XIX e XX.

Apesar de as primeiras definições clínicas serem relativamente recentes, é possível considerar que os *transtornos alimentares* são antigos e que, no entanto, ganham moldagens diferenciadas em cada época e que atravessaram o tempo, “pegando carona” na contemporaneidade.

A despeito da possibilidade de comparação ou não, Weinberg (2007) aponta para dois surtos de *anorexia* registrados em outras épocas, o primeiro deles na Idade Média, a chamada *Anorexia Santa*, registrado pelos confessores e testemunhas que conviveram com as santas jejuadoras, como o relato Santa Catarina de Siena, apresentado no início, cujos relatos dos confessores, caracterizados como verdadeiros relatos clínicos, elucidam seu comportamento alimentar “anormal” e o sofrimento que era para ela comer.⁷⁸

⁷⁵ Córdas, Táki Athanássios (2004).

⁷⁶ Weinberg; Cordás (2006).

⁷⁷ De acordo com Táki Athanássios Cordás (2004) a discussão sobre a primazia do relato inicial do quadro atribuído a Gull e Laségue é mais uma das longas novelas médicas existentes sobre paternidade de idéias.

⁷⁸ A psicanalista Silvia Fendrik (2003), além de comparar os casos de *anorexia* ao jejum das santas medievais, aproxima-os também das mulheres consideradas bruxas, caçadas pela Inquisição – o que explicaria, segundo ela, a associação entre bruxas e magreza na iconografia da época e nos contos de fadas. Tal associação resistiu ao tempo, como pode ser observado no livro infantil denominado *Jujubalândia*, de Mariana Caltabiano (1997), no qual a bruxa

Weinberg e Cordás, autores do livro *Do Altar às Passarelas – Da Anorexia Santa à Anorexia Nervosa* (2006), defendem que a privação alimentar é um fenômeno muito antigo e teria origem na mística religiosa. Argumentam que as santas jejuadoras podem ser consideradas as primeiras *anoréxicas* da história. Os autores questionam se seria adequado aplicar um conceito psiquiátrico moderno a um quadro do passado e apresentam argumentos de diferentes autores, inclusive aqueles que consideram que apesar da forma de apresentação do jejum auto-imposto ter modificado ao longo dos séculos, a síndrome aparece em sociedades em que os indivíduos (especialmente as mulheres, segundo os autores) têm falta de atenção e respeito adequados, encontrando na recusa em alimentar-se uma via de expressão. No entanto, para Weinberg e Cordás as santas jejuadoras obtinham poder, capacidade de barganha e rejeição de casamentos não desejados se afirmassem que não precisavam comer devido à divina providência, podendo o jejum ser considerado naquele contexto cultural uma opção viável para as mulheres, apesar do extremo ascetismo que o caracterizava.

A atual pressão cultural e apelo à ideia de que ser magra é importante estende-se a vários aspectos da vida diária, atribuindo à magreza a obtenção de poder. Ou seja, ao mesmo tempo em que é possível aproximar a *anorexia nervosa* da “anorexia santa”, essa aproximação e comparação é polêmica, pois para alguns, ainda que os quadros sejam semelhantes, as motivações e diferentes razões ou propósitos para a recusa em alimentar-se não permitem que se estabeleça uma analogia entre contextos tão diversos. Alguns autores também apontam para a distorção da imagem corporal e a fobia de peso, que são critérios de diagnóstico para a *anorexia nervosa*, como fatores que impedem que jejuns voluntários das “santas anoréxicas” e o comportamento das *anoréxicas* contemporâneas possam ser aproximados e tomados como semelhantes. O que parece diferenciá-las, portanto, é a presença ou não de preocupação com as formas corporais⁷⁹. Por fim, citam um autor que procura conciliar essas diferentes posições cunhando a expressão *anorexia nervosa multiforme*, considerando-a como um “camaleão cultural”, capaz de descrever uma ampla variedade de formas de jejum autoimposto através da história, caracterizando as diferentes épocas e lugares, uma vez que a compreensão da *anorexia nervosa*, segundo esse teórico, dependeria do modelo médico usado e da perspectiva histórica e cultural do momento. Segundo Weinberg e Cordás (2006):

malvada, única figura “magricela” do livro, era conhecida como Anoréxica e sofria de uma maldição chamada *anorexia*.

⁷⁹ Embora Weinberg e Cordás apontem para a ausência dessa preocupação nas primeiras descrições da *anorexia nervosa* no começo do século XIX, o que pode ser interpretado por alguns teóricos como uma falha dos médicos, que não observaram ou relataram a preocupação com a forma corporal ou a preocupação com a obesidade, o que não significa que essas preocupações não existissem. Outra interpretação é a de que esses fatores não eram considerados necessários para *anorexia*. Ou ainda que houvesse ocorrido um engano em identificar os *transtornos* sofridos atualmente com as doenças observadas por Gull, Laségue e seus contemporâneos.

Frente ao desafio que o quadro nos impõe e diante da multiplicidade de fatores envolvidos, alguns autores debruçaram-se especificamente sobre um ou outro aspecto da doença. A compreensão destes aspectos – dinâmica familiar, personalidade, ascetismo, sexualidade, ideais sócio-culturais – nos ajuda não apenas no entendimento do quadro atual como na busca de suas semelhanças com os quadros do passado. (WEINBERG, CORDÁS, 2006, p. 91)

Nesse mesmo trabalho, os autores apontam para as transformações também da visão psicanalítica referente à *anorexia* e os *transtornos alimentares*, que antes era associada à *histeria*, de acordo com a psicanálise tradicional, e atualmente tem sido relacionada ao *narcisismo* e às *relações objetais*⁸⁰, chamando a atenção para os laços mais arcaicos estabelecidos entre mãe e filha.

Quando questiono uma das psicanalistas da clínica – que havia participado de um evento no qual a *anorexia* fora considerada como um *sintoma* contemporâneo, ao lado de outros *sintomas*, como síndrome do pânico – se ela considerava ser um *sintoma* contemporâneo ou uma nova roupagem para antigas patologias e se essas abordagens eram radicalmente distintas entre si, ela me diz:

ALICE – Olha, eu acho que elas se complementam... por exemplo, se a gente for pensar os sintomas do sujeito... o sujeito não é um indivíduo isolado, ele faz parte de uma cultura e de uma série de questões que o rodeiam... mas assim, existem sintomas que são mais comuns em determinadas épocas, por exemplo, na época de Freud tinham as histéricas mais graves, de livro, porque na época tinha a questão da repressão sexual, e na histeria tinha essa questão da sexualidade e da repressão. Hoje em dia não vemos tanto esses casos, então tem a ver com a questão cultural. Então eu acho que tem alguns sintomas que são uma outra roupagem, uma outra forma de responder às questões atuais... Agora deixa pensar nessa questão dos novos sintomas da contemporaneidade... talvez porque sejam sintomas que eu acho que tem mais casos do que antes... pensando um pouco na literatura psicanalítica são sintomas mais comuns do que antes. Agora, uma coisa que eu não sei é se antes não tinha tanto ou se não chegava tanto ao consultório. Mas assim, o que se fala desses novos sintomas da contemporaneidade é que os sintomas que os psicanalistas estavam acostumados a tratar eram muito dentro da neurose, da psicose... tem sintomas que parecem que se situam entre uma e outra estrutura, que eles chamam de *borderlines*, que não tem uma categoria específica de escrita e daí a clínica vai tendo que se fazer, arrumar novos meios de lidar, de manejar. Por exemplo, na neurose é uma forma de lidar, com esses casos difíceis o analista é convocado a pensar de uma outra forma do que na psicanálise tradicional, numa certa noção de *setting* da interpretação, uma coisa mais formal... então no meu modo de ver se complementam. Por exemplo, (...) na época tinha toda a questão da repressão da sexualidade...

MARISOL – Da moral religiosa?

ALICE – Da moral religiosa e de como a mulher tem que atender a isso e se aproximar de Deus e não precisar de nada carnal e ter que abrir mão inclusive da alimentação, que eu acho que está ligada a essa questão da sexualidade. Hoje não tem a repressão, mas tem o sintoma de não querer comer, eu acho que por outras questões.

⁸⁰ Os autores apóiam-se nos argumento do psicanalista Philippe Jeammet, para quem nenhum tipo de personalidade ou organização psicopatológica pode explicar a gênese do *transtorno alimentar*, uma vez que esses *transtornos* apontariam para uma fragilidade narcísica, um arranjo defensivo em que as relações com os objetos materiais substituem as relações humanas, que são sentidas como perigosas.

MARISOL – Você acha que por uma questão estética mesmo? Por causa do padrão de beleza? Por causa de problemas como a obesidade que devem ser combatidas e outros problemas sociais relativos à alimentação?

ALICE – Olha, eu acho que sempre tem uma questão cultural, que o Lacan fala muito do Grande Outro, que eu acho que são essas referências, a cultura, o simbólico, como essa criança é falada, o meio em que ela vive, o que é esperado dela, porque a criança já existe antes de nascer, então já tem toda uma expectativa, já tem a coisa do nome, do significado do nome, para que essa criança veio, tem toda uma questão imaginária do pai e da mãe, então se pensarmos nesse contexto acho que ele influencia sim no sintoma e nessa roupagem do sintoma. Eu não sei se foi isso que você me perguntou, mas eu acho que tem essa influência da cultura.

MARISOL – E a questão estética? Quer dizer, não é só estética, talvez não se possa dizer que é uma motivação puramente estética...

ALICE – Eu acho que é um conjunto de fatores. Essa adolescente que está com sintomas de anorexia, ela tem as questões dela, individuais, da história de vida, e talvez essa questão da estética, da cobrança, do corpo magro... eu acho que tem uma influência dentro de um psiquismo que está pouco formado ainda, por isso eu acho que os casos desencadeiam-se bastante na infância e na adolescência, que é quando o psiquismo ainda está se formando e de alguma forma se pegam nessa identidade de ser magra, ser alguém pra ser um sujeito... elas pegam algo que está na cultura, pescam alguma coisa que está ali, rondando, mas como uma resposta de questões delas... talvez se fosse uma outra época e a moda fosse ser gordinha talvez o sintoma pudesse ser outro...

Em sua visão, portanto, as concepções da *anorexia* e *bulimia* que as consideram *sintomas* contemporâneos ou novas roupagens para antigas patologias são complementares, e não opostas, podendo-se considerar tanto que os *transtornos alimentares* sejam as novas manifestações do que antigamente foi a *histeria*, bem como considerá-los *sintomas* contemporâneos referentes à cultura, relativos aos padrões culturais.

Porém, até que ponto associar a *anorexia* e a *bulimia* às antigas patologias, como a *histeria*, por exemplo, possibilita interpretar esses *sintomas* como manifestações e reações à cultura e à sociedade, enquanto considerá-las *sintomas* da contemporaneidade e expressões da cultura, como o culto à magreza, não as limita à questão estética e o desejo de ser magra?

Outra psicanalista do grupo, que havia escrito um artigo no qual dizia que os *transtornos alimentares* muitas vezes são apresentações das *neuroses* clássicas, especialmente a *histeria*, em novas roupagens, quando lhe questionei se essa abordagem seria oposta àquela que considera os *transtornos alimentares* patologias da contemporaneidade, ela diz:

Não, acho que não são opostas não! Acho que são abordagens complementares. Acho que os transtornos alimentares podem ser considerados novas roupagens das neuroses clássicas e serem considerados patologias da contemporaneidade, pois é a forma com que essas novas roupagens se apresentam... Além do mais, a histeria é um quadro em que o sujeito tende a se apropriar do que circula no imaginário social para constituir seu sintoma. Por exemplo, na época de Freud a histeria estava ligada à repressão da sexualidade, que era a questão social dominante na época; hoje em dia há também uma repressão em relação aos excessos alimentares, e a histórica ‘capta’ isso de alguma forma, de modo que a questão alimentar passa a ser

algo que também entra na constituição dos sintomas. Mas, como eu disse, quando fazemos um diagnóstico de histeria podemos ser otimistas; há muitas pacientes – talvez a maioria – com transtornos alimentares que não chegaram nem à condição da histeria, considerada mais ‘evoluída’ que as condições *borderline* ou melancólica, por exemplo.

Assim como a outra psicanalista, ela também considera que são abordagens complementares. Mas sua explicação evidencia que a *histeria* pode sempre ser considerada um *sintoma* da contemporaneidade, uma vez que as histéricas apropriam-se daquilo que circula no “imaginário social” para constituir seu *sintoma*.

Para encerrar, um diálogo que tive com outra psicanalista da clínica:

MARISOL – Eu tenho impressão de que há duas abordagens: uma que considera a *anorexia* e *bulimia* sintomas da modernidade, e outra que toma como uma “sobrevivência” de algo que já existia no passado, como, por exemplo, a análise das “santas anoréxicas”. Você acha que há mesmo duas abordagens? Essas abordagens são complementares? O que você acha?

SAMANTHA – Eu não consigo entender novas patologias, eu consigo entender velhas patologias com configurações atuais. E eu acho que é isso que acontece com a anorexia e a bulimia. De repente uma anoréxica pode ser uma antiga histérica do Freud. Algumas delas inclusive tinham sintomas alimentares. Patologia da modernidade? É, porque hoje em dia a gente se importa muito mais com o corpo do que antigamente... hoje a gente tem uma coisa com moda, com beleza, com alimentação...

MARISOL – E esse aumento no número de casos?

SAMANTHA – Acho que é devido a isso, acho que o nosso mundo moderno chama a gente pra isso! E chama de dois lados, por um lado chama e diz: “Olha, você tem que fazer regime! Tem que fazer dieta, tem que ser magra!” e por outro lado você liga a televisão tem a propaganda do Mc Donalds, propaganda do chocolate que cai... Aqui em São Paulo tem cinco mil restaurantes... bom, é só ver o quanto de aplicativos de restaurante tem... você pode procurar restaurante pelo mais próximo, pelo...

MARISOL – Tudo pra facilitar...

SAMANTHA – Tudo pra facilitar, né! As gôndolas dos supermercados são lindas, os produtos são lindos.

MARISOL – Super atrativos...

SAMANTHA – Super atrativos, tudo pra chamar a atenção... antigamente não era assim! Um pacote de bolacha antigamente não era tão atrativo como é hoje. E esses papéis laminados?!... eu acho que essa coisa paradoxal também é um pouco enlouquecedora.

MARISOL – Eu fico pensando no ideal de beleza, pois a magreza anoréxica não corresponde propriamente ao ideal de beleza, é uma magreza que vai além do ideal?

SAMANTHA – Eu acho que o que elas estão buscando, o que elas dizem que estão buscando é a beleza, um corpo magro, só que eu acho que elas perdem a mão porque vira doença. Mas eu acho que elas buscam... e o que a gente vê na clínica é... começa assim: “Eu tava numa viagem de escola e os meninos me chamaram de gordinha e aí eu comecei a fazer uma dieta!” “Ah, porque eu fui, sei lá, numa balada e não sei quem falou que eu tava gordinha”. Sempre começa assim com uma dieta, buscando emagrecer um pouco.

Samantha nem considera se seriam abordagens complementares ou não, pois em sua concepção não é possível haver “novas patologias”, mas sim antigas patologias com configurações atuais. Seus argumentos são bastante semelhantes aos das outras psicanalistas, apesar da afirmação de haver apenas patologias antigas com configurações atuais. Além disso, ela aponta para a relação paradoxal de nossa sociedade/cultura em relação à comida, que por um lado nos “convida” a ser magras e, por outro lado, oferece uma enorme quantidade de alimentos atrativos e engordativos.

Parece-me, portanto, que não se trata de duas abordagens, mas diferentes formas de nomear, pois enquanto umas consideram esses fenômenos contemporâneos novas configurações de fenômenos antigos, outras nomeiam de sintomas da modernidade ou contemporaneidade fenômenos que poderiam manifestar-se diferentemente no passado, todas ressaltando sua ligação com a cultura e sua expressão particular atual.

O que provoca certo estranhamento nessa abordagem que considera os *transtornos alimentares* novas configurações de patologias antigas, no entanto, é a impressão de que sempre haverá fatores em nossa cultura/ sociedade desencadeantes de patologias.

Nesse sentido considero bastante interessante um questionamento que surgiu numa das reuniões da clínica, na qual discutiam um caso de uma *paciente* e uma das psicanalistas questionou: mas e se o que entendemos como patologia for uma impossibilidade de se representar, de se inserir na cultura, de se comunicar?

2.5. Importantes concepções psicanalíticas e as diferentes abordagens

Sintoma biomédico X sintoma analítico

Os *sintomas* biomédicos são entendidos como alterações da percepção normal que cada pessoa tem do seu corpo, do seu metabolismo, de suas sensações, que podem ou não ser indícios de uma patologia. Os *sintomas* psicanalíticos (ou analíticos) não são necessariamente alterações e também não precisam ser eliminados, como os *sintomas* biomédicos. A psicanalista Alice fala sobre essa distinção:

ALICE – (...) é diferente pensar em sintoma médico e sintoma analítico. A palavra “sintoma” circula em diferentes contextos e áreas de conhecimento, não é restrita à psicanálise e muda de sentido conforme o contexto. Para a medicina, os sintomas podem ser entendidos como as queixas (subjetivas ou somáticas) trazidas pelo paciente, e através desses sintomas o médico vai elaborar um diagnóstico, é o médico quem dá um significado. A medicina também entende que o sintoma deve ser eliminado, já que enxerga somente sua dimensão de sofrimento. Já para a psicanálise o sintoma não é algo que se detecta objetivamente, e seu sentido leva ao sujeito do inconsciente. O sintoma analítico é construído na experiência analítica, é falado pelo paciente, ele passa a ver seu sofrimento como algo enigmático que

precisa ser decifrado; nesse sentido é que a análise propicia que o sujeito transforme seu sintoma sob a forma de uma queixa em um sintoma-enigma, endereçado ao analista que encarna o Sujeito Suposto Saber, aquele que supostamente tem as respostas. Para a psicanálise, o sintoma é uma solução de compromisso, um substituto de uma satisfação pulsional que não ocorreu, diante do real, que é uma experiência onde algo não pôde ser simbolizado. Existe não só a dimensão do sofrimento no sintoma, como também a dimensão da satisfação pulsional, algo que diz do modo de gozo do sujeito, e por isso mesmo o analista não tem a pretensão de eliminar o sintoma, pois ele é um instrumento que o direciona à própria lógica do inconsciente e também ao que resta como incurável. Não é só a dimensão do simbólico (metáfora) que faz parte do sintoma, mas também a dimensão do real, que é aquilo que não pode ser inscrito simbolicamente, que é a dimensão do incurável que existe em todo sintoma.

A anorexia, por exemplo, pode ser entendida como um sintoma comum a vários, mas cada um tem suas particularidades e é isso que interessa pra psicanálise. Um sujeito que chega com esse diagnóstico de anorexia vai poder construir na análise um sintoma analítico, que é outra coisa, quando o sofrimento passa a ser atravessado por um enigma, por um questionamento sobre si mesmo articulado de maneira simbólica.

Vale ressaltar que Alice considera ser “mais lacaniana” e apresenta vocabulário e explicações mais lacanianas, como o termo *sinthoma*, que é uma construção teórica do Lacan, segundo ela, para se referir ao modo como cada sujeito encontra para se “estruturar na vida”, diante de uma falta estrutural que a vida coloca, o *sinthoma* é o modo como cada um se constitui. Segundo ela:

Então, o termo *sinthoma* do Lacan é resultado da construção teórica dele e aparece no final da teoria dele... ele tem relação sim com o sintoma... o Lacan muda um pouco o modo de pensar da primeira para a segunda teoria... por exemplo, no início predomina a idéia das estruturas clínicas – a neurose, a psicose, a perversão – que estão muito baseadas na questão de se ter ou não a castração, a metáfora paterna, e a metáfora paterna representa a única possibilidade de um sujeito se estruturar na vida, sobrando poucas chances de tratamento para um psicótico, por exemplo; depois ele amplia um pouco e fala que não é só a metáfora paterna que pode estruturar um sujeito, pois o que importa é a maneira como amarramos os três registros: real, simbólico e imaginário, que são três registros que todo sujeito tem e que ajuda o sujeito a se constituir... é uma teoria complexa... diante da falta estrutural da vida, que todos temos, de que ninguém é completo, que é um pouco a ideia da castração, para o Freud... diante disso as pessoas dão um jeito de lidar com essa castração que é muito dura, essa falha narcísica... e cada um se estrutura de uma forma, pra se ordenar, pra se organizar na vida... Então, assim, o *sinthoma*, com th, ele seria o modo próprio que o sujeito encontra, que tem a ver com algo muito particular dele, de se estruturar na vida, de se manter mais organizado... porque a gente vai se desorganizando ao longo da vida... tem pacientes que estão completamente desestruturados, desorganizados e que estão em surto, vamos dizer assim... então Lacan fala de *sinthoma* como algo muito particular do sujeito, que pode ser construído ao longo da análise, e que tem uma função de reconhecimento... o sintoma sem th já é algo particular, a solução que o indivíduo encontra pra dar conta de alguma coisa, mas talvez não tenha essa função de reconhecimento e de laço com o Outro, que existe no *sinthoma*. (...) Pra você ter uma ideia, Lacan chega nessa noção de *sinthoma* por umas fórmulas matemáticas, por isso que é difícil de explicar... Quando a gente fala da transformação do sintoma, não é que ela vai passar da água para o vinho, mas encontrar uma outra forma menos sofrível... (...) Então o *sinthoma* é o modo próprio que o sujeito

encontra de estar no mundo e se reconhecer e ser reconhecido, tem que ter o reconhecimento. (...) E eu coloquei o conceito de *sinthoma* no meu capítulo, porque fiquei pensando no caso da menina que fala que ela é um fantoche pra mãe, que ela nunca conseguiu pensar por ela mesma, e à medida que ela vai questionando ela pode formar um pouco quem ela é... Ela fazia uns desenhos com uma coisa assim “quem sou eu?”, ela colocava um monte de figuras de mulheres, porque ela não sabia muito bem quem era ela ou o quê era ela... eu pensei na questão do *sinthoma* como uma direção de análise, de ela poder encontrar um modo próprio, um *sinthoma* próprio... porque se a gente pensar, a anorexia não é um *sinthoma* (com th)... a anorexia é a maneira que ela arrumou de lidar com o conflito dela, mas não tem muita coisa dela ali... na verdade é um sintoma no qual ela se esconde, ela não existe enquanto sujeito, não tem nada de particular...

Apesar de sua linguagem lacaniana, que não é comum a todas as psicanalistas da instituição, Alice apresenta uma interessante distinção entre o *sintoma* biomédico e o *sintoma* analítico. O *sintoma* médico, além de não ter seu significado dado pelo próprio *paciente*, mas sim pelo médico, é algo que deve ser eliminado. No *sintoma* psicanalítico o significado é encontrado na experiência analítica pelo sujeito e deve ser substituído por “algo enigmático”, como um conflito, que deve ser decifrado. Há não apenas a dimensão do sofrimento, mas também a dimensão da *satisfação pulsional* na ideia de *sintoma* psicanalítico. Essas *pacientes* que chegam à clínica com “sintomas de *anorexia*”, portanto, encontrarão ali um espaço no qual poderão construir um *sintoma* analítico particular. O *sintoma* biomédico é visto como o mais “padronizado”, manifestando-se da mesma forma em muitos indivíduos, enquanto o *sintoma* analítico é mais particular de cada sujeito, mais particular ainda na elaboração lacaniana, na qual o *sinthoma* diz respeito a um modo particular de organização, pois diz respeito ao modo próprio que o sujeito encontra para se estruturar.

Correntes teóricas e diferenças metodológicas

O lugar destinado à análise ou psicoterapia dentro desse tratamento parece ser um consenso, tratando-se de um espaço destinado à individualidade de cada *paciente* e um espaço no qual elas podem formular outras explicações e questões relativas aos *transtornos alimentares*. Nesse sentido, é por isso que *pacientes* vindas de outras instituições colocam dificuldades maiores, pois é preciso antes distanciá-los do discurso biomédico. No entanto, apesar de concordarem que é preciso “provocar” a *paciente* a pensar em sua própria individualidade e afastar-se das explicações biomédicas padronizadas, o modo de atuar e elaborar esses casos varia.

O elemento de maior cisão entre as psicanalistas da clínica são os posicionamentos teórico-metodológicos concernente ao *enquadre* e às referências teóricas. A diferença entre essas escolhas torna-se evidente especialmente quando se trata da *contratransferência* ou o modo de reagir às colocações das *pacientes*, bem como a forma de *interpretar* e as abordagens teóricas empregadas.

Enquanto Tatiana diz ser partidária da corrente *kleiniana*, assim como Samanta, que se intitula *pós-freudiana*, mas adora Melanie Klein, Júlia diz-se *freudiana* e Alice é *lacaniana*. Qual é a implicação dessas escolhas e nomeações? Diferenças relativas aos métodos, ao enquadre e à forma de lidar com as *pacientes*. A principal diferença pode ser ilustrada pelo modo de *acolher* ou fazer *intervenções* diante de questões trazidas pelas *pacientes*, como os diferentes posicionamentos entre psicanalistas kleinianas ou lacanianas como demonstram Tatiana e Alice: enquanto Alice dizia procurar um meio de *interpretar* a colocação da *paciente*, sem retornar na mesma medida o conteúdo apresentado *por ela*, pois sabe que a questão não é pessoal; a abordagem de Tatiana é falar abertamente – mesmo que por meio de uma brincadeira – a reação provocada pelo comportamento da *paciente*. Isso não significa que Alice não se implica no atendimento, mas sim que busca *interpretar*, ou melhor, responder à *paciente* de modo que ele possa compreender o lugar atribuído ao analista, que parece ser também a questão para a Tatiana, mas a partir de métodos diversos: *intervenções* diferentes com o mesmo intuito, ou seja, ambas podem estar interpretando, ou buscando mostrar algo à *paciente*, mas uma considerando que a *transferência* não é pessoal e não está relacionada à figura do analista e a outra considerando que é necessário mostrar “abertamente” o lugar atribuído ao analista pela *paciente* – e como ela se sente em relação a esse lugar. No entanto, apesar das diferentes filiações, todas elas apontaram para a tendência *freudiana* da instituição.

Em um artigo de sua autoria, Júlia fala sobre suas concepções relativas ao método e o que considera ser a distância ideal para essas *pacientes*:

MARISOL – Você diz no artigo que nas pacientes bulímicas a função da mediação de realidade parecer ter falhado e que cabe ao analista mobilizar recursos para que o paciente possa inscrever aquilo que lhe escapa. Quando você fala sobre o proceder do analista, diz que é preciso saber tolerar as dificuldades, aceitando o *acting-out* (descarga pulsional) e que é preciso colocar-se a uma distância ideal, nem muito próximo, nem muito distante. Como seria essa distância ideal?

JÚLIA – A paciente citada no artigo era muito invasiva: aparecia no consultório fora de seu horário, querendo ser recebida imediatamente, ou me ligava e queria ter conversas telefônicas intermináveis. Neste caso, o simples fato do terapeuta suportar o comportamento da paciente, sem mostrar irritação nem qualquer forma de retaliação, tem efeito terapêutico – é a partir da reação do terapeuta, sempre diferente da reação que as pessoas têm lá fora, que a paciente pode estabelecer com o profissional um vínculo inédito, diferente de todos os outros que já teve. Em seguida, quando houver oportunidade, o terapeuta pode *espelhar* seu comportamento – o que é diferente de interpretar – dizendo, por exemplo, que ela parece ter uma grande necessidade de falar e ser ouvida, e que, quando se sente angustiada, é muito difícil esperar. Outro exemplo de *espelhamento* aconteceu quando a paciente começou a se coçar avidamente após uma fala minha, expressando (novamente pela via do corpo) uma irritação ou incômodo que talvez não tivesse consciência de estar sentindo, mas que estava me mostrando com sua atitude ‘alérgica’. Eu apenas devolvi a ela o que estava vendo: que ela começara a se coçar imediatamente após eu falar, o que mostrava como às vezes era difícil me ouvir. Falei num tom bem-humorado e ela riu bastante. Este é um tipo de

intervenção que não tem um valor de interpretação, mas que ajuda o paciente a *se perceber*.

Nesse sentido Júlia parece se aproximar da proposta de Alice, pois considera importante não ser indelicada com a *paciente*, mesmo quando esta é invasiva, aceitando suas dificuldades, o que significa não levar para o campo “pessoal” a relação de *transferência*. No entanto, em termos mais gerais, em sua fala Júlia parece objetivar muito mais as *pacientes*, referindo-se a elas como *anoréxicas* e *bulímicas*, enquanto Alice refere-se sempre aos sujeitos, e, por mais que não pretenda generalizar e pensar a especificidade de cada caso, Júlia fala sobre as semelhanças que se caracterizam como uma espécie de “padrão”, enquanto Alice está sempre interessada na particularidade de cada sujeito, sem preocupar-se com os “padrões”. Entretanto, apesar de considerar as semelhanças e reconhecer a tentação de generalizar os *sintomas* e características dos casos de *transtornos alimentares*, Júlia considera que olhar para os casos a partir dessa caracterização pode ser bom ou ruim, pode ajudar ou não em certos casos, então o melhor é olhar cada caso em sua individualidade.

Ainda sobre os métodos e especificidades dos casos de *transtornos alimentares*, questionei à Samantha se essas *pacientes* apresentam diferenciações em relação a questões como *transferência*, pagamento e faltas, temas muito comentados e considerados caros às psicanalistas, mas ela considerava que esses são temas importantes para qualquer processo de psicoterapia, e não apenas nos casos de *pacientes* com *transtornos alimentares*. Ela não considerava que esses casos envolviam uma dificuldade maior em relação à técnica, apesar de ser um atendimento muito frustrante, por conta de dificuldade de *vinculação*, mas considerava que há outras patologias cujos *pacientes* também são de “difícil acesso”. Além do mais, o recurso para se lidar com esses *pacientes*, segundo ela, é menos uma questão de técnica e mais da segurança e maturidade do psicanalista.

Tatiana considerava que qualquer processo analítico demanda implicação do psicanalista, bem como capacidade de ouvir e respeitar o sofrimento do outro. No entanto, nos casos de *transtornos alimentares*, especificamente, é preciso desenvolver um cuidado de *maternagem*. Segundo ela a clínica dos *transtornos alimentares* é a clínica do abandono, pois um dia a *paciente* vem, outro dia não, um dia te ama, no outro te odeia. Sobre os *pacientes* de “difícil acesso”, termo muito utilizado para se referir aos casos de *transtornos alimentares*, Tatiana diz que não são apenas *pacientes* com essas patologias. Segundo ela:

TATIANA – Paciente de difícil acesso, para mim é o paciente que ficou ainda lá nos primórdios, que tem um jeito de se relacionar com o mundo muito parecido com modos infantis de todos nós. São pacientes que têm muita dificuldade no contato. Então, muito contato assusta, pouco contato assusta. Pacientes pra mim de

difícil acesso são pacientes psicóticos, os fronteirios, os perversos, que embora tenham inteligência, são sagazes, eles também têm uma dificuldade no contato muito grande. (...) Então pacientes de difícil acesso são pacientes que me provocam muito. O que eu posso fazer para chegar perto dessa pessoa? São pacientes com o mundo simbólico muito empobrecido, então às vezes é difícil tentar adentrar em áreas para serem trabalhadas... e daí você perceber o tom de voz, o jeito da pessoa de entrar e sair do consultório, ir arrumando um cenário, ver quando pode falar, quando é que essa pessoa está pronta para ouvir... são pessoas que chegam com uma questão mesmo de não se acreditar existente...

MARISOL – Todos os casos de pessoas com *transtornos alimentares* são de difícil acesso?

TATIANA – São. Todos.

Já que *pacientes* de “difícil acesso” não são apenas aqueles com *transtornos alimentares*, questionei se haveria algo específico nessas *pacientes* na análise. Ela diz:

TATIANA – Então, eu acho que o específico com eles é que sai totalmente, ou parcialmente, da questão da associação livre e da interpretação. Por quê? Porque às vezes se você tentar traduzir o material que a pessoa trouxe, por exemplo, uma bulímica, ela vai engolir tudo aquilo que você falou e vomitar na sua cara cinco minutos depois. Então tem que saber o quanto você pode chegar perto dessa pessoa, às vezes só ouvir, às vezes tentar abrir para outros modos de estar junto... por exemplo, pedir para trazer fotos da família, perguntar que música gosta de ouvir... com essas pacientes anoréxicas que chegam com a coisa no ouvido, perguntar o que está ouvindo, pedir para ouvir junto... aí prestar atenção na letra junto com a pessoa, perguntar o que achou da música e daí vai junto... o que você pode fazer com aquele paciente? É isso que diferencia dos outros, porque os outros às vezes deitam ou sentam te contando histórias... você acaba, de alguma maneira, junto com essa pessoa, pensar nessa história. Os pacientes de difícil acesso não...

MARISOL – Mas isso que você está falando a respeito da *anorexia* não é também porque não tinha uma demanda própria em fazer análise? Veio porque ou algum médico indicou ou porque a família forçou?

TATIANA – Também. Porque na verdade não tem uma demanda mesmo. Está tão ligada a mãe... a anoréxica nunca sabe o que ela gosta... ela está sempre em busca de atingir um ideal... pode ser o ideal da perfeição nos estudos, ideal da perfeição no corpo, ideal da perfeição nas amizades... mas se você pensar: qual é a demanda? Não tem demanda! A gente trabalha com demanda, qual é a demanda? Não tem nenhuma! O Brusset tem um capítulo que chama “Conclusão terapêutica” no qual ele vai falando das cooterapias, o que é muito importante para essas pacientes. Então nesse sentido que a psicanálise de alguma maneira sai desse lugar mais de ouvinte para estar atuando. Aquela situação da Catarina, por exemplo, do guarda-chuva (referindo-se a uma situação de uma das psicanalistas do grupo). Aquilo é lindo! Aquilo é a psicanálise.

MARISOL – Naquela situação que ela ofereceu um guarda-chuva pra *paciente*?

TATIANA – Isso! E daí com esses pacientes que são mais regredidos... eu tenho um paciente, enfim, não tem nenhum desses transtornos, mas um dia ele chegou aqui com um problema muito sério, deitou, e eu percebi que a claridade estava o incomodando, aí eu fechei a cortina e o paciente dormiu 50 minutos. E acho que a clínica dos transtornos alimentares vai por essa linha mesmo... dos desenhos... então às vezes a gente desenha... revistas... elas trazem muitas coisas... às vezes livro de psicanálise com a teoria para discutir. Então eu acho que o trabalho é esse... uma postura menos rígida.

O que há de específico, em sua opinião, é que com essas *pacientes* a análise sai total ou parcialmente da questão da *livre associação* e da *interpretação*. Às vezes tentar *interpretar* ou traduzir o material que a pessoa traz, apresenta o risco de ser engolido e vomitado (simbolicamente), como no caso das *pacientes* com *bulimia*. No entanto, nota-se que ao falar sobre a especificidade dos casos de *transtornos alimentares* Tatiana refere-se a *pacientes* de “difícil acesso” ou “regredidos”, de maneira mais geral, o que talvez indique a impossibilidade de se apontar particularidades.

Para além das questões teórico-metodológicas, as elaborações sobre os *transtornos alimentares* e suas principais hipóteses – como a *relação simbiótica* entre mãe-filha, ou considerar esses transtornos como *patologias do agir*, que serão trabalhados na sessão seguinte – trata-se agora de investigar outras elaborações fundamentais para a compreensão das concepções psicanalíticas.

Constituição do aparelho psíquico e do sujeito

Um dos temas clássicos e caros à psicanálise, importante para se compreender qualquer patologia, entre ela os *transtornos alimentares*, é a constituição do aparelho psíquico e o modelo evolutivo da mente humana. Embora não caiba entrar em detalhes sobre o funcionamento do aparelho psíquico e as diversas fases pela qual passam os indivíduos para se constituírem enquanto sujeitos, faz-se necessário apontar para alguns aspectos fundamentais para compreender os *transtornos alimentares*.

As autoras Gonzaga e Weinberg, na tentativa de entender um aspecto relevante da subjetividade dessas *pacientes* – os “ideais impossíveis”, “passionais” e “absurdos” – partem da compreensão freudiana sobre o “processo de identificação e constituição do aparelho psíquico, considerando as forças pulsionais como seu motor” (Gonzaga, Weinberg, 2010).

De acordo elas, Freud propôs um modelo evolutivo⁸¹ do aparelho psíquico maleável e passível de adquirir diferentes configurações ao longo da vida. Os aspectos originários desse aparelho podem adquirir diferentes configurações, motivadas por novos arranjos ao longo de seu desenvolvimento no decorrer da vida.

⁸¹ Esse modelo evolutivo permite definir estágios de desenvolvimento psicosssexual, que se caracterizam por mudanças da zona erógena e por conflitos entre a busca de prazer e a realidade que o limita, que vão condicionar a criação de instâncias do aparelho psíquico e a relação dinâmica entre elas. Simplificadamente, Freud propôs duas tópicas sobre a constituição do aparelho psíquico. A 1º tópica é: Consciente, Pré-consciente e Inconsciente. A 2º tópica é: Superego, Id e Ego. Cada fase de desenvolvimento é marcada por uma organização da libido (que é uma fonte original de energia afetiva que mobiliza o organismo a perseguir seus objetos), em torno de uma zona erógena, resultando em uma fantasia e um tipo de relação de objeto. Há uma tendência natural para o desenvolvimento sucessivo das fases, que são: Fase Oral, Fase Anal, Fase Fálica, Período de Latência e Fase Genital. É na fase fálica que o pai deve se colocar como um interceptor entre o filho e a mãe, acontecimento importante e problemático na questão dos transtornos alimentares.

Segundo as autoras, baseando-se nos desenvolvimentos de outros psicanalistas, entre elas Silvia Bleichmar, o primeiro tempo da vida psíquica é marcado pela *instauração da pulsão*, inaugurada por um adulto imbuído de sexualidade (sobretudo a mãe). A tarefa do bebê, nesse momento, é encontrar vias de descarga ou de ligação para as quantidades excedentes da *pulsão*. Em seguida, o segundo tempo é dado pela constituição do *recalque originário*, a partir do qual se dá a saída do *auto-erotismo* e a *instauração do ego*, constituído pelo *narcisismo* e pela *base das identificações*. Desse processo derivaria um terceiro tempo de *instauração das instâncias ideais*, que tem como referente as *identificações*. As autoras procuram mostrar a importância e “complexidade desses tempos inaugurais” e seus “desdobramentos clínicos”:

Ainda segundo Bleichmar, se prevalecem identificações narcisistas na constituição do ego, essas bases perecem em sua função de estabilidade e prevalece, na formação de agências superegóticas, o ego ideal narcisista. O que seria próprio às patologias graves que, ‘apesar de não serem consideradas como psicóticas, não chegam também à neurose: *pseudo-self*, estruturação *borderline*’. (GONZAGA; WEINBERG, 2010, p.117)

Para além da compreensão desse conteúdo, trago esse trecho para ilustrar a complexidade e truncamento de toda a teoria psicanalítica, baseada nas *tópicas freudianas de ego, superego e id*. O trecho refere-se ao predomínio de *identificações narcisistas* na constituição do *ego*, o que pode acarretar problemas nos primeiros tempos de *instalação do aparelho psíquico*. Segundo as autoras:

Considerar essa compreensão dos primeiros tempos de instalação do aparelho psíquico, que inclui a constituição do ego e sua derivação para as instâncias ideais sob a regência das identificações narcísicas, nos parece fundamental para discutirmos os aspectos dinâmicos que se encenam na Anorexia Nervosa. (GONZAGA; WEINBERG, 2010, p.116)

Diversas vezes ouvi comentário das psicanalistas sobre as “falhas primárias na constituição do aparelho psíquico”, algo que sempre me soou como um enigma, por desconhecer as elaborações psicanalíticas. No entanto, desde o início pareceu-me uma questão importante para compreender as concepções psicanalíticas sobre os *transtornos alimentares*, ou, em seus termos, os “aspectos dinâmicos”.

Além da questão relativa às *falhas primárias*, outro tema relevante que acompanhei nas reuniões da clínica foi a questão de se considerar ou não as *pacientes com transtornos alimentares* “sujeitos constituídos”, tema discutido especialmente numa reunião em que as psicanalistas tratavam a respeito de um caso de uma *paciente anoréxica* entendida como “bastante comprometida”, na qual fora levantada a questão: será que é possível falar em sujeito constituído

nesse caso? O que significaria considerar que uma *paciente anoréxica* talvez não fosse um “sujeito constituído”?

Questionei cada uma das psicanalistas entrevistadas sobre o significado dessa colocação e a reação de todas elas parecia indicar que este era um tema delicado e complexo. Para uma das psicanalistas entrevistadas, que aborda em um artigo a questão de entender o outro como todo integrado, “sujeito constituído” trata-se de uma linguagem francesa, e significa ser capaz de simbolizar:

MARISOL – Tem um trecho do artigo que você cita o (psicanalista) Homero e depois você diz assim: “É de suma importância analisar o outro como um todo, de entender o outro e de entender-se como um todo, integrado, feito de fantasias e de realidade”. Aí eu fiquei pensando, o que significa entender o outro como um todo? Será que significa considerá-lo um sujeito constituído? E como pensar integrado alguém que se apresenta em partes?

TATIANA – Então, é isso mesmo, é pensar num todo cheio de partes. E que essas partes, por momentos, se integram e se afastam. E é assim o dia todo! Esse é um olhar... embora o Homero seja um cara... se bem que o Homero fala de tudo, não tem comparação, ele fala inglês, francês e o que mais você quiser. Mas ele tem um selo mais francês. Mas... eu falo nesse sentido, de que é um todo, constituído de partes, que podem se integrar e se desintegrar. E que o analista tem que ter esse instrumento de trabalho para aguentar essa desintegração.

MARISOL – E esse todo é o sujeito constituído? Essa questão do sujeito constituído foi um comentário numa das reuniões a respeito de um caso de anorexia muito grave. Alguém disse que talvez não fosse possível falar em sujeito constituído.

TATIANA – Então, essa é uma linguagem francesa. Eu não sei se você percebeu, mas na clínica quase todo mundo é de abordagem francesa. Sujeito constituído, até onde eu entendo, é um sujeito que entra no mundo simbólico, da falta, que consegue simbolizar. Simbolizar, dar nomes para os conteúdos mais regredidos que passam dentro da gente. Então é nesse sentido que entendo sujeito constituído.

MARISOL – E não tem a ver com o que você está falando aqui?

TATIANA – Não! Sujeito integrado é assim... poder acreditar que aquele sujeito em algum momento esteja integrado...

Júlia fala sobre a complexidade do tema, dado que antes de se perguntar se é um “sujeito constituído” é preciso compreender primeiro o que é sujeito para a psicanálise, o que parecia não ser possível responder ali:

JÚLIA – Para cada abordagem dentro da psicanálise o termo sujeito designa um conceito diferente, por isso esta questão é infinitamente complexa. Para respondê-la teríamos que saber, antes, o que é sujeito para a psicanálise.

MARISOL – Era uma *paciente* muito comprometida e que tinha questões pré-edípicas. Então fiquei pensando se haveria um desenvolvimento “normal”, “saudável” pelo qual os sujeitos passam pra se constituir e que nesse caso haveria falhas nesse desenvolvimento... São as chamadas *falhas primárias*?

JÚLIA – Sim, são as chamadas falhas primárias, que se dão em estágios muito precoces do desenvolvimento... Dificilmente algum psicanalista, independentemente de sua abordagem, diria que o que acontece nos primeiros tempos da vida não importa, mesmo que a qualidade do relacionamento que se estabeleceu entre mãe e bebê seja algo difícil da memória recuperar...

Por outro lado, Alice aponta que o termo sujeito na psicanálise refere-se ao *sujeito do inconsciente* e que também se refere a um processo anterior à constituição, ou seja, pessoas que se expressam de maneira mais concreta e menos simbólica, que é um *sintoma* que pode ser encontrado em alguns casos de *anorexia*, segundo ela:

ALICE – Assim, se a gente pensar no termo sujeito, o que o termo sujeito significa para a psicanálise, eu acho que se trata do sujeito do inconsciente, no meu entendimento. Então assim, acho que pode ter algumas pessoas com sintomas de anorexia que estão num processo anterior à constituição... não à constituição do inconsciente, mas que se expressam de uma maneira mais concreta, não elabora tanto... quer dizer, tem um conflito, mas o conflito não passa pela elaboração psíquica da coisa. Eu acho que é uma maneira de viver menos simbólica, menos representativa, mais na ação... eles falam muito das patologias do agir, e que as pessoas têm saídas para os conflitos mais pela via do comportamento e que não passam pela elaboração psíquica.

MARISOL – É uma especificidade dos *transtornos alimentares*?

ALICE – Não, de jeito nenhum.

MARISOL – Mas é algo característico?

ALICE – É algo característico de muitos casos. Tem casos, por exemplo, de automutilação, ou de pessoas que se colocam em comportamentos de risco, os próprios adolescentes... alguns adolescentes ainda não constituíram muito essa capacidade de pensar e elaborar, porque eles agem o tempo todo. Então não é específico dos transtornos alimentares, mas acho que muitos casos se enquadram nessa dificuldade da elaboração psíquica. (...) eu não sei o que essa pessoa queria dizer... eu acho que essa pessoa na reunião quis dizer assim que a gente não pode falar de um sujeito, como se sujeito do inconsciente fosse algo mais elaborado. Tanto que falam que os pacientes com transtornos alimentares são casos mais regredidos, que não alcançaram a questão edípica, é anterior a isso, são questões mais arcaicas...

MARISOL – Você saberia me dar um exemplo do que seria essa constituição pré-edípica?

ALICE – Constituição pré-edípica?

MARISOL – É! Como foi que você formulou agora pouco? Conflitos pré-edípicos.

ALICE – Conflitos pré-edípicos! Deixa-me pensar um pouco na questão da castração. A castração é universal. Não só no sentido de que o Freud fala de que o menino tem o pênis e a menina não tem, e a questão de não poder tudo, do menino não poder ter acesso à mãe e a menina acesso ao pai, que são seus objetos de amor que é o que ele fala um pouco sobre a questão do complexo de Édipo... (...) Pela teoria nem todos os sujeitos alcançam a constituição edípica. (...) Então o que seria esse funcionamento pré-edípico? Eu acho que é um funcionamento que não alcançou a resolução do complexo de Édipo. O que seria a resolução do complexo de Édipo? Primeiro, o objeto de amor de todo ser é o cuidador, que geralmente é a mãe. No menino, à medida que ele cresce, ele tem aquela relação dual com a mãe, de que a mãe precisa dele e tal, só que é necessário que o pai faça sua entrada, o terceiro paterno, para mostrar para o bebê que a mãe é a mãe do bebê, mas ela também é a mulher do pai, que ela tem as amigas, que ela tem o trabalho, que ela tem outros investimentos e outros interesses além da própria criança. É o que falamos a respeito da falha narcísica, do narcisismo, que é quando o sujeito se dá conta de que ele não é tudo para a mãe. E ele é castrado nesse sentido.

MARISOL – E esse é um processo que todos passam?

ALICE – É, vamos dizer assim...

MARISOL – Alguns elaboram de forma bem sucedida e outros não?

ALICE – E tem casos que esse terceiro não é eficaz... não é o pai físico, não é o pai enquanto presença... é a lei. Por exemplo, pode ter uma mãe que não tem um

marido, que faz uma produção independente, mas nas referências dela, no psiquismo dela existe essa mediação que é a lei paterna, e que vai mostrar pra ela que o filho não é tudo pra ela, que ele preenche um espaço, mas que tem outros seres na vida dela que são importantes. Mas eu acho que têm mães, têm pais, sujeitos que não conseguem fazer esse corte paterno e aí a criança fica muito colada na mãe, não tem essa entrada desse terceiro que faz esse corte e fala que a mãe não é só da criança. Tem casos graves de psicose... é como se a criança fosse a própria mãe. Não é um sujeito separado da mãe, não é um psiquismo separado. Então o (complexo de) Édipo é universal, pois acontece em diferentes culturas e independente de onde a pessoa viva, mas não é todo mundo que alcança, que faz a resolução do (complexo de) Édipo. Então o pré-edípico eu acho que seria muito essa fase do bebê com a mãe e que ainda não tem essa entrada do terceiro, esse corte paterno, a lei que vai separar essa criança da mãe. De forma simples acho que é mais ou menos isso. Então, por exemplo, nos transtornos alimentares a gente vê pela experiência esse pai pouco eficaz, essa lei paterna pouco eficaz, às vezes é pouco eficaz, não chega a ser uma psicose, mas é uma lei frouxa.

Algumas importantes questões foram indicadas em relação à ideia de *sujeito constituído*, como a questão do pensamento simbólico e a capacidade de simbolizar, ou seja, capacidade de expressar-se de maneira menos concreta, elaboração psíquica dos conflitos, sem deixar que o pensamento seja substituído pelo agir, assim como o surgimento de *falhas primárias* que ocorrem em estágios muito precoces do desenvolvimento, sobre a *constituição pré-edípica* na qual a *triangulação* da resolução do complexo de Édipo não se efetua e a *lei paterna* não faz o corte necessário para que o filho desenvolva um psiquismo independente do psiquismo materno. São todos considerados “processos” importantes e relacionados à ocorrência de *transtornos alimentares*, embora não específico dessas patologias. As implicações e desdobramentos desses processos serão elaborados a seguir, ao desenvolver as principais hipóteses psicanalíticas sobre os *transtornos alimentares*.

2.6. Individuação, investimento libidinal, unidade fusional e outros “psiquismos”

Do ponto de vista psicanalítico a família está implicada não apenas no tratamento dos *transtornos alimentares*, mas também tem um papel em sua gênese e na sua manutenção:

A família tem um papel preponderante na questão da Anorexia Nervosa: na sua gênese, na sua manutenção e no seu tratamento. Na sua gênese porque estudos mostram que as famílias de meninos/meninas anoréxicos tendem a ter muita dificuldade em estabelecer limites, expor seus conflitos, lidar com as situações de separação e luto e viver uma sexualidade adulta. (...) Na sua manutenção porque, em muitos casos, não conseguem acompanhar o processo da adolescência dos filhos, que supõe separação, individuação e autonomia deles. E no tratamento, para que possam elaborar esses lutos e aceitar o crescimento e amadurecimento de seu filho. É por isso que a inclusão da família no tratamento da Anorexia é tão importante. (...) Frente ao corpo esquelético da filha, que continua se achando gorda, perdem a paciência, ora se sentindo culpados, ora querendo esganá-las. Os

grupos psicoeducativos e a orientação dos profissionais às famílias são fundamentais para que os pais entendam e colaborem com o tratamento. Infelizmente, nem sempre se consegue a colaboração da família. Muitos pais resistem a ver que, por trás daquela “mania de fazer dietas”, está uma doença grave. Em muitos casos a própria dinâmica da família mantém o quadro, uma vez que as filhas manipulam facilmente seus pais. Primeiro porque a mãe tende a mostrar sentimentos ambivalentes em relação a suas filhas, fato facilmente observável quando elas não conseguem seguir as determinações do médico, permitindo, por exemplo, que façam exercícios abusivos quando estão à beira de um internamento por estarem só pele e osso. Segundo, porque o pai, na maioria das vezes, não consegue exercer seu papel de interditar, separando mãe e filha e usando sua autoridade para proteger suas filhas de uma relação sufocante. (WEINBERG, 2007, p.80)

Para a psicanálise, de maneira geral, as relações familiares, especialmente a relação entre mãe e filhos, são muito importantes e marcam a subjetividade dos sujeitos desde os primeiros momentos e os primeiros contatos. Para a psicanálise especializada em *transtornos alimentares* não é diferente. A tarefa, no que diz respeito a essas patologias, do ponto de vista psicanalítico, é a de romper a *relação simbiótica* entre mãe e filha, provocar reflexão onde há ação, possibilitar a constituição de uma subjetividade própria onde há uma *unidade fusional*. No interior das equipes multidisciplinares o papel da psicanálise é dar lugar à individualidade e oferecer condições de elaboração dos conflitos existentes nessas *pacientes com transtornos alimentares*.

Segundo Marina Ramalho Miranda *anorexia e bulimia* são manifestações de um sofrimento psíquico que escondem angústias ligadas a momentos primitivos da constituição da psique, especialmente no que concerne, segundo ela, a rupturas precoces na relação com a figura materna internalizada.⁸²

A família, e especialmente a mãe, estão relacionadas aos *transtornos alimentares* na medida em que há uma *herança transgeracional*, ou seja, conteúdos internos não elaborados são transmitidos de geração para geração. O que se passa é que uma trama que perturba o processo que deveria desfazer a *unidade fusional* entre mãe e filha se instala. E os sintomas corporais, a forma de se relacionar com o corpo e com a alimentação são formas de defesas, mecanismos que expressam uma cisão entre corpo e mente, além de *falhas primárias* no relacionamento entre mãe e filha que não possibilitaram uma *diferenciação* entre elas. Segundo Miranda:

Essa dinâmica tão complexa se intensifica pela não entrada da figura paterna, muitas vezes impossibilitada pela força dessa aliança feminina que expulsa o homem desse universo em que mãe e filha permanecem em fusão. Encarceram-se e eternizam essa retroalimentação, em que uma não pode parar de nutrir a outra. (MIRANDA, 2009, p. 8, 9)

⁸² Retirado do resumo da Tese publicado nos Cadernos Ceppan – Revista de Transtornos Alimentares. Edição n.2, junho de 2008. O título da tese de Marina Ramalho Miranda é Anorexia Nervosa e Bulimia à luz da psicanálise – a complexidade da relação mãe-filha.

Essa dinâmica ocorre especialmente entre mãe e filha porque há uma identificação entre elas, pois pertencem ao mesmo gênero e à linguagem feminina, segundo Miranda, que se concretiza com a maternidade. Mas nos casos em que um *transtorno alimentar* se instaura, além de haver identificação, não há reconhecimento da individualidade da filha, havendo pouca diferenciação psíquica entre elas. E cada dupla de mãe e filha é reeditada na geração seguinte se não houver nenhum trabalho de elaboração dos conflitos e dificuldades.⁸³

Ana Paula Gonzaga e Cybelle Weinberg (2009) também ressaltam o vínculo de dependência e relação bastante tumultuada entre mãe e filha, apoiadas em estudos psicanalíticos que apontam para a dificuldade dos laços mais arcaicos da relação materna, especialmente na época da adolescência, como fatores importantes no desencadeamento da *anorexia nervosa*⁸⁴. Segundo elas, as *pacientes* revelam uma indiscriminação de papéis e lugares na relação com suas mães. Além do mais, a relação mãe-filha pode também apresentar uma inversão de papéis, com “mães infantilizadas” e filhas “mães de suas mães”.

Segundo Jaqueline Pinto Cardoso (2009) na *anorexia o investimento libidinal* materno parece ter sido inadequado, ou seja, insuficiente ou exagerado, parecendo haver falhas na constituição do corpo como objeto psíquico.

Ao longo das reuniões que acompanhei na clínica, nas quais as psicanalistas discutiam os casos das *pacientes*, ouvi diversos relatos que exemplificariam o que seria esse investimento materno inadequado já nos primeiros contatos entre mãe e bebê, e que muitas vezes continuam sendo reproduzidos até a adolescência ou idade adulta, ou até que uma cisão nessa relação *simbiótica* entre mãe e filha seja efetuada, o que parece ser algumas vezes o trabalho da psicoterapia com essas *pacientes* com *transtornos alimentares*, segundo o relato das psicanalistas. Além de falar sobre a relação *fusional* das *pacientes* com suas mães, as psicanalistas já se questionaram, ao longo das discussões, em relação a algumas *pacientes*, se a questão não seria aproximar a mãe para que ela não dificulte o andamento do processo terapêutico e, em seguida, distanciar mãe e filha e fazê-las perceber as implicações dessa relação, o que significa fazer com que a filha crie um ponto de vista crítico em relação à mãe. Uma das psicanalistas relatou o incômodo da mãe diante do tratamento, pois considerava que o filho tornara-se rebelde, o que foi interpretado pela psicanalista como uma mudança no posicionamento do filho, que não mais se submetia às vontades da mãe. Outro caso foi o de uma *paciente* que apresentou melhoras e que, depois disso, sua mãe apresentou sinais de depressão, o que foi interpretado pela psicanalista como uma impossibilidade da filha de continuar ocupando o lugar desejado pela mãe. Algumas situações que são recorrentemente citadas:

⁸³ Ribeiro, 2009.

⁸⁴ Vale ressaltar que muitos autores e pesquisadores utilizam o termo *anorexia nervosa* como sinônimo de *transtornos alimentares*. Há momentos inclusive em que ocorre uma confusão de termos, especialmente em comunicações orais, não sendo possível identificar se estão se referindo aos *transtornos alimentares* de maneira geral, ou especificamente à *bulimia* ou à *anorexia*.

mães que amamentam demais suas filhas, sempre que estas choram, ou, por outro lado, mães que não dão a devida atenção ou não alimentam suficientemente suas filhas, ou mães que colocam suas filhas para dormir em suas próprias camas, muitas vezes retirando os pais de seus lugares, às vezes por muitos anos.

A psicanalista Aline Camargo Gurfinkel (2010) conta de uma *paciente* que a mãe lhe submeteu a um regime para sua festa de primeiro ano, para que a filha estivesse “mais bonitinha” e que na adolescência passou a lhe dar remédios para emagrecer. A psicanalista aponta que é uma relação marcada pela “indistinção geracional”, uma vez que mãe e filha se tratavam como amigas, o que é muito frequente nos casos de *transtornos alimentares*, segundo ela.

Frances Tustin (1990) conta de uma *paciente* que sofria de *anorexia* e, quando bebê, não se adaptou bem à mamadeira e adormecia durante a mamada. Ela havia sido amamentada pela mãe durante quatro meses, quando o leite de sua mãe secou ao saber que o navio do marido estava desaparecido (ele era da Marinha e sua filha nasceu em meio à guerra). Desde então e até os dez anos ela era melindrosa pra comer. Após essa idade ainda recusava alguns alimentos específicos, como o açúcar, depois que a mãe lhe explicou porque ela própria tinha que comer açúcar para prevenir um coma insulínico, por causa de sua doença.

O psicanalista Alfredo Jerusalinsky (2004), olhando para a posição paterna, conta o caso de uma *paciente* com *anorexia* grave, numa família na qual o pai ocupava uma posição subalterna do ponto de vista sociocultural e econômica, era desprezado pela mãe e pela filha, que reproduzia a concepção da mãe de que o pai era um idiota. Segundo ele, essa *paciente* só melhorou quando conseguiu perceber que seu pai não era idiota e que a idiota era ela por deixar-se enganar pela sua mãe e por acreditar e reproduzir o que a mãe falava. O trecho a seguir apresenta esse momento no qual o psicanalista “corta o gozo da mãe”, bem como quando conseguiu provocar uma virada no tratamento afastando a mãe da cena e abrindo espaço às filhas e ao pai:

- Seu pai não é um idiota.

A menina me pergunta:

- Então quem é o idiota?

Eu lhe digo:

- Você. Você porque deixou-se enganar pela sua mãe. E se você continuar a se deixar enganar pela sua mãe, não há vômito que tire sua mãe de sua barriga. Você poderá vomitar até o infinito, mas não conseguirá retirar sua mãe de seu interior se continuar a se deixar enganar por esse pedaço de comida como se ele fosse a sua mãe. (JERUSALINSKY, 2004, p. 34)

Há outra situação, na qual o psicanalista procura incluir o pai nas decisões sobre o destino de sua filha, quando esta manifesta que seu único desejo é retornar ao balé, que havia sido contraindicado pelos médicos e proibido pela mãe. Diante do questionamento o pai paralisa e o psicanalista então reforça:

- O senhor tem que responder.

Então ele diz:

- Se é a única coisa de que ela gosta, é a única esperança... então eu acho que ela deveria ir ao balé. Não lhe parece?

Eu respondo:

- Concordo. Que ela retorne ao balé.

Aí digo à Aline:

Com uma condição: uma aula de balé - um sanduíche. Você faz o que gosta, mas tem que ter a preocupação para que isso não implique baixar o peso. Então uma aula de balé - um sanduíche. Só que esse sanduíche quem vai preparar é o senhor. Não a mãe.

Ela diz:

- Mas meu pai não sabe preparar nem um sanduíche.

- Não lhe parece que ele pode aprender?

- Sim.

- Sua mãe não toca nem no presunto. Nem na alface. Nada. Retira-se da cozinha. O senhor prepara o sanduíche. Com a sua mãe expulsa da cozinha, proibida de botar o pé na cozinha, proibida de olhar para o sanduíche, e você come o sanduíche na cozinha com seu pai. Isso é uma indicação. (JERUSALINSKY, 2004, p. 39)

Em seguida, esclarecendo o que poderia ser compreendida como uma intervenção mais “comportamental”⁸⁵, ele diz:

Vocês se perguntarão: “mas isso é psicanálise?”

É. Porque estou colocando o significante ali onde ele faz falta. Precisamente na posição que tem o significante na anorexia: ele vale como ato. Ou seja, no modo em que ele é capaz de produzir uma falta, um significante ali onde não está expulso às trevas exteriores, devorado pela boca materna. Ou seja, coloco o pai em posição de falar. Única chance dessa menina. Eu também digo à mãe:

- Você está proibida. E se você é tão sensível às indicações dos comportamentalistas, desta vez vai fazer caso a mim. (JERUSALINSKY, 2004, p. 39, 40)

Ele descreve que quando a mãe se retira de cena o tratamento sofre uma virada, pois é quando consegue cortar o “gozo da mãe” e implicar o pai e as filhas na condução da casa. Esses casos parecem apontar para o que as psicanalistas chamam de *investimento libidinal* inadequado, relação *fusional e simbiótica*, indiferenciação na relação entre mãe e filha que são responsáveis por uma “dinâmica complexa”. O *investimento libidinal* inadequado, ao lado da identificação, na qual ocorre fusão – e não ocorre *individuação* – podem desencadear falhas na constituição do sujeito e causar *transtornos*, entre eles os alimentares.

Há, portanto, *falhas na constituição* do processo de subjetivação e do corpo, instalada pelo *vínculo simbiótico* entre mãe e filha, devido ao *investimento* materno inadequado. Diante disso, para proteger a mente de uma possível desorganização, defesas são criadas pelo ego, defesas essas que,

⁸⁵ Agradeço a atenciosa leitura da colega Maíra Volpe que chamou atenção para a atuação “pouco psicanalítica” do psicanalista, o que me fez reler o texto e inserir esses trechos para esclarecer a defesa que o próprio autor faz de si mesmo em relação à sua intervenção.

no caso dos *transtornos alimentares*, são expressas pelos sintomas da *anorexia* e *bulimia*, que encontram no corpo e na comida uma forma de expressão.

De acordo com Lawrence (2003) os *distúrbios alimentares* podem ser considerados como “mecanismos usados para apoiar as defesas maníacas contra a dor depressiva associada à realidade da situação edipiana”. Segundo essa autora, os objetos internos (tanto a mãe quanto o pai) são vítimas de ataques violentos, mortos de fome e vítimas de sofrimento até que se submetam e renunciem a relação entre si. Ou podem ser empanturrados até ficarem horivelmente imensos e desamparados.

Em um artigo em que questionam se os *transtornos alimentares* são questões culturais, Ana Paula Gonzaga e Cybelle Weinberg (2005) iniciam sua reflexão resgatando Selvini-Palozzoni, que estabeleceu uma relação entre *transtornos alimentares* e abundância, baseando-se na escassez de casos registrados durante a segunda guerra mundial na Itália e o aumento de frequência desses *transtornos* paralelamente à recuperação econômica do país, concluindo que um sujeito só pode impor-se um rígido jejum quando o alimento é abundante. Para elas, entretanto, é possível transportar esse pensamento para outro contexto e compreender esses processos como um apelo do sujeito que foi atendido em suas necessidades:

(...) Seguindo Lacan, a criança mimada pela mãe pode recusar o alimento para recriar uma falta que esta preencheu. ‘Em lugar daquilo que não tem, (a mãe) empanturra-a com o mingau sufocante daquilo que tem, isto é, confunde seus cuidados com o dom do seu amor’ [citado por Bidaud,1998]. (WEINBERG; GONZAGA, 2005, p.35).

Não se trata, no entanto, de culpar a mãe ou responsabilizá-la pelo *transtorno alimentar* do filho. Segundo Marina Ramalho Miranda:

Sentimos o quanto as mães precisam da nossa escuta, o quanto sofrem e o quanto se sentem confusas diante de tantas recusas da filha, impotentes e desamparadas. Não foi erro, não foi descaso, não foi descuido. Talvez excessos na forma de amar? Será que podemos pensar assim? Um amor que arrasta para identificações com a bebê nascida, tão grande a ponto de ter vontade de devorá-la e devolvê-la ao útero? Melanie Klein nos conta muito bem essa história, ensinando que uma das primeiras fantasias inconscientes da jovem mãe é a de devorar o bebê, coincidente com uma das primeiras angústias que invade o bebê ao nascer que é a angústia de aniquilamento, ou seja, mãe e filha correm o grande risco de se engolfarem, desafiam a paixão, mergulham nela tanto que transbordam os limites e se unem. Dessa união fusional, nasce a sobreposição de corpos e a sensação de ter sido engolida pela mãe e a mãe, por sua vez, não consegue viver sua própria vida, tão atormentada pelos riscos que ameaçam as vidas e as relações afetivas. (MIRANDA, 2011, p.9, 10).

Assim, a relação mãe-filha tem um papel fundamental na gênese dos *transtornos alimentares*, mas não se pode atribuir culpa ou responsabilidade à mãe, pois se trata de uma

dinâmica complexa entre mãe e filha. E o pai é parte dessa dinâmica, especialmente por não se colocar no papel e fazer o corte entre a mãe e a filha. Ambos, portanto, implicados na gênese dos *transtornos alimentares*, assim como em sua manutenção e tratamento. Além disso, Lawrence (2003) ressalta que as dificuldades partem também dos filhos:

Em certo sentido, a dificuldade psíquica experimentada por essas pacientes não é pouco habitual. Na verdade, como ressaltaram diversos autores contemporâneos – especialmente Britton (1988), a aceitação dos pais como casal sexual, separados do sujeito, e com sua relação exclusiva própria, é um dos aspectos mais difíceis de serem negociados do complexo de Édipo, e o fracasso dessa negociação está na raiz de diversas formas de psicopatologia. (LAWRENCE, 2003, p.183)

A família aqui aparece sintetizada basicamente na figura materna e paterna, que aparentemente podem ser papéis ocupados por qualquer indivíduo, e não apenas os pais biológicos, mesmo no que diz respeito à *herança transgeracional*. O que se espera, no entanto, é que haja uma hierarquia nessa relação, de acordo com Gurfinkel, uma distinção geracional, para que a dinâmica dessa relação possa se desenvolver mais “adequadamente”.

O psicanalista uruguaio Gonzalo Varela Viglietti (2001) apresenta características frequentemente encontradas nos pais dos *pacientes* entrevistados, procurando mostrar quem são essas mães e esses pais. Segundo ele, são mulheres insatisfeitas com sua vida conjugal, deprimidas, distantes e pouco empáticas com suas filhas. Os pais em geral são homens bem sucedidos, que se destacam na vida profissional e no trabalho, incapazes de valorizar suas esposas e reconhecer seus sofrimentos, muito frequentemente é um pai inexistente. São famílias normalmente coesas e que funcionam “como se fosse uma boa família”, havendo um esforço para aparentar certa normalidade. Em sua opinião, os sintomas do distúrbio alimentar tornam-se um tipo de identidade, uma técnica de sobrevivência não apenas para as pacientes, mas também para suas famílias:

(...) A enfermidade da filha se constitui numa garantia para o vínculo familiar ou conjugal perturbado. De outro modo, o grupo se veria defrontado com seus próprios conflitos, cujo conhecimento é evitado por todos os meios. (VIGLIETTI, 2001, p.105).

Viglietti parece falar de famílias que procuram se enquadrar num perfil de família vista como “adequado”, que aparenta certa “normalidade”, que é espaço de amor e afeto, e não de conflito, lugar de acolhimento e cuidado. Embora esses psicanalistas não estejam falando de um modelo de família como aquele implícito no discurso psiquiátrico, no qual qualquer irregularidade na família nuclear, monogâmica e unidomiciliar é vista como problemática, na concepção psicanalítica parece haver um modelo de família e desenvolvimentos ideais, bastante difícil de ser

alcançado, dado que até mesmo heranças psíquicas inconscientes podem ser transmitidas, a despeito do amor e desejo de cuidado.

Ao falar em família os psicanalistas estão se referindo especialmente a mães e filhos. E mesmo que esses possam ser substituídos por outros “cuidadores” é necessário que haja sempre figuras maternas e paternas. Além disso, há na elaboração psicanalítica um modelo do que é considerado o desenvolvimento normal e constituição de uma criança dentro de sua família – e na falha desse desenvolvimento é que surgem patologias e a necessidade de intervenção.

Nesse sentido, talvez seja possível dizer que o modelo familiar considerado ideal para que não ocorram *transtornos* é aquele capaz de promover uma herança adequada, tanto em termos biológicos e genéticos, como em termos culturais (tradições e costumes) e psíquicos. E, embora não devam culpar-se pelas patologias de seus filhos, a família – entendida principalmente como mães e pais ou figuras que ocupem esses papéis complementares – deve assumir responsabilidade e se implicar no tratamento dos filhos, o que implica mudança de hábitos e elaborações a todos para que se enquadrem dentro de um modelo “ideal”, “normal” e “saudável”.

Na concepção psiquiátrica o modelo de família parece ser muito mais circunscrito e próximo do modelo parsoniano de família nuclear estruturada e funcional. No modelo nutricional a família parece poder ser ocupada por qualquer cuidador capaz de manter regras e seguir as orientações dos profissionais. E no modelo psicanalítico a família parece referir-se mais à relação entre mãe e filha, oscilando entre o referencial freudiano de família como lugar de afeto e cuidado e o referencial kleiniano de família como lugar de tormentos atrozes, como demonstra a psicanalista Elisabeth Roudinesco.⁸⁶

2.7. Tratamento e adequações da técnica psicanalítica

O trabalho familiar nos permitirá influir no modo como a família se encontra envolvida na tarefa de sustentar o sintoma, mas, além disso e sobretudo, nos permitirá trabalhar a enorme dificuldade de estabelecer uma aliança terapêutica com uma paciente que não a solicita. O trabalho com a família será o que possibilitará abrir essa porta. (VIGLIETTI, 2001, p.100)

No que diz respeito à concepção psicanalítica entre os membros da clínica pesquisada parece que a família precisa ser incluída no tratamento para que se possa “reestruturar” os vínculos familiares, especialmente a relação entre mãe e filha, o que pode significar incluir o pai nessa relação ocupando o papel de corte esperado, além de possibilitar a criação de um vínculo com uma

⁸⁶ ROUDINESCO, 2003, pág. 108.

paciente que não o demanda, uma vez que são considerados *pacientes* que não demandam tratamento, pois muitas vezes não se consideram doentes.

Assim, considera-se que é preciso influir na dinâmica familiar e incluir os pais no tratamento. Por isso, as psicanalistas da clínica diversas vezes debateram situações em que parecia haver uma necessidade de se realizar sessões conjuntas nas quais os pais também participassem, tomando o cuidado de não desrespeitar o que muitas vezes é o único espaço destinado exclusivamente aos *pacientes*, no qual os pais, especialmente a mãe, não conseguem interferir.

Além de realizar sessões conjuntas, outra possibilidade assinalada pelas psicanalistas em alguns casos é sugerir que os próprios pais também iniciem terapias individuais. Algumas mães e pais de *pacientes* já foram encaminhados para outros psicólogos e psicanalistas, inclusive algumas da própria clínica, mas para serem atendidos sem vínculo com a instituição.

Para além da participação nas sessões ou atendimento terapêutico, outras práticas são recomendadas às famílias, como a participação nos grupos psicoeducativos, como já foi dito acima, que seria uma oportunidade de encontrar outras famílias que enfrentam os mesmos conflitos e dificuldades, de tirar dúvidas e esclarecer alguns aspectos desses transtornos, favorecendo a adesão ao tratamento dos filhos.

Para Viglietti (2001), é necessário ajudar a *paciente* e sua família a pensar sobre o sofrimento psíquico oculto nos *transtornos alimentares*, sendo a abordagem familiar uma condição que torna o tratamento possível, uma vez que a dinâmica familiar se reproduz na dinâmica da patologia e da própria análise. Segundo Viglietti:

(...) Eles, que se queixam desta filha que só pensa em calorias, também não conseguem pensar de modo diferente, não expressam sentimentos de dor, mas sim de desgosto, e as censuras e demandas não deixam lugar à compreensão. Os assinalamentos do analista chocam-se contra uma muralha defensiva tão consistente quanto a construída por suas filhas. Parece que pensar não é possível. Tudo isto mobiliza no analista fortes sentimentos de decepção, impotência e frustração em relação a esses pais que não entendem, o que frequentemente alimenta uma contratransferência carregada de hostilidade. Eles nos fazem experimentar o penoso sentimento de não ser entendido nem escutado, como o que suas filhas sentiram no curso de seu desenvolvimento. Desse modo, o analista pode compreender o sofrimento de sua paciente, abrindo-se assim a possibilidade de encontrar outros destinos para ele, que não passe pelo retorno ao próprio corpo. (VIGLIETTI, 2001, p. 104).

Diversos autores apontam para a dificuldade de se estabelecer um vínculo com *pacientes* com *transtornos alimentares*, por tratar-se de pessoas que normalmente não possuem demanda para um processo psicoterapêutico, uma vez que são levadas por suas famílias ou amigos, além das características da própria patologia. Por isso ressaltam a necessidade de haver alterações na técnica diante desses *pacientes* de difícil manejo. Segundo as psicanalistas da clínica, que também relatam

essa dificuldade de estabelecer um vínculo, as dinâmicas particulares dos *transtornos alimentares* são reproduzidas na transferência com as psicanalistas, demandando uma forma particular de atendimento e acolhimento dessas *pacientes*. Sobre essa questão, um trecho ilustrativo retirado de um artigo de uma revista da especializada:

(...) podemos pensar que há diferenças no modo como anoréxicas e bulímicas se apresentam na análise e como se vinculam ao analista. As anoréxicas percorrem um caminho de contra-investimento e de evitamento da relação com o analista: geralmente falam pouco sobre si ou sobre sentimentos, permanecem em silêncio como se nada tivessem a dizer. Nas bulímicas, pelo contrário, percebe-se um excesso pulsional, presente no falar demais e na dificuldade de digerir as intervenções do analista. (CARDOSO, 2009, p.9)

Parece ser um consenso entre os pesquisadores especializados em *transtornos alimentares* a importância da abordagem familiar e a necessidade de adequação da técnica:

É preciso admitir a necessidade para o analista de uma técnica diferente desta que faz suas provas nas estruturas neuróticas e não esperar de sua paciente um modo de funcionamento psíquico de que ainda é incapaz. O silêncio é de uso limitado àquele que o sujeito pode fazer a curto prazo. Uma atitude ativa não exclui a estrita neutralidade e traz um desmentido às projeções que levam a paciente a perceber o analista como indiferente, manipulador, desejoso de exercer um poder sobre ela, como semelhante a um meio visto como não se interessando por ela senão falsamente ou apenas em reação aos transtornos alimentares. (BRUSSET, 1999, p. 176)

Brusset aponta para alguns cuidados necessários, como o uso limitado do silêncio, neutralidade associada a uma atitude ativa para que a *paciente* não pense que o analista está indiferente ao conteúdo apresentado. Além disso, ele defende que a experiência de análise ou psicoterapia só é suportável para essas *pacientes* quando é contida pelo *enquadre*, ou seja, com a duração fixa das sessões, neutralidade do analista e sua recusa de entrar nas comunicações interativas e de responder às provocações. Uma das psicanalistas falou sobre uma *paciente* que a provocava a entrar num “ping-pong” com ela, fazendo com a que psicoterapeuta falasse muito mais do que o desejado e respondesse às provocações da *paciente*. Segundo ela, quando conseguiu conter-se e não cair no jogo proposto pela *paciente* pôde perceber um avanço nas sessões. Por isso as psicanalistas consideram importante saber controlar a distância, não falando demais ou oferecendo muitas interpretações, mas também não silenciar-se. De acordo com Brusset a “boa distância” deve ser encontrada em cada caso e em cada momento, procurando evitar a inanição psíquica ou a excitação excessiva.

A respeito das interpretações feitas pelos psicanalistas ao longo das sessões, ele acredita que não suscita recusa ou revolta, mas normalmente acarreta ou na fuga e a interrupção da terapia, ou no

empobrecimento não apenas do material na sessão, mas da vida psíquica, relacional e social da *paciente*. Por isso as intervenções têm mais chances de serem aceitas e compreendidas se forem fragmentadas e progressivas, possibilitando certa ambiguidade, ou seja, possibilidades de compreensão diversas. Em relação aos efeitos dos ataques contra o *enquadre*, diz ele:

Aos ataques contra o *enquadre* (ausências repetidas sem prevenir, atrasos de pagamento, indução da intervenção de terceiros, etc.) são às vezes associadas provocações masoquistas (colocar-se em situações catastróficas ou perigosas), e modos de falar percebidos pelo analista como obstáculos à sua atividade de compreender, memorizar e pensar, o que pode lhe dar sentimentos de incapacidade ou levá-lo a procurar introduzir à força coerências. (BRUSSET, 1999, p. 180)

A psicoterapeuta infantil Francis Tustin (1990) aposta na relação de *transferência* como principal instrumento e segue os princípios delineados por Melanie Klein, o que significa que os aspectos negativos e positivos da relação de *transferência* são considerados. Em sua técnica há uma ênfase na situação de *transferência* que evoca experiências pré-verbais primitivas, particularmente na fase preliminar do tratamento, pois é nesta fase que surge a dificuldade de fazer contato com *pacientes* sofrendo de *anorexia* devido à extrema reticência e retraimento. Segundo ela, em situações em que há uma escassez de associações verbais, outros detalhes terão que ser usados como evidências para interpretações, como leves mudanças de postura, expressões faciais e minúsculos movimentos de mão. E a dificuldade de lidar com material primitivo desta maneira, em sua opinião, é ter que reconstruir o jogo de afetos experimentado no estágio pré-verbal do desenvolvimento em um instrumento sofisticado de palavras. Sobre sua técnica ela diz:

(...) Eu não oferecia comida a minha paciente ou reafirmava-lhe que era certo comer. Eu não a visitava na enfermaria do hospital, ou lhe dava presentes, ou a tranquilizava contra seu desespero de que era intratável e indigna de amor (a integração deste desespero na trama de sua personalidade sendo o objetivo terapêutico). Entretanto, eu tentava chegar pontualmente para suas sessões. Eu raramente cancelava ou alterava suas sessões e, como se pode imaginar, esta menina provocava em mim muita reflexão, tanto dentro como fora da situação analítica. (TUSTIN, 1990, p. 195)

As psicanalistas da clínica apontavam para a impossibilidade de lidar com esses *transtornos* a partir de técnicas clássicas da psicanálise e recordam que o próprio Freud contra-indicou a psicanálise nos casos de *anorexia*. São necessárias, portanto, adaptações da técnica, pois é preciso levar em conta o risco de morte e a necessidade de preservar a integridade da *paciente*.

Assim como as psicanalistas apontam para a necessidade de adaptação da técnica, também as nutricionistas especializadas apontam para a necessidade de alterações e dizem serem mal vistas por outros profissionais, por serem nutricionistas que são contrárias à prescrição de dietas, não

apenas em relação aos *pacientes* com *transtornos alimentares*. Para elas, dietas promovem obsessão pela comida, o que pode ocasionar *transtornos alimentares*, além de não funcionarem para perder peso em longo prazo. Por isso o grupo defende uma abordagem diferenciada, considerando que claramente vivemos em uma cultura que não sabe lidar com a comida e com o corpo, pois de um lado existem os *transtornos alimentares* e de outro a obesidade, que representam dois lados de uma mesma cultura incapaz de se relacionar bem com a comida. Demonstram que dieta não é considerada comer, o que pode ser visto em frases como: “Não estou comendo, estou de dieta”. Desse modo, essas nutricionistas propõem novas concepções por considerar que dietas não funcionam para ninguém e que esses profissionais são responsáveis pela mentalidade de que dietas fazem emagrecer, não por serem mal intencionados, mas por seguirem uma convenção.

Entretanto, essas “alterações” podem ser mal vistas e incompreendidas por profissionais “não especializados”, tanto na nutrição quanto na psicanálise. Uma nutricionista revelou em uma reunião que essas profissionais especializadas em *transtornos alimentares* são mal vistas em sua área, pois não passam dietas e receitas prontas. Do mesmo modo, as psicanalistas da clínica assinalaram certo estranhamento diante das alterações necessárias nos casos de *transtornos alimentares*, comparando a incompreensão e questionamentos sofridos pelas nutricionistas à incompreensão sofrida pelas psicanalistas por conta de adaptações na técnica, como aquelas referentes ao *enquadre*, vistas como adaptações necessárias nesses casos e que podem levantar suspeitas de outros psicanalistas por se tratar de *transtornos* que demandam intervenções que parecem “menos psicanalíticas”.

Há também questionamentos a algumas das técnicas utilizadas pelas outras especialidades, como bem ilustra uma situação em as nutricionistas falaram sobre a necessidade de ser categórica com as *pacientes*, o que causou incômodo num dos psicanalistas, que questionou se o desejo do sujeito não deveria ser levando em consideração no que diz respeito à alimentação. Em resposta, as nutricionistas juntamente com algumas psicanalistas da clínica disseram que é necessário trabalhar na esfera da necessidade com essas *pacientes*, ou então que a esfera da necessidade caberia às nutricionistas, enquanto a esfera do desejo caberia aos psicanalistas. Desse modo, a nutricionista cuidaria da necessidade para que a psicanalista pudesse cuidar do desejo do sujeito. Além disso, embora a abordagem proposta parecesse ser impositiva, elas ressaltaram a importância de ser rígido e categórico em algumas situações, uma vez que o que querem essas *pacientes* é controlar a tudo e a todos. Do ponto de vista psicanalítico, ressaltou-se que algumas *pacientes* precisam de ajuda inclusive para aprender a lidar e entender quais são seus desejos. De acordo com elas, há uma questão anterior ao desejo, que é a manutenção da vida, o que significa que mesmo psicanalistas podem ter que trabalhar na esfera da necessidade, uma vez que é preciso ajudar o sujeito primeiro a

ter uma “máquina” que funcione adequadamente para depois conseguir lidar com suas questões psíquicas.

O *contrato de peso* é uma das técnicas que divide opiniões entre as psicanalistas especializadas em *transtornos alimentares*. Esta técnica consiste no estabelecimento de um acordo entre psicoterapeuta e *paciente* que fixa um peso mínimo, e que no caso de uma redução do peso fixado o profissional pode negar-se a dar continuidade no atendimento. Essa é a recomendação existente na clínica. No entanto, na ocasião em que discutiram um texto que problematizava o *contrato de peso* ficou evidente que nem todas as psicanalistas apoiavam seu emprego.

De acordo com Viglietti (2001), o *contrato de peso* é uma prática difundida, tanto na psicanálise como fora dela. Ele faz referência a primeira psicanalista que em 1940 estabeleceu um contrato com uma *paciente*, motivado por um incidente com outro *paciente* sobre o qual escutara que morreu apesar de seu tratamento psicanalítico transcorrer bem. No entanto, diz ele:

(...) a autora expõe a preocupação que a levava a formular este contrato de peso: a preocupação de que a paciente pudesse vir a morrer. *Seu* temor de que a paciente morresse. Mas não podemos nos desviar da regra da abstinência, sem que isso tenha profundas consequências sobre nossa prática; ao fim de alguns meses, a paciente acabou interrompendo a análise. (VIGLIETTI, 2001, p.99)

Ao discutirem o texto algumas das psicanalistas da clínica entenderam que o autor fazia uma crítica ao emprego do contrato de peso, enquanto outras apontaram que sua crítica é direcionada à psicanálise “tradicional” que fica observando o paciente morrer. Aquelas que consideravam que o autor criticava o contrato de peso argumentavam a partir do fato de a *paciente* ter desistido da análise. Por outro lado, as que consideravam que o autor criticava a psicanálise tradicional apoiavam seu argumento no fato de que uma *paciente* havia morrido.

Seguindo os questionamentos e proposições do autor, que se pergunta sobre por que admitir esta transgressão à regra de abstinência, quais seriam as razões para se afastar de um conceito que se situa no próprio cerne de suas práticas, e qual a justificativa para se alinhar a uma política de controle e domínio que é, em princípio, a política dos pais, ele diz:

“Se comes, te aceito e te analiso. Mas se não o fazes te rejeito e te dispenso”. Porém, além disso, se concebermos o sintoma como uma solução que poupa os pacientes de se defrontarem com intensos sofrimentos depressivos, evitando o trabalho psíquico que se lhes impõe a puberdade, como poderíamos simplesmente pedir-lhes que renunciem ao sintoma? Realizar um contrato de peso significa pôr ênfase no problema alimentar, e nossa intenção – pelo menos a minha – é precisamente a oposta: é poder descentra-me dessa problemática. Que fazer, então? Não se pode deixar de considerar o risco de vida que estas afecções pressupõem, para quem delas padece. Mas deste aspecto pode encarregar-se um nutricionista. O trabalho do analista deverá centrar-se no sofrimento psíquico que o sintoma anoréxico sinteticamente oculta. Se, pelo contrário, propusermos uma análise

baseada num contrato de peso, correremos o risco de estabelecer com a paciente uma luta pelo poder, tão estéril e infrutífera como a que ela vem mantendo com seus pais. (VIGLIETTI, 2001, p. 100)

Parece que aquelas que argumentaram sobre a preocupação do autor em relação ao risco de vida tinham razão, assim como aquelas que argumentaram sobre a crítica do autor em relação ao emprego do *contrato de peso* pelo psicanalista, pois é um aspecto pelo qual um nutricionista pode ocupar-se, na opinião do autor. Ele não desconsidera o risco de vida que essas *pacientes* enfrentam, no entanto, o *contrato de peso* não parece ser uma solução (quando estabelecido pelo psicanalista), pois implicaria em instalar uma luta pelo poder, colocando ênfase no problema alimentar, na lógica do peso e da balança, além do pedido de renúncia dos *sintomas*.

Ao final do debate entre as psicanalistas, uma delas afirmou que o *contrato de peso* pode ser eficiente em alguns casos, mas que em outros casos pode ser um “tiro no pé”. Isso significava que cada caso deveria ser avaliado particularmente. No entanto, questiono-me como se daria o emprego desse contrato apenas pela psicanalista, que normalmente não tem uma balança no seu consultório para pesar suas *pacientes* a cada sessão. A partir disso penso se o que estaria sendo discutido naquela ocasião não seria a utilização do *contrato de peso* pela equipe multidisciplinar em atendimento ambulatorial ou internação, que não é o caso do atendimento oferecido pela clínica.

Uma das psicanalistas entrevistadas por mim disse que, apesar da recomendação de estabelecimento de *contrato de peso* com as *pacientes*, ela não o fazia, pois isso interferiria no vínculo com suas *pacientes*. Isso significa que, mesmo sendo uma “indicação institucional”, o *contrato de peso* pode não ser utilizado pelas psicanalistas, uma vez que é necessário avaliar cada caso. No entanto, apesar da aparente “liberdade” das psicanalistas em aderir ou não a recomendação, responsabilizando-se pelo caso, a preocupação com a integridade da *paciente* parece estar sempre presente. Além do mais, parece que não se trata de pesar as *pacientes*, mas sim atentar-se à perda de peso aparente. Uma das psicanalistas disse:

(...) A questão do contrato de peso, eu não faço isso com os meus pacientes, apesar de muitos profissionais da clínica acharem que é interessante fazer... na verdade é uma ideia da Hilde Bruch, que fala do contrato de peso, para acompanhar uma paciente em análise... mas em minha opinião quem tem que fazer o contrato de peso é o médico e a nutricionista... eu não tenho que ficar falando sobre essa questão do peso... por isso que é legal, nesse sentido, a equipe multiprofissional, porque daí eu deixo com eles algo que é deles... o médico tem que realmente checar o peso, pesar, acho que é por aí... mas eu não me sinto confortável em fazer esse contrato de peso, até porque eu não assumiria uma paciente sozinha sem ter um médico, então eu ficaria confortável em deixá-lo fazer isso para que eu possa trabalhar outras coisas... então assim... por isso que eu acho que a psicanálise não é uma só, mesmo dentro da clínica tem diferentes modos de pensar, apesar de ser psicanálise, tem diferentes manejos, até porque eu acho que não tem uma maneira só de trabalhar...

Não presenciei ao longo das reuniões nenhum debate sobre como o *contrato de peso* deveria ser aplicado nem o estabelecimento de uma obrigatoriedade, embora fosse recomendado. No entanto, parece haver uma concordância de que as *pacientes* deveriam manter seu peso, ou melhor, não perder mais peso, e que diante de tal acontecimento ou qualquer outro que aponte risco à integridade da *paciente* o psiquiatra e nutricionista deveriam ser avisados, ou então, caso a *paciente* não tenha acompanhamento com outros profissionais e apresente uma piora dos sintomas, como perda de peso, deve-se recomendar a formação de uma “equipe”. Não pretendo com essas observações julgar o funcionamento institucional, mas sim evidenciar a flexibilidade existente e a possibilidade de aderir ou não ao *contrato de peso*, o que condiz com a dinâmica da instituição, na qual parece haver uma autonomia de cada psicanalista em relação às suas *pacientes*. Entretanto, as psicanalistas retratam seus casos às outras do grupo nas reuniões, bem como devem produzir relatórios sobre todas as *pacientes*. Parece que essa prática pode ser explicada mais pela possibilidade de pensarem conjuntamente o andamento dos casos, realizando uma espécie de “supervisão horizontal”, para além da supervisão particular de cada caso, obrigatória e gratuita às psicanalistas da clínica.⁸⁷

Desse modo, compartilhar e refletir juntas sobre os casos funciona mais para que aprendam com as experiências clínicas umas das outras do que para julgar ou controlar a condução dos casos. Obviamente, como todas são passíveis de “erros” e equívocos na condução dos casos, compartilhá-los é uma possibilidade de ter esses equívocos reconhecidos, podendo haver sugestões e intervenções das outras psicanalistas, mas a responsabilidade de cada caso cabe à psicanalista. Além do mais, compartilhar os casos com o grupo não diz apenas sobre o andamento das *pacientes*, mas também das próprias psicanalistas, pois na medida em que atendem e aprendem sobre os casos podem “aprimorar” suas *interpretações* sobre eles.⁸⁸

Outra questão que esse debate sobre o *contrato de peso* levantou foi sobre a possibilidade de não mais receberem *pacientes* que não possuem acompanhamento com nutricionistas e psiquiatras, que naquele momento ainda não era uma exigência da instituição, embora dependendo da gravidade fosse recomendado. Os casos recém chegados pareciam evidenciar a importância de tornar esse acompanhamento uma exigência, além da necessidade de estabelecer parcerias com outros

⁸⁷ A supervisão em psicanálise é considerada um pilar da prática clínica e ocorre quando um terapeuta menos experiente é supervisionado por outro mais experiente. Na clínica pesquisada, ser supervisionado por uma psicanalista mais experiente é obrigatório àquelas psicanalistas que atendem há menos de um ano na instituição. Essas supervisões sobre os casos de *transtornos alimentares* são gratuitas às psicanalistas da instituição, pois são pagas pela própria clínica. A psicanalista tem direito de escolher, dentro da instituição, com quem ela quer fazer sua supervisão, baseada em suas afinidades pessoais ou teóricas. Além dessas supervisões particulares, as discussões dos casos diante de todo o grupo, o que uma das psicanalistas entrevistadas nomeou como “supervisão horizontal”, também é uma prática comum na instituição.

⁸⁸ Refiro-me às situações nas quais as psicanalistas apresentaram alguns casos ao grupo, que considerou que aqueles eram “casos bonitos”, o que significa que o manejo feito pelas psicanalistas e suas interpretações rendiam um bom andamento à psicoterapia, o que indica que aquelas psicanalistas haviam adquirido uma boa compreensão e vínculo com aqueles sujeitos, bem como uma compreensão aprofundada sobre o *transtorno*.

profissionais especializados – psiquiatras e nutricionistas especializados em *transtornos alimentares* – profissionais para os quais elas pudessem encaminhar suas *pacientes* e que fossem “generosos”, atendendo a baixo custo⁸⁹, como fazem as psicanalistas da clínica, para que não tenham mais que pedir “favores” aos profissionais conhecidos, mesmo que para isso tenham que formá-los⁹⁰. No entanto nada ficou decidido, a não ser o que já está em prática, ou seja, uma observação atenta de cada caso e suas necessidades e a possibilidade de pedirem “favores” à rede de contatos pessoais das psicanalistas.

De acordo com uma das psicanalistas da clínica, é preciso recuperar o sujeito, mas “não dá para achar que tudo bem se ele vomitar cinco vezes ao dia”, o que seria talvez a postura de um psicanalista mais “tradicional”, que só enxerga o *sintoma analítico*. Dessa maneira, parece-me que as alterações pretendidas da técnica “tradicional”, que faz com que a psicanálise possa contribuir e ser recomendada para os casos de *transtornos alimentares*, implicam em olhar não apenas para o *sintoma* analítico, mas também para o *sintoma* biomédico, pois não se trata de deixar a *paciente* morrendo e apenas interpretar suas *pulsões de morte*, como foi dito por uma das psicanalistas durante a reunião, mas sim recuperar o sujeito do ponto de vista físico e psíquico.

2.8. Entre “Uma boca que pouco come, um psiquismo que pouco elabora”⁹¹ e uma “Fome de boi”

É melhor perceber a anorexia mental como um tipo de nascimento prematuro na adolescência (segundo processo de separação-individuação) do que como uma perversão mortífera com fetichismo do osso, ou como a obra da pulsão de morte no seio do masoquismo primário; o saco de ossos como uma ave caída no ninho, mais do que como um esqueleto antecipado. Melhor perceber a bulimia como a busca do objeto primário cujo luto foi impossibilitado do que como uma perversão do instinto de nutrição. (BRUSSET, 1999, p. 181)

Embora ao longo de toda a descrição os termos *transtornos alimentares*, *anorexia* e *bulimia* apareçam como sinônimos e de maneira indiscriminada, faz-se necessário marcar algumas fronteiras existentes entre eles. A psiquiatra Vanessa Pinzon, citada acima, já havia colocado que, do ponto de vista psiquiátrico e dos manuais de diagnóstico, *anorexia* e *bulimia* são *transtornos*

⁸⁹ Vale ressaltar que ser atendido por profissionais especializados em *transtornos alimentares* pode ter um custo alto. Certa vez as psicanalistas fizeram um cálculo aproximado do quanto custaria um tratamento particular com nutricionista, psiquiatra e psicanalista especializadas em *transtornos alimentares* e notaram que as consultas semanais custariam, em média, entre R\$ 150, 00 a R\$ 200,00 para cada especialidade, o que somaria mais de R\$ 500,00 por semana e mais de R\$ 2.000,00 por mês.

⁹⁰ Diversas vezes as psicanalistas recorrem às suas redes pessoais de profissionais, como as nutricionistas especializadas e as psiquiatras que atendem nos ambulatórios Ambulatório 1, pedindo-lhes favores e que recebam *pacientes* da clínica que necessitam ser atendidas e não têm condições de pagar.

⁹¹ Frase da psicanalista Marina Ramalho Miranda, 2004.

muito distintos, embora na prática os sintomas se confundam. Do ponto de vista psicanalítico também são patologias distintas, embora possam, em certos sentidos, serem aproximadas.

A psicanalista Aline Camargo Gurfinkel quando esteve na clínica para falar sobre a sua experiência e contato com os *transtornos alimentares*, disse que a *anoréxica* é uma “mente sem corpo”. Essa definição é justificada pelo imenso controle que essas pessoas exercem sobre sua alimentação, mas que também pode ser exercido em relação às sessões de psicoterapia e se expandirem a outras esferas da vida. Diversas situações e casos foram retratados pelas psicanalistas da clínica a respeito de *pacientes* que chegam atrasados, faltam rigorosamente a determinadas sessões ou chegam “pontualmente” atrasados sempre na metade da sessão, e esses atos eram interpretados por elas como uma comunicação e indicavam um “funcionamento psíquico” próprio da *anorexia*. Esses atos poderiam comunicar que elas estavam tentando exercer um controle e restrição às sessões de terapia, assim como o faziam com a alimentação.

O controle está associado ao *funcionamento* de *pacientes anoréxicas*, assim como a *compulsão* e o impulso estão bastante associados ao *funcionamento* de *pacientes bulímicas*⁹². Parece-me que, do ponto de vista psicológico, essas são características quase que excludentes (ou predominantes). E, embora algumas pessoas possam dizer que têm *anorexia* e *bulimia*, isso é impossível do ponto de vista classificatório dos manuais (DSM e CID). O que pode ocorrer, por exemplo, é uma *anorexia purgativa* (com características de *bulimia*)⁹³.

O controle também é quase sempre associado à falta de referência e de identificação das sensações do corpo. Constantemente era dito que algumas *pacientes* eram incapazes de reconhecer os sinais e necessidades do corpo, por isso eram capazes de controlar a fome e outras necessidades do organismo.

De acordo com Lawrence (2003) apesar de todos os esforços para controlar o peso e a ingestão de comida, o que a *anoréxica* tenta controlar, na verdade, é uma situação interna, uma situação em sua mente, a seu respeito e de sua família. A *bulimia* parece ser uma tentativa correlata, ainda que diferente, de controlar o mundo interno. Ela fala sobre a brancura que aparece nos sonhos e nas concepções das *anoréxicas* e entende que essa brancura representa a fantasia de um mundo

⁹² De acordo com as psicanalistas, é em partes por causa desse *funcionamento impulsivo* que há diversas situações em que as pessoas ligam procurando tratamento e depois nunca aparecem para a triagem, ou fazem a triagem e não aparecem para o tratamento.

⁹³ Há *pacientes* que chegam à clínica dizendo que tem *anorexia* e *bulimia*, bem como pessoas nos blogs e páginas Pró-Anna e Mía que dizem ter ambas, mas de acordo com as descrições dos manuais de diagnóstico estes são *sintomas* excludentes e a *anorexia* baseia-se no controle da ingestão de alimentos, enquanto que a *bulimia* baseia-se na *compulsão* e ingestão descontrolada de alimentos, seguida de práticas purgativas. Na *anorexia purgativa*, considerada subtipo da *anorexia nervosa*, há o controle da ingestão alimentar, seguido de práticas purgativas. Essa é uma querela classificatória, mas na prática as profissionais reconhecem que as manifestações das patologias borram as descrições tão fixas, pois como diz a psiquiatra Vanessa Pinzon em entrevista citada acima: “As pessoas não lêem livros para ficarem doentes”, ou seja, os sintomas manifestados “bagunçam” as descrições psiquiátricas. Uma das *pacientes* que entrevistei contou que foi diagnosticada como *bulímica* no Ambulatório 1, mas sempre fora tratada como **anoréxica**, pois todas as profissionais que a atenderam consideravam que ela tinha *anorexia*.

sem objetos, de um sujeito que desistiu da ideia de ter relações e de qualquer possibilidade de desenvolvimento. Para ela a brancura é sentida pela *anoréxica* como algo puro, limpo e, portanto, bom.

No caso da *bulimia*, os episódios de vômitos representam uma fantasia de matar objetos internos, mas objetos que não ficam mortos, como parecem ficar no caso das *anoréxicas*, retornando constantemente, e por isso as frequentes tentativas de expeli-los. Em sua opinião as *pacientes bulímicas* pensam a si próprias como *anoréxicas* frustradas, que não tem a força de vontade da *anoréxica* de resistir à comida. Ou seja, por alguma razão não conseguem matar totalmente seu amor e dependência, como a *anoréxica* parece conseguir. No entanto, a *bulimia* e o estado mental representado por ela são um movimento em direção à vida, apesar dos conflitos envolvidos. Em suas palavras: “É como se a parte do self que odeia a vida e se opõe a todo contato ficasse encapsulada no sintoma do vômito, deixando as outras partes do self relativamente intactas”.

No discurso das psicanalistas da clínica constantemente o argumento da falta de capacidade psíquica e simbólica é acionado quando se refere à *pacientes anoréxicas*, em especial, assim como a dificuldade de elaboração da fala, que ocorre também em *pacientes bulímicos* que, em alguns casos, falam aleatoriamente, sem parar e, no entanto, não conseguem relacionar assuntos, embora muitas vezes a relação pareça ser óbvia para o psicanalista.

Uma das psicanalistas contou um caso de uma *paciente bulímica*, que pintava quadros e que, segundo a analista, tinha uma boa capacidade de associações, fala elaborada (não só cognitiva, mas simbolicamente) ⁹⁴. Quando esse caso foi apresentado na reunião discutiu-se que é comum que as *bulímicas* tenham um *funcionamento* melhor do que as *anoréxicas*.

Sobre uma *paciente anoréxica* foi dito que, apesar de ser cognitivamente muito inteligente (não é à toa que no geral as *anoréxicas* são ótimas alunas e bastante perfeccionistas), no entanto, não tem quase nenhuma capacidade de representação mental. Outro exemplo é de uma *paciente* mais velha, com *anorexia purgativa*, que segundo a psicanalista é “culturalmente sofisticada”, adora ler biografias, assistir filmes de guerra e históricos e que desdenha do namorado pela sua falta de “cultura” e que, no entanto, traz um “material tão primitivo” às sessões (não se aprofunda nos temas, conta muitas banalidades sobre o seu dia a dia durante a sessão, faz questão de contar “detalhes sórdidos” e “nojentos” das suas práticas) e que, segundo a analista, se entope de “intelectualizações” para dar conta do seu vazio sentimental.

⁹⁴ Diferente de algumas *pacientes* (normalmente com *anorexia*) que são descritas como cognitivamente inteligentes, alunas dedicadas e inteligentes, mas sem capacidades simbólicas e associativas, essa *paciente* com bulimia além de ser considerada inteligente e possuir uma fala elaborada, ela ainda era capaz de fazer associações em relação aos seus *sintomas* e questões que surgiam na psicoterapia. Algumas *pacientes* falam de um sofrimento, mas não conseguem associá-los ao ato de vomitar, por exemplo, como se o vômito não tivesse relação alguma com seu sofrimento, o que, do ponto de vista psicanalítico, não pode ser dissociado.

Para Marina Ramalho Miranda (2004) corpo e mente são reflexos um do outro: “Magra, de carne, de idéias, boca fechada para a comida, mente fechada a reflexões”. No entanto, Miranda propõe uma elaboração diferente, procurando discutir a *anorexia* do *paciente bulímico* e a *bulimia* do *paciente anorético*, pois acredita que há uma inter-relação, um cruzamento e revezamento entre os *sintomas*, considerando que as características apresentadas por ambas as perturbações espontaneamente se aproximam, sem se preocupar em fixar-se nas definições dos manuais (DSM e CID). Para ela, emagrecer é uma tentativa de expulsão de um corpo estranho, tentativa de fazer desaparecer a mãe de dentro dela e, ao vomitar, expelir o deteriorado da experiência venenosa.

Já a médica e psicanalista Gilda Kelner (2004) diferencia *pacientes anoréticas*⁹⁵ gravíssimas, com estrutura psíquica fronteira, beirando a *psicose* e *anoréticas* cujas estruturas são bem diferentes e seus prognósticos bem menos graves. Além disso, ela sugere o uso da expressão *bulimarexia* que junta *sintomas* aparentemente opostos. Em suas palavras:

A paciente anorética retira o sentido das palavras, como subtrai o sabor dos alimentos, o aroma do perfume e o sentimento da vida. Enfim, ela destitui todos os objetos, animados e inanimados, dos seus atributos, de suas funções. Nas crises bulímicas ela, ao mesmo tempo que procura preencher o seu vazio interior com selvagem voracidade, pretendendo que aquele alimento lhe traga bem-estar, imediatamente o reconhece como destrutivo, mau, e tenta expulsá-lo com a mesma “selvageria”. (KELNER, 2004, p.41)

Kelner, assim como outros psicanalistas, propõe também que a obesidade seja entendida como um *transtorno alimentar*, que também se refere a processos psicopatológicos muito arcaicos, centrados nos investimentos primitivos do intercâmbio alimentar na relação objetal. De acordo com ela: “A Medicina atual considera a obesidade um transtorno metabólico, transmitido geneticamente. Aqui não estamos tratando disso e sim da ingesta alimentar compulsiva e da recusa alimentar absoluta, patológica” (KELNER, 2004, p. 42)⁹⁶.

Parece-me, portanto, que o esforço de manter a diferenciação entre *anorexia* e *bulimia* na clínica diz respeito mais ao empenho de seguir as orientações diagnósticas presentes nos manuais que estruturam as definições da instituição, do que aos dados encontrados empiricamente.

A distorção se dá em que corpo?

A *distorção da imagem corporal* é um dos critérios de diagnóstico de *anorexia nervosa* e trata-se de uma “falta de percepção” sobre o próprio corpo, que faz com as pessoas que sofrem

⁹⁵ Ela usa o termo *anorética*, enquanto que as psicanalistas da clínica e os outros autores citados usam o termo *anorética*. O termo apresentou mudanças ao longo da história, como ter passando de *anorexia mental* a *anorexia nervosa*. No entanto não encontrei explicações para o uso do termo *anorética*.

⁹⁶ Vale ressaltar que entre os textos aqui citados esse foi o único que não foi lido nas reuniões da clínica e nem está na pasta de textos recomendados existente na instituição. Esse foi um texto compartilhado no Facebook da clínica, que é coordenado por vários membros e não passa pela aprovação das coordenadoras e de todos os membros.

desse *transtorno* não percebiam a própria magreza, considerando-se gordas, mesmo que estejam esqueléticas.⁹⁷

A imagem a seguir, altamente divulgada como alerta à *anorexia*, ilustra a ideia de distorção da imagem corporal⁹⁸:

Fonte: Blog Minha Dieta (<http://meumundoanaemia.zip.net/>)

Característica dos casos de *anorexia nervosa*, a *distorção da imagem corporal* é um *sintoma* relacionado à percepção que as *pacientes* têm de seus corpos. Mesmo diante da afirmação de todos ao redor de que estão magras, elas continuam achando que estão gordas, ou então que não estão magras o suficiente. De acordo com Gonzaga e Weinberg:

(...) Não é incomum que profissionais que tratam essas pacientes tentem convencê-las, lhes oferecendo os mais diferentes elementos de realidade, de que o que estão percebendo ou sentindo não corresponde ao factual. Tarefa inglória e sem sucesso: elas estão convictas de que há uma deformação em seu corpo que se reflete, inclusive, no espelho. (GONZAGA, WEINBERG, 2010, p. 117)

A questão é a falta de percepção dos elementos da realidade ou a realidade que está distorcida e, sendo assim, magreza alguma basta? Diante da valorização de modelos de beleza cada vez mais descarnados, haverá um limite para a magreza? A percepção que tem do próprio corpo é que não corresponde à realidade, ou a realidade do corpo é que não corresponde ao “ideal de

⁹⁷ As definições do DSM-III e Cid-10, respectivamente, são: Distorção da auto-imagem, com a impressão de se estar muito gordo (a), pavor intrusivo de obesidade, que gera um patamar de baixo peso e distorção da auto-imagem, com negligência da intensidade do baixo peso.

⁹⁸ Essa imagem foi retirada de um vídeo veiculado por uma campanha de conscientização criada pela agência de publicidade *Grey*, de Estocolmo, a pedido da associação sueca *Anorexi/Bulimi-Kontakt* e veiculada pela MTV local.

beleza”? O problema está na imagem que se tem do próprio corpo ou no corpo em si – que não se parece com os corpos apresentados na mídia, alterados e transformados com auxílio das mais variadas tecnologias? Questionamentos retóricos à parte, o que se diz sobre essas *pacientes* é que são incapazes de reconhecer as sensações e necessidades mais básicas do corpo, bem como o controle que exercem sobre eles.

Perguntei a uma das psicanalistas entrevistada, Tatiana, se ela não achava contraditório alguém que tem tanto controle sobre o corpo não ser capaz de reconhecer suas sensações. Mas ela não considerava contraditório, pois acreditava que se tratava de um “controle imaginário”, e não um controle real. É uma “ilusão de controle”, uma busca pelo controle, mas na realidade não dão conta dos sinais do próprio corpo, como o emagrecimento, a dor no estômago de fome, etc. Ela cita a psicanalista Maria Helena Fernandes que fala da hipocondria, não como uma doença, mas como um processo em que o sujeito adquire a capacidade de perceber o próprio corpo, de perceber as próprias sensações e que não é todo sujeito que tem. Desse modo, o processo de sentir dor já é algo elaborado, em sua opinião. Ou seja, perceber as dores, sensações e necessidades físicas do corpo é algo que precisa ser elaborado.

Quando perguntei sobre a questão do controle exercido pelas *pacientes*, especialmente as consideradas *anoréxicas*, Samantha disse que o controle não é sobre o corpo, mas sobre a fome. Segundo ela, esse controle é exercido porque, às vezes, elas nem percebem que estão com fome, ou melhor, elas conseguem controlar a fome porque negam que ela exista. Em sua opinião é um controle onipotente, e como tudo que é onipotente, é ilusório, não é real. Em seguida ela me disse algo que parecia um pouco contraditório: se por um lado ela considerava que o que diferencia *pacientes* com *transtornos alimentares* das “pessoas comuns” são elementos mais patológicos, como a *distorção da imagem corporal*, por outro lado, considera que todos nós temos “certa distorção”:

MARISOL – Eu sempre ouço nas reuniões comentários sobre a questão do controle que essas *pacientes* exercem sobre o corpo e ao mesmo tempo uma falta de percepção corporal, pois não reconhecem as necessidades do organismo. Por um lado gostam de sentir fome e da sensação de fome, por outro são incapazes de reconhecer a fome. Não é incoerente uma pessoa que exerce tanto controle sobre o corpo ser incapaz de reconhecer as sensações do corpo?

SAMANTHA – Então, elas não têm controle sobre o corpo, elas têm controle sobre a fome, mas às vezes porque nem percebem que estão com fome, ou melhor, negam que estão com fome. (...) por isso elas conseguem controlar tanto, porque negam a fome. O que a gente percebe muito é essa desconexão com o corpo! Isso é muito comum! São pacientes que não sabem o que acontece dentro do seu corpo. Não sabem as sensações corporais... é uma coisa se você está com fome, ou se você está com vontade de fazer cocô... não sabem.

MARISOL – É uma ilusão de controle?

SAMANTHA – Claro! É um controle totalmente onipotente, e tudo que é onipotente é ilusório, porque não é real.

MARISOL – E sobre a distorção da imagem corporal?(...) Eu queria entender melhor! É uma ilusão de se olhar no espelho e não se ver magro?

SAMANTHA – O que você chama de ilusão?

MARISOL – Se olhar e não ser capaz de se reconhecer, não enxergar aquilo que está no espelho. É um olhar distorcido? Porque normalmente olhamos no espelho e vemos aquilo que está sendo refletido coerentemente com aquilo que somos, não é?

SAMANTHA – (risos) Não sei. Eu acho que até a gente distorce um pouco às vezes. Você se vê mais bonita um dia, se vê mais feia em outro. Às vezes se vê enorme... acorda e pensa: “Tô enorme!”. Acho que isso acontece com qualquer mulher. Mas é claro que nessas pacientes é elevado a vigésima exponencial, sei lá como fala isso... tem uma discussão aí se até é algo mais ligado à psicose. A [psicanalista] Maria Helena [Fernandes] fala isso no final do livro, uma coisa é você misturar o corpo, outra coisa é misturar a realidade, são duas coisas diferentes. Eu acho que tem elementos psicóticos aí, porque você vê algo que não está lá, mas também não está no espelho, está dentro, porque a gente só vê o espelho a partir do nosso referencial interno

MARISOL – No caso da *anoréxica* então seria não reconhecer a realidade, e não o corpo?

SAMANTHA – A realidade e o corpo estão misturados. A gente conhece nosso corpo a partir da nossa realidade interna... é o que a gente fala sobre o ego corporal. O primeiro ego que a gente tem é o ego corporal, né, porque nosso ego realidade é ainda muito deficitário. Então as duas coisas estão juntas. O dia está mais bonito ou mais feio pra gente de acordo com o que a gente está sentindo. Você acordou, vai viajar, está super feliz, suas férias começaram hoje, pode estar uma chuva torrencial, mas você está tão feliz que vai achar a chuva bonita.

Samantha apontou para uma dificuldade de identificar o que está sendo refletido no espelho, pois, segundo ela, reconhecer a realidade externa se dá a partir dos referenciais internos. Por isso é possível ter percepções contrárias, de acordo com o que se está sentindo. Podemos nos enxergar bonitas num dia e feias no próximo, ou achar que estamos magras e em seguida se sentir gordas, o que indica que todos nós podemos ter “certa distorção” da imagem corporal, ou seja, diferentes concepções sobre si próprias e sobre o corpo baseado nas percepções internas que são flutuantes – e não baseadas numa “realidade” estável. Por outro lado, ela considera que comportamentos considerados *saudáveis* e *patológicos* são radicalmente diferentes, não se tratando de uma distinção de grau, mas sim de espécie, dado que o comportamento *patológico* compromete a vida, pois quem sofre de *anorexia*, por exemplo, não é só alguém que controla a alimentação pensando em perder peso em excesso, mas sim alguém que tem pensamentos *obsessivos* sobre comida, dieta, calorias, gordura e peso corporal. No entanto, será que Samantha não está se referindo a duas situações extremas, de pessoas que, por um lado, tem uma relação radical com a alimentação e preocupações com emagrecimento – que vivem no limite do peso corporal, emagrecidas e “comprometidas” em razão do baixo peso corporal – e, por outro lado, pessoas que fazem dieta de maneira “normal”, ou seja, procuram se alimentar de maneira “saudável” para perder peso em excesso e de forma “equilibrada”? Não haveria entre esses dois extremos uma gama de práticas que podem ou não “comprometer” a vida das pessoas, que podem ou não ser diagnosticadas como uma patologia? A questão das fronteiras entre esses comportamentos será retomada no último capítulo.

Capítulo 3

“Quanto mais você emagrece, mais quer emagrecer” – Vivências com transtornos alimentares e os efeitos das instituições na constituição de si e da subjetividade

(...) Ninguém estava em condições de passar todos os dias e noites ininterruptamente a seu lado como vigilante, portanto ninguém era capaz de saber, por observação pessoal, se o jejum fora realmente mantido sem falha e interrupção; só o artista podia saber isso e ser o espectador totalmente satisfeito do próprio jejum. Entretanto ele nunca estava satisfeito por outro motivo: talvez não fosse em virtude do jejum que estivesse tão magro – a tal ponto que muitos, lamentando-se por causa disso, tinham que se afastar das apresentações porque não conseguiam suportar aquela visão – mas sim em virtude da insatisfação consigo mesmo. É que só ele sabia – só ele e nenhum outro iniciado – como era fácil jejuar. Era a coisa mais fácil do mundo. Ele não o ocultava, mas não acreditavam nele; no melhor dos casos consideravam-no modesto, no geral porém um faroleiro ou simples farsante, para quem o jejum era fácil porque ele conhecia a maneira de torná-lo fácil e ainda por cima tinha o topete de o admitir só pela metade. Ele era obrigado a aceitar tudo isso, mas no correr dos anos se acostumou; no entanto a insatisfação o roía por dentro e nem uma única vez, depois de qualquer período de fome – tinham de conceder-lhe esse crédito –, deixara espontaneamente a jaula. O empresário havia fixado em quarenta dias o prazo máximo de jejum, acima disso ele nunca deixava jejuar nem nas grandes cidades do mundo – e isso por um bom motivo. A experiência mostrava que durante quarenta dias era possível espicaçar o interesse de uma cidade através de uma propaganda ativada gradativamente, mas depois disso o público falhava e se podia verificar uma redução substancial da assistência (...). Sendo assim, no quadragésimo dia eram abertas as portas da jaula (...). E neste momento o artista da fome sempre resistia. (...) Por que parar justamente agora, depois de quarenta dias? Ele poderia aguentar ainda muito tempo, um tempo ilimitado; por que suspender agora, quando estava no melhor, isto é, ainda não estava no melhor do jejum? Por que queriam privá-lo da glória de continuar sem comer, de se tornar não só o maior jejuador de todos os tempos – coisa que provavelmente já era – mas também de superar a si mesmo até o inconcebível, uma que vez não sentia limites para a sua capacidade de passar fome? Por que essa multidão, que fingia admirá-lo tanto, tinha tão pouca paciência com ele? Se ele aguentava continuar jejuando, por que ela não suportava isso? (Um artista da fome, KAFKA, 2011, p.49, 50)

3.1. Breves trajetórias – os fatores entendidos como desencadeantes dos transtornos alimentares

A sociedade cria os obesos e não os tolera. ⁹⁹

Por um desses “acasos” que nos ocorrem no decorrer do desenvolvimento de uma pesquisa “descobri” que uma pessoa do meu convívio tivera *anorexia*¹⁰⁰. Apesar de nunca ter falado sobre o

⁹⁹ Frase pronunciada por um nutricionista, Jean Trémolières, citada por Claude Fischler em “Obeso Benigno, Obeso Maligno” (2005). Penso que podemos pensar o mesmo sobre a gordura e excesso de peso, ainda que não caracterizada como obesidade.

assunto comigo, ao contar-lhe sobre a pesquisa parece que se sentiu à vontade para “revelar” que durante a adolescência passara por “conflitos” com o seu corpo e a alimentação, que foram identificados pelos familiares e amigos, preocupados com seu emagrecimento e intensas restrições alimentares. Ainda que nunca tenha recebido um diagnóstico oficial, essa pessoa identificava-se com as práticas de pessoas com *anorexia*. Além disso, ela não passou por um tratamento específico para o *transtorno*, apesar de ter feito terapia por sugestão da própria família, sem nunca ter nomeado ou ter tido seu “conflito” nomeado por terceiros.

É interessante destacar que cada vez que falava sobre a pesquisa pela primeira vez com alguém a conversa quase sempre rendia comentários sobre o tema. Nessas situações, diversas pessoas disseram conhecer alguém com *transtorno alimentar*, ou pessoas que tinham hábitos alimentares “estranhos”, muito restritos, ou atitudes suspeitas, como o hábito de retirar-se da mesa logo após a refeição e ir ao banheiro, ou mesmo pessoas extremamente preocupadas com a forma corporal e a alimentação.¹⁰¹ Esses episódios parecem reforçar a importância que a alimentação tem em nossa sociedade, não só em termos “culturais”, relativo ao lugar que a comida ocupa em nossas vidas e relações, mas também em termos de saúde e controle de doenças, bem como a valorização da magreza e a lipofobia contemporânea (FISCHLER, 2005).

A pessoa em questão relatou ter sido obesa durante a infância e parte da adolescência, o que a motivou iniciar dietas para perder peso por conta própria. Quando a conheci ela já havia emagrecido e sempre se manteve magra, e por isso era um desafio imaginar que um dia ela pudesse ter tido peso elevado, como dizia. Ela contou que comprava revistas femininas sobre dieta e boa forma depois de ter emagrecido e comparava suas medidas às das modelos e artistas que estampavam as capas, o que sempre lhe gerava angústia, pois suas medidas corporais (por mais magra que estivesse) nunca alcançavam as baixas medidas ali apresentadas. Eram medidas impossíveis. Seria necessário perder muitos quilos para alcançar a fina coxa estampada naquelas páginas, pois como ela me informou em uma de nossas conversas sobre o assunto, é necessário perder muito peso para eliminar medidas na coxa, por exemplo. Quando a pessoa tem “excesso” de peso e emagrece é provável que reduza o peso e as medidas corporais, mas quando não há excesso, a perda torna-se um desafio cada vez maior e reduzir medidas é cada vez mais difícil. Ao longo de nossas conversas ela revelou que encontrou as fitas métricas utilizadas para medir e comparar as partes do seu corpo e surpreendeu-se ao dar-se conta de que possuía entre sete e oito fitas reunidas em uma caixinha, que antes ficavam espalhadas pela casa.

¹⁰⁰ Não apresentarei muitos dados sobre sua vida para preservá-la, pois apesar de ter se oferecido para contribuir com a pesquisa a pessoa pediu que sua identidade não fosse revelada, por ser um assunto sobre o qual mantém segredo.

¹⁰¹ Não é fácil distinguir o que é uma “preocupação extrema” de uma “preocupação tolerável”, mas os hábitos e práticas de algumas pessoas parecem destoar do que é considerado socialmente aceito em termos de dieta, preocupação com o corpo e hábitos alimentares.

Apesar de não ter desenvolvido uma forma extrema do *transtorno*, como aqueles casos narrados pelos médicos ou apresentados na mídia de pessoas extremamente emagrecidas e cujo risco de morte é iminente, que precisam ser internadas e alimentadas por sonda nasogástrica¹⁰², sua família e amigos notaram seu emagrecimento e fizeram uma espécie de intervenção: proibiram-na de sair de casa e negaram-se a acompanhá-la nos passeios e atividades caso não se alimentasse correta e minimamente.

Essa pessoa foi também quem me introduziu às ferramentas do site da revista Boa Forma, no qual é possível encontrar uma calculadora do IMC, comum também nos blogs Pró-Anna e Mia, bem como tabelas com valores calóricos dos alimentos, o Guia de Calorias, e os gastos calóricos de diversas atividades físicas.¹⁰³ Sua familiaridade com as ferramentas e suas observações sobre elas, como, por exemplo, o fato de não haver nem a possibilidade de consultar alguns alimentos e bebidas calóricas, pois são inexistentes, apontam para seu uso intenso, talvez especialmente nos “momentos críticos”, como aquele *janeiro gordo* que dizia estar vivendo.

Ao longo de nossas conversas percebia que mesmo tendo superado as maiores dificuldades sofridas na adolescência em relação ao peso, medidas corporais e restrições alimentares ela continuava apresentando uma preocupação com o ganho de peso. Em diversos momentos presenciei sua preocupação e desconforto com seu “excesso alimentar”, especialmente quando saía da “rotina”, em situações de viagem ou quando se alimentava fora de casa e acabava cometendo alguns excessos, especialmente ao meu lado, por ser alguém que faz diversas refeições ao longo do dia, em média a cada 3 horas, porém nem sempre pouco calóricas.¹⁰⁴ Tive oportunidade de viajar ao seu lado mais de uma vez, o que me possibilitou acompanhar seus hábitos alimentares e todas as refeições realizadas no período. Pelo menos nessas oportunidades pude notar que ela suprimiu algumas das refeições, normalmente alternando entre almoçar ou jantar, o que parecia ser um hábito recorrente praticado também em sua casa.

Ao referir-me a essa amiga não pretendo atribuir-lhe um diagnóstico, mas sim aproximá-la das práticas, sentimentos e valores associados a pessoas com *anorexia*, dado que ela própria

¹⁰² Sonda nasogástrica é um tubo inserido pelas narinas com ligação até o estômago pelo qual pacientes internados que por algum motivo não consegue ingerir alimentos são alimentados. Nos casos de *transtornos alimentares* é um recurso extremo utilizado com pacientes bastante debilitados e emagrecidos.

¹⁰³ Na página principal do site da Revista Boa Forma encontra-se os links: “Calcule calorias”, onde é possível incluir uma atividade física e o tempo que foi praticada para obter o gasto calórico referente ao peso corporal; “Calcule o IMC”, no qual deve-se inserir o peso e a altura para obter o índice de massa corporal; “Guia de calorias” onde é possível pesquisar o valor de diversos alimentos de acordo com a quantidade consumida. Além dessas ferramentas é possível acessar dietas, dicas de beleza, fazer testes e ler matérias da revista. Site: <http://boaforma.abril.com.br/>

¹⁰⁴ Não sei se por necessidade fisiológica ou por naturalizar orientações nutricionais, como aquela que sugere a ingestão de alimentos a cada três horas para manter o funcionamento metabólico, costumo fazer lanches entre as refeições principais. Há anos mantenho esse hábito por considerar que satisfaz minhas necessidades e por acreditar que auxilia na manutenção do peso corporal, que também é uma preocupação para mim, por motivos diversos: por sofrer de hipotireoidismo, o que pode provocar variação no peso corporal, por ser de uma família que tem tendência a engordar, não por acaso, é também uma família na qual o afeto e o lazer estabelecem-se em torno da comida, e também por gostar muito de comer.

reconhece haver uma identificação. Depois de saber do seu “conflito” e prática de dietas alimentares tivemos algumas conversas sobre o assunto e ela se ofereceu para fazer parte da pesquisa, ou seja, me ajudaria a entender questões em torno da *anorexia* e de sua própria vivência. Além disso, por conta de nossa intimidade e amizade ela provocou-me a refletir sobre os meus envolvimento com o tema e minhas próprias “restrições” alimentares, uma vez que sou vegetariana e não como nenhum tipo de carne há pelo menos 13 anos, e desde então tenho que conviver com olhares e expressões admiradas de algumas pessoas que não compreendem como é possível abster-se de proteína animal.

Introduzir o capítulo com essa “vinheta”¹⁰⁵, que contém elementos da trajetória e experiências de uma amiga, tem por finalidade apresentar outras duas trajetórias conhecidas por mim ao longo da pesquisa, a partir das quais analisarei temas relevantes referentes aos *transtornos alimentares*. Trata-se de duas *pacientes* da clínica entrevistadas por mim, Regina e Mônica, ambas indicadas pela própria psicanalista, que foi quem intermediou nosso contato, e que posteriormente me impediu de realizar outras entrevistas, por considerar que eu poderia ou estava desconstruindo seu “*setting* psicanalítico”, como apontei no primeiro capítulo. Não se trata aqui de reconstruir histórias de vida, mas sim apresentar fatos e “sentimentos” referentes aos *transtornos alimentares*. Desse modo, partamos primeiramente a alguns elementos que caracterizam Regina.

REGINA – Eu pesava 55 quando saí do Ambulatório 1, aí eu perdi e fui pra 54. Você pensa: enquanto é só 1 quilo não tem problema, né? Cada vez que eu tinha que pesar (quando treinava)... bom, de 54 para 53 é normal para quem tem uma vida corrida! Aí a psicanalista: “Não pode passar dos 50. Não pode abaixar dos 50”. Tá bom. Comecei a trabalhar, fui com 49 e meio, mais ou menos, trabalhar no SESC. Cheguei a 45 e meio. Então quanto mais você emagrece, mais você quer emagrecer. Então, toda vez que eu vou na nutrição que eu tenho que me pesar eu já falo: “me pesa no começo porque eu vou chorar logo no começo!” Entendeu? Muitas vezes eu tenho a sensação de que comi muito, de que engordei e quando chego lá emagreci 1 quilo e meio, sabe umas coisas assim?

MARISOL – Mas porque você choraria?

REGINA – Porque engordava né! Emagrecer é tudo que eu quero! Objetivamente falando eu sei que eu não posso, mas não significa que eu não quero! Então, objetivamente eu sei tudo, eu posso te dar uma aula, subjetivamente é que é complicado!

No primeiro contato por telefone que tive com Regina ela sugeriu me receber em sua casa para a entrevista. Depois de uma longa conversa por telefone, na qual ela já me adiantou não ter nenhum problema para falar sobre o assunto e que eu não deveria esperar sofrimento e choro por parte dela, marcamos a entrevista numa sexta-feira, no fim de tarde. Neste mesmo telefonema ela me perguntou se eu tinha problemas com cachorro, pois ela tinha um, além de perguntar se eu tinha

¹⁰⁵ Apropriei-me da expressão “vinheta clínica”, termo utilizado pelas psicanalistas para referirem-se à apresentação de casos de *pacientes* em seus textos e reflexões. Aqui não se trata de um caso clínico, mas sim utilizar fatos e partes de uma trajetória próxima a mim para ilustrar e contribuir com o entendimento de questões em torno da *anorexia*.

alguma restrição alimentar, pois iria preparar um café da tarde e não gostaria de me servir algo que eu não gostasse ou não pudesse comer. Eu disse que ela não precisaria se importar, mas ela insistiu dizendo que como seria o horário de sua refeição, que invariavelmente deveria ser realizada, aproveitaria para nos preparar um café da tarde. Regina me ofereceu uma série de alimentos, como pães, suco, bolo e bolachas. Fez para si apenas um sanduíche com um mini pão francês recheado com peito de peru e queijo, tomou uma lata de refrigerante e beliscou palitinhos com requeijão, o que talvez não fizesse se eu não estivesse lá, pois o pacote estava fechado e talvez nem tivesse sido comprado senão por razão da minha visita.

Assim que cheguei em sua casa, ela já começou a falar sobre seu “problema” e perguntar qual era o meu interesse, o que eu gostaria de saber. Antes mesmo que perguntasse qualquer coisa e depois de dizer que gostaria de saber um pouco sobre sua história ela começou a falar sem cerimônias. Tive que interrompê-la para pedir autorização para gravar a conversa, justificando que assim não precisaria ficar anotando. Eu expliquei que tinha um roteiro de entrevista, mas que gostaria de ouvi-la falar sobre sua vida, sua trajetória de maneira geral e que eu conduziria o andamento da “entrevista” de acordo com meu interesse.

Regina iniciou sua narrativa falando que era de uma família predominantemente de mulheres. Sua avó teve uma filha (sua mãe), que teve duas filhas (ela e a irmã), que tiveram uma filha cada. Seu avô morreu jovem e seu pai abandonou sua mãe, sem nunca ter contribuído ou participado da criação dela e da irmã. Antes mesmo de falar sobre seu casamento, Regina contou que quando se separou do marido, como não estava bem de saúde por causa do *transtorno alimentar* e lesões renais, foi morar com a mãe, que morava com a avó, pois “já estava velha e não tinha condições de morar sozinha”. Moraram 11 anos juntas, reunindo quatro gerações de mulheres na mesma casa.

Segundo ela, a avó e a mãe eram pessoas muito detalhistas e perfeccionistas, pessoas muito “estéticas, que se ligam muito naquilo que é bonito, que combina”. Ela disse também que a família do pai biológico é formada por pessoas obesas e hipertensas, que tem uma “genética complicada”. Ela disse que sua irmã, que é mais velha, herdou as características genéticas dessa parte da família, pois está hipertensa e obesa. Então, ela relacionou o perfeccionismo da mãe e da avó à “genética complicada” da família do pai para justificar porque a mãe e avó as levaram ao endocrinologista aos dez, doze anos aproximadamente, por acharem que as duas estavam ficando gordas e não estavam crescendo adequadamente. Ela conta que até os dezessete anos era “um pouco gordinha”. Por isso, o médico prescreveu um remédio de fórmula “super forte”, para que elas perdessem apetite e emagrecessem.

Regina manifestou incompreensão e indignação diante da atitude da mãe e da avó, pois em sua opinião ela e a irmã eram muito jovens para tomarem esse tipo de “medicamento forte”, sendo

que, afinal, “nem eram tão gordas assim”. Perguntei se a mãe e avó costumavam fazer dietas e restrições alimentares e ela disse que não, que “só faziam nas filhas”, pois achavam que elas eram gordas.

No entanto, ela considerava que sua “complicação alimentar” era antiga e surgiu quando ainda era bem pequena, pois ela “não comia nada” na infância. Ela diz que, do alto dos seus 44 anos, consegue imaginar que era “uma manipulação desde a infância” e sua avó e sua mãe achavam que ela já era “transtornada” desde então. Porém, ela achava que ambas ajudaram muito em seu *transtorno*, talvez por conta do perfeccionismo ou por levá-las ao médico tão cedo, tanto que considerava que a irmã também sofria de algum “*transtorno alimentar*”, inverso ao seu:

REGINA – Nós somos frutos de um mesmo problema. Minha irmã tem exatamente o contrário do que eu, ela não consegue manter peso, de jeito nenhum... a minha irmã come de ansiedade! O que eu tenho de comer pouco, a minha irmã e a minha sobrinha têm de comer muito! (...) Minha irmã não admite que tem transtorno alimentar, mas eu tenho certeza que ela tem...

MARISOL – Você acha que ela tem o que?

REGINA – Não sei, mas alguma coisa ela tem!

Ela aproveitou esse comentário sobre o “*transtorno da irmã*” para me dizer que achava que existe uma pré-disposição para o *transtorno alimentar*, assim como existe uma questão genética, uma questão ambiental (o entorno), uma questão familiar e uma questão da mídia. Seu esclarecimento é tentador e me faz pensar até que ponto ela não está reproduzindo/ressignificando as explicações biomédicas veiculadas tanto nos centros especializados em *transtornos alimentares*, em artigos de divulgação científica, quanto na mídia, em geral.¹⁰⁶ Ela então associa o fator genético e familiar aos hábitos alimentares da família, dizendo que nunca tiveram costume de comer fritura, gordura, não comiam muita carne, e, segundo ela, a avó odiava feijão, por isso não foi acostumada a comer grãos. Sobre a “questão social” ela diz que os padrões de beleza mudaram radicalmente, pois antes o padrão era ser uma “baleia”, que era sinal de prosperidade no início do século 20, e que, depois dos anos 60, as mulheres afinaram. Para ela, entretanto, o papel da mídia seria reforçar esses padrões. Ela usa como exemplo programas de televisão que falam sobre alimentos e sua relação com a saúde (alimentos para evitar câncer, alimentos bons para quem tem hipertensão, etc.), que atualmente são assuntos de “domínio público”. É notável a junção feita por ela entre os padrões de beleza e orientações sobre saúde e doença, ambos temas recorrentes na mídia, cujo papel em sua opinião é reforçar algo que existe na sociedade. Ao analisar revistas

¹⁰⁶ Uma rápida busca pela internet nas páginas das instituições especializadas em *transtornos alimentares* permite encontrar inúmeros artigos e matérias de jornal que explicam cientificamente ou não o que é *transtorno alimentar*, quais são as causas, sintomas, etc. Entre as explicações está o “modelo multifatorial”, composto pelos fatores genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares. Essa interpretação é válida, especialmente nos tempos do “Dr. Google” em que vivemos, no qual as pessoas que são acometidas por qualquer patologia ou distúrbio podem pesquisar informações sobre seus problemas e encontrar inúmeras explicações, links, artigos e matérias no site de busca do Google.

voltadas ao público feminino pude notar uma intersecção entre as categorias de saúde e beleza, que muitas vezes se confundem e se aproximam, sendo usadas até como sinônimos. Além disso, Regina aponta para uma incompatibilidade no conteúdo encontrado na mídia: “A mídia mostra uma atriz assim (mostrando o dedo mínimo como indicador de magreza) comendo um Big Mac”. Para exemplificar essa “incompatibilidade” da mídia ela dá o exemplo da sua sobrinha que estuda nos Estados Unidos, que foi criada como americana e que adora comer. Ela conta que a sobrinha “come, engorda e fica mal assistindo aos desfiles da *Victoria’s Secret* ¹⁰⁷ que é um super show, uma super produção”. Então, se por um lado é uma sociedade que incentiva e disponibiliza quase ilimitadamente alimentos calóricos, por outro é uma sociedade que valoriza a magreza como padrão de beleza hegemônico. Segundo ela, comer *Big Mac* ¹⁰⁸ e batata frita é incompatível com o perfil que se quer vender. Por isso, ela considera que o papel da mídia é “bombardear duas coisas altamente incompatíveis”.

Essa “incoerência” da mídia e seu papel de “bombardear” imagens de beleza e valorização da magreza, por um lado, e a intensa propaganda e incentivo ao consumo de produtos industrializados, por outro, já havia sido apontada pelos profissionais de saúde, especialmente as nutricionistas e psicanalistas, por exemplo, no que diz respeito às imagens sedutoras dos produtos infantis, como os biscoitos.

Quando eu lhe perguntei como esse papel da mídia de reforçar perfis e comportamentos e bombardear imagens altamente antagônicas afetaram sua vida, Regina primeiro disse não saber se a mídia a afetou, até porque esse não é um processo “consciente”. Além disso, ela considerava que tem *transtorno alimentar* há tanto tempo, “uma vida inteira”, pois manifestou desde cedo, mais ou menos a partir dos 17 anos, que não sabia nem dizer se a mídia a afetou e como. Considerava que poderia até tê-la afetado aos 17 anos, mas que não afetava mais, pois o *transtorno* estava “muito arraigado”. Então, “não faz mais diferença se a revista é assim ou não, apesar de achar lindo e admirar mulheres magras”. O que ela parece querer dizer, portanto, é que os padrões de beleza e ideal de magreza podem até tê-la afetado quando era adolescente, mas que agora pouco afetam, pois o *transtorno* está plenamente desenvolvido e incorporado em sua subjetividade de tal modo que mesmo que ocorresse uma “revolução instantânea” dos ideais de beleza, ela ainda assim estaria “aprisionada” à *anorexia*, à busca de um corpo magro, a valorização da magreza e ao prazer em perder peso, bem como aos hábitos alimentares que, em seu caso, precisam sempre ser controlados.

Quando perguntei se ela costumava comprar e ler revistas voltadas para o público feminino ela disse que não, que não gastava dinheiro com “isso”, bem como não assistia programas na TV

¹⁰⁷ *Victoria’s Secret* é uma marca americana de lingerie, cosméticos e produtos de beleza conhecida por realizar o *The Victoria’s Secret Fashion Show*, que é um evento de moda, um desfile que conta sempre com a participação de modelos famosas, algumas inclusive são mais bem pagas do mundo, como, por exemplo, a brasileira Gisele Bündchen. Essas modelos são chamadas de “Angels”, e são vistas como sensuais, ainda que magras.

¹⁰⁸ Nome dado a um dos lanches da famosa rede de *fast food* Mc Donald’s.

sobre “esses assuntos”. Nem na adolescência esses programas e revistas a interessavam, pois sempre gostou de ler livros. Ela contou que estudou em um colégio “extremamente alternativo, e é filha de professora universitária”. Com isso ela procurava dizer que considerava essas revistas e programas fúteis e que cresceu em um ambiente cultural no qual foi estimulada a assistir bons filmes e ler livros. Ela contou que gostava muito de história e até iniciou uma faculdade nessa área, antes de engravidar, mas não conseguiu completar. Ela é formada em Educação Física e trabalha na área, embora esteja de licença do trabalho desde agosto de 2008 por causa de um cálculo renal, talvez decorrente da *anorexia*.¹⁰⁹

Questionei-lhe a respeito das razões que a levaram a procurar tratamento e ela falou que sua irmã era psicóloga e que sua família sempre foi aberta à terapia, por isso ela fez terapia individual por muito tempo, mesmo antes do *transtorno*. Porém, quando ela teve uma perda de peso acentuada sua irmã fez contato com uma psicóloga que indicou o tratamento no Ambulatório 1. Essa psicóloga foi quem colocou o nome da Regina na fila de espera. Em seguida ela foi chamada para fazer parte de um grupo de estudo, cuja exigência era não fazer nenhum tipo de tratamento e ter disponibilidade de participar das “atividades do grupo de estudo”. O grupo do qual fez parte era composto por 13 mulheres, todas maiores de 18 anos.¹¹⁰ Todas passavam por terapia em grupo, nutrição em grupo, psiquiatra e “ganhavam remédio” (aquelas que tomavam algum medicamento, como antidepressivo, por exemplo). Vale ressaltar que referir aos medicamentos como algo que “ganhavam” parece apontar para o lugar do medicamento nesse tratamento, visto como uma recompensa a quem cumpria todas as atividades e participava de todos os grupos, como o de nutrição e a terapia em grupo. “Ganhar remédio” parece ser desejado, mas para tanto é necessário cumprir uma série de tarefas. Ela permaneceu nesse ambulatório cerca de um ano e depois saiu porque o grupo do qual participava acabou, pois a maior parte dos membros já tinha desistido e ela era praticamente a única que continuava. Então lhe foi recomendado que procurasse terapia individual na clínica psicanalítica, que estava surgindo naquele momento, para dar continuidade ao tratamento. Depois de sair do Ambulatório 1, ela ia esporadicamente para buscar remédio, até o psiquiatra diminuir a dose e suspender o uso em 2001. Naquele período ela tomava fluoxetina.¹¹¹ No momento da entrevista disse que estava tomando cloridrato de desvenlafaxina.¹¹²

¹⁰⁹ Os médicos lhe disseram que não é possível afirmar se foi causado ou apenas agravado pelo abuso de diurético, uma das práticas purgativas comumente associada aos *transtornos alimentares*.

¹¹⁰ Vale lembrar que o Ambulatório 1 foi criado na década de 90 e naquele período ainda devia estar se consolidando. Possivelmente não havia ainda atendimento especializado para menores de 18 anos. Ambulatório 1

¹¹¹ Uma pesquisa desenvolvida em um Centro de Atenção Básica à saúde, em Florianópolis, em 2007, mostrou que a Fluoxetina, um composto encontrado em alguns antidepressivos, entre eles o Prozac, era a mais prescrita pelos médicos, em comparação a outras duas substâncias. De acordo com as pesquisadoras a distribuição média mensal de Fluoxetina era de 21.870 unidades, enquanto que a de Amitriptilina era de 12.220 unidades e a de Imipramina de 5.903 unidades (Diehl, Eliana; Manzini, Fernanda; Becker, Marina, 2010). Além disso, as autoras recuperam o argumento de Azize, para quem o Prozac faz seu marketing a partir da naturalização da depressão considerando-a uma doença comum, da qual qualquer pessoa pode ser acometida, procurando afastar qualquer estigma. A estratégia do laboratório responsável

As piores fases da doença, segundo ela, foram na época do seu casamento e no período posterior, no qual além de uma alimentação muito restritiva, ela ainda se purgava e provocava vômitos. Quando disse isso ela se esforçou para lembrar o termo purgação para explicar que sua *anorexia* é de tipo *purgativo*, que é aquela na qual além de restringir a alimentação, a pessoa se purga provocando vômitos, tomando laxantes e diuréticos e/ou praticando exercício físico em excesso. Utilizar as categorias biomédicas parece ser um esforço para me explicar “corretamente”, nos termos oficiais, sua patologia. Com isso destaco que a utilização de um termo biomédico, utilizado amplamente pelas equipes, pode indicar um reflexo dessas categorias e seus significados no modo como ela apreende sua experiência. Não é possível afirmar que seu acesso a essas categorias tenha se dado através da equipe do Ambulatório 1 ou por meio da psicanalista da clínica, até porque esses termos são facilmente encontrados em textos de divulgação científica, mas essa “reprodução” aponta para a amplitude dessas categorias e do seu impacto na constituição de sua experiência, pelo menos na maneira de narrá-la. Além disso, Regina se refere na maior parte do tempo à sua “condição” como um *transtorno*, em alusão ao *transtorno alimentar*, que também é uma categoria biomédica.

Entre os anos de 1989 a 2000 ela considerava ter enfrentado o pior período do seu *transtorno*, em meio ao qual se deu o nascimento de sua filha. Sobre a gravidez, ela disse que: “foi um terror, pois era uma barriga que crescia aleatória à minha vontade, o peito inchou, tinha até dor nas costas e parecia uma vaca leiteira”. Durante a gravidez ela engordou em média 9Kg, mas conseguiu perder rapidamente o peso adquirido nesse processo.

Ela nunca foi internada e diz que nunca “foi de se cortar”, que, segundo ela, é uma patologia (ela não se lembrava o nome) que pode vir associada ao *transtorno alimentar*.¹¹³ Também não perdeu os dentes, que é comum entre pessoas que provocam vômito após episódios de compulsão, por conta da acidez. Diz que a decorrência mais grave do seu *transtorno* são os problemas nos rins. Além disso, diz que quando fazia judô parecia um dálmata, por causa dos hematomas, pois não tinha carne, só pele e osso, o que facilitava o aparecimento de manchas na pele.

Regina fez tratamento no Ambulatório 1 em 1999, período em que ganhou “bastante peso”. Quando entrou pesava 49Kg e depois passou a pesar entre 54 e 55 Kg. No momento da entrevista

foi apresentar nomes de alguns personagens conhecidos que sofrem ou teriam sofrido de depressão, cujo subtexto parecia ser “se expoentes da cultura mundial podem desenvolver depressão, por que não eu ou você?”, o que deve ter contribuído para sua popularidade.

¹¹² Ela diz que tentou tomar outros medicamentos, mas teve muitos efeitos colaterais. Segundo ela: “um parecia que era água e não fazia nada e o outro a fez engordar muito”. Após uma rápida busca pela internet percebi que não havia nenhum medicamento com esse nome, mas sim succinato de desvenlafaxina, este sim utilizado no tratamento de “depressão maior”, relacionada à potencialização dos neurotransmissores da serotonina e da norepinefrina no sistema nervoso central. Há outro princípio ativo também indicado no tratamento de depressão denominado cloridrato de venlafaxina. Deve ter ocorrido uma confusão entre os nomes.

¹¹³ Cortar-se é uma prática comum entre os indivíduos com *transtornos alimentares*, ainda que não sejam os únicos a realizarem essa prática. Voltarei a essa questão no final do capítulo.

ela pesa 47Kg¹¹⁴ e seu menor peso fora 45,5Kg. A forma de falar sobre seu peso, referindo-se ao maior e menor peso, sem que tivesse lhe perguntado, me remeteu aos questionários utilizados pelas equipes médicas, nos quais as psicanalistas da clínica inspiraram-se para fazer seu questionário. É de praxe perguntar o peso atual, o maior peso e menor peso. Sua resposta automática me faz pensar o quanto essas *pacientes* se tornam bastante “experientes” em preencher e responder às questões dos médicos.

Passemos agora à Mônica.

(...) na psicologia eu nunca tive contato com nada em relação a *transtorno alimentar*... alguns professores citavam *transtorno alimentar* em uma aula ou outra e eu sempre fiquei quieta, sabe. Eu sempre fico revoltada com o que eles falam... na verdade, no geral, eu fico revoltada com qualquer pessoa que fale de transtorno que nunca teve um transtorno... eu penso, assim, que a pessoa nunca vai entender o jeito que eu penso, o jeito que eu pensava... vou dar um exemplo, fazer uma analogia muito ruim: eu nunca vou entender como que um homem pode me achar bonita e gostosa, porque eu não sou um homem... então eu acho que as pessoas não conseguem entender o jeito que eu enxergo as coisas porque não enxergam do jeito que eu enxergo, nunca vão enxergar uma mulher do jeito que um homem... **uma pessoa saudável nunca vai enxergar o transtorno do jeito que a gente enxerga...**

Meu encontro com Mônica ocorreu num café¹¹⁵, próximo ao consultório da sua psicanalista, para onde ela iria após a “entrevista”. O local e horário foram sugeridos por ela. Enquanto eu tomava um enorme cappuccino de mais de 500 ml, Mônica tomou apenas café expresso com adoçante, pois afinal era segunda-feira. Certo momento Mônica me disse: “segunda-feira é segunda-feira... é o dia mais saudável da semana, porque você acabou de vir do final de semana... e poxa vida, eu bebi no sábado! Mesmo que ontem foi um domingo super saudável... eu não sei, é muito difícil... eu não sei por que eu tenho isso com a segunda-feira, mas eu não como doce na segunda-feira, segunda-feira NÃO! Se hoje fosse quinta, e segunda, terça e quarta eu tivesse sido saudável, eu até poderia tomar, sei lá, meio Milk-shake, ou não... tomar uma casquinha... tem essa coisa da semana e do final de semana...”. Assim como o *janeiro gordo* da pessoa citada no início do capítulo que, em pleno verão, período no qual considerava que deveria estar malhando e controlando rigidamente a alimentação, segunda-feira é um dia de “ser saudável”, equilibrar os costumes “excessos” dos finais de semana, não só para a Mônica, mas para as pessoas no geral. Não por acaso as dietas são iniciadas normalmente às segundas-feiras, e nos finais de semana há

¹¹⁴ Ela me diz que seu combinado com a psicanalista (o contrato de peso) é não ficar abaixo de 50Kg. No entanto, perdeu alguns quilos recentemente, o que provoca muita preocupação na psicoterapeuta.

¹¹⁵ Tratava-se de um espaço público com grande circulação de pessoas, por isso optamos pela parte externa do café, uma espécie de praça de alimentação, por ser mais espaçoso, arejado e haver um canto mais reservado, onde poderíamos conversar mais à vontade.

uma flexibilidade maior. Então, sua inquietação com a segunda-feira não a permitia fugir de sua “programação”, a não ser tomando um café com adoçante.¹¹⁶

Mônica começou sua narrativa dizendo que nasceu em São Paulo, tinha 23 anos naquele momento, dois irmãos mais novos e seus pais estavam completando 25 anos de casados. É descendente de armênios e árabes. Naquele momento era recém formada e, segundo ela, recém desempregada, pois acabava de se formar em psicologia e ainda estava aguardando seu diploma e abrindo consultório. Essas pareciam ser as informações que a definem ou pelo menos o que importa saber sobre sua vida, do seu ponto de vista, num breve contato, ou seja, falar sobre ela é falar sobre sua origem, sua família, sua idade, sua formação e ocupação.

Eu questionei se a decisão de estudar psicologia tinha alguma relação com o *transtorno* e ela disse que não, pois resolveu estudar psicologia na sétima série, quando fez um trabalho de ciências sobre orientação sexual. Naquela situação ela havia sido a única aluna da sala a tirar a nota máxima no trabalho e seu desempenho motivou-a a estudar psicologia. Ela contou que esse trabalho foi realizado na época em que a Marta Suplicy era prefeita e sexóloga, então a mídia falava muito sobre esse assunto.

Mônica considerava que “um pouco do transtorno verteu para a prática esportiva”, pois diz ser muito viciada em exercício físico, tanto que atrasou sua faculdade e acabou se formando em seis anos, pois não queria interromper suas atividades físicas, que ocupavam bastante tempo. Segundo ela, tem paixão por esporte desde criança. Não se importava de acordar cedo para praticar esporte e nem de dormir tarde para ficar assistindo esporte pela TV. Diz que se pudesse escolher o que ser da vida, qualquer coisa, escolheria ser atleta. Considerar-se viciada em exercício físico denota um exagero na prática em termos de quantidade, bem como sua dependência e sua excessiva relação com a prática de esportes.

Quando eu perguntei sobre como surgiram os primeiros *sintomas*, como foi esse processo e porque decidiu procurar ajuda, ela diz:

MÔNICA – Eu lembro quando eu comecei a fazer dieta. Mas ainda não tinha muito a ver... eu entrei na anorexia meio que sem querer... eu nem sei como foi! Eu tava no 1º colegial. E, eu não era gorda... hoje eu vejo fotos e vejo que eu não era gorda. Eu tenho um tio... às vezes eu acho que tenho um pouco de trauma dele... ele é personal trainer... eu tinha 14 anos e eu tinha tipo uma gordurinha na barriga, mas não era n-a-d-a... eu fico revoltada... e ele vinha, apertava minha barriga e falava: “Quando você vai perder essa gordurinha?” eu tinha a altura que tenho hoje, 1,69m e eu pesava 64kg. Eu não era gorda! Aí ele vinha: “quando você vai perder? Quando você vai perder?” Eu falei: “Meu, tá bom, eu vou perder essa gordurinha!”. Aí eu comecei a fazer dieta pra emagrecer 3, 4 quilos. Eu falei: “Ah,

¹¹⁶ Não por acaso, minha amiga citada acima certa vez falou sobre o uso do café como auxiliar no emagrecimento, pois além de pouco calórico (quase zero quando não adoçado ou com adoçante) pode estimular e acelerar o metabolismo. Não sei a veracidade e confirmação científica da informação, mas o assunto pode ser encontrado na internet em diversas matérias sobre emagrecimento.

quando eu emagrecer 2, 3Kg, quando eu tiver 58, 59kg eu paro com a dieta”. Aí eu comecei a fazer dieta, aí eu emagreci 3, 4Kg em 1 mês, 1 mês e pouco. Eu não tava fazendo dieta absurda... eu comprei uma [revista] Boa Forma e fiz a dieta que tinha na Boa Forma e deu certo.

Para explicar o processo que considerava ter desencadeado sua *anorexia* Mônica falou sobre ter “entrado na anorexia meio que sem querer”, depois de iniciar uma dieta, o que coincide com as teorias sobre o gatilho disparador de *transtornos alimentares*.¹¹⁷ Além disso, apontava para os comentários de um tio *personnal trainer*, que aparece como uma voz especializada, o que lhe gerou certo trauma, mesmo considerando revoltante, pois agora conseguia enxergar que não era gorda e que a implicância do tio com sua “gordurinha” era incabível. Segundo ela:

MÔNICA – Quem eu mais ligo por ter começado a doença é esse meu tio personal, que implicava com a minha gordurinha... porque, eu não consigo ver uma causa, sabe? Tipo, foi assim, foi por causa disso... Eu comecei fazer dieta, e mais um pouquinho, mais um pouquinho e quando eu vi eu já tava completamente fora do controle...

Ao decidir emagrecer depois de ouvir questionamentos do tio sobre perder a “gordurinha” ela, então, comprou uma revista Boa Forma e iniciou uma dieta, que não era, segundo ela, uma dieta absurda.¹¹⁸ É curioso que ao longo de nossa conversa eu lhe questionei sobre a influência da mídia nos *transtornos alimentares* e ela considerava não haver influência para desencadear, embora tenha “entrado na anorexia meio que sem querer” depois de fazer uma dieta da revista Boa Forma:

MÔNICA – Acho que não tem influência da mídia, não para desencadear... mas, se você desencadeia a mídia fornece muitos recursos...

MARISOL – Quais recursos?

MÔNICA – N dietas, técnicas para emagrecer, tomar chá verde todo dia... No metrô, tem aqueles acentos para obesos... outro dia eu sentei e fiquei pensando que na época da anorexia se alguém quisesse me tirar do acento eu realmente ia brigar com o obeso... achando que eu tenho todo o direito de estar lá... eu realmente ia achar aquilo!

MARISOL – Você ia dar uma de louca e exigir o seu lugar...

MÔNICA – Aos olhos dos outros sim... É isso que eu falo que uma pessoa de fora não entende... será que ela não vê? Não, ela não vê!

Apesar de insensível, meu comentário sobre “dar uma de louca” e exigir o direito de usar o acento destinado às pessoas obesas é revelador tanto das lógicas de quem nunca teve um *transtorno alimentar* quanto de quem já teve ou tem. Como disse Mônica, “aos olhos dos outros” seria

¹¹⁷ No caso de Regina, a dieta feita na infância, acompanhada de remédios para emagrecer e diminuir o apetite também aparece como um fator desencadeante.

¹¹⁸ Posteriormente lembra-se de antes ter sido levada ao pediatra, que lhe passara a *dieta dos pontos*, pois ela era “gordinha” e sempre precisou emagrecer três quilos quando criança. No entanto, naquele momento não fez a dieta recomendada, pois era criança ainda. A *dieta dos pontos* é bastante conhecida e divulgada em revistas e até nos blogs Pró-Anna e Mía, como veremos no capítulo a seguir.

incompreensível a pessoa não ser capaz de enxergar-se e perceber suas formas corporais. Utilizei essa expressão bastante insensível sem pensar no meu comentário, mas porque para mim seria impossível ela considerar-se obesa. Aos meus olhos, “os olhos dos outros”, mesmo hoje tendo já ganhado mais peso em relação ao período em que controlava muito a alimentação, Mônica teria que engordar muito para ser considerada obesa, ou mesmo gorda. No entanto, no período de maior restrição, em que chegou a pesar 47kg, Mônica poderia considerar-se não apenas gorda, mas obesa, e por isso exigiria seu direito de usar o acento destinado a obesos, o que seria incompreensível “aos olhos dos outros”. No que diz respeito à mídia como “fornecedora de recursos” para os *transtornos alimentares* depois de desencadeados, Mônica parece sugerir haver um fator particular, talvez interior, responsável por desencadear um *transtorno alimentar*, que pode até ser desenvolvido posteriormente através de técnicas que podem ser encontradas na mídia, como as dietas encontradas nas revistas Boa Forma. Desse modo, parece existir uma anterioridade de fatores que podem desencadear *transtornos alimentares*, para além da exposição às técnicas na mídia, que aparecem em seu discurso como recursos disponíveis a serem utilizados por quem tem um *transtorno*, o que pode ser uma fonte explicativa para o porquê de nem todas as pessoas expostas às revistas e dietas desenvolverem *anorexia*, por exemplo. Voltando à dieta realizada, Mônica diz:

MÔNICA – (...) nessa Boa Forma, eu lembro que tinha a Solange Frazão na capa, tinham 4 dietas, dietas de emergência... uma pra você murchar, fazia 2 dias, era tipo uma dieta de líquido, tinha outra que era para emagrecer 3Kg em 1 semana, a outra 4Kg em 15 dias e a outra 5Kg em 1 mês. Eu fiz essa de 5Kg em 1 mês... tava escrito lá para fazer a dieta no tempo estipulado, porque mais do que isso prejudica o seu organismo. Aí eu fiz essa dieta, aí eu emagreci, só que aí eu continuei querendo emagrecer... mas eu não tava ainda na neurose da doença... eu tava, não sei... eu lembro que tinha uma lanchonete na esquina da minha escola, e de vez em quando eu almoçava lá com a minha mãe... tinha sanduíche natural. Ai eu comia sanduíche natural, frango, salada... eu lembro que eles tinham um mousse, sei lá, de sonho de valsa, nem sei do que era... isso no 1º colegial... toda vez que eu ia eu olhava para esse mousse e falava: ‘Quando eu chegar nos 58Kg eu vou comer um desses’. Ai passou, eu cheguei aos 58Kg... falei: ‘não, eu não vou comer um desses! Quando eu chegar nos 56kg eu como!’ aí passou, eu cheguei nos 56kg... e assim foi indo, toda vez que eu olhava eu diminuía tipo uns 2Kg do que eu tava pra poder comer o mousse... acontece que eu nunca comi esse mousse. Eu cheguei aos 47kg e nunca comi. Eu lembro da cena, sabe quando você lembra da cena? eu lembro que eu fazia aquilo... e eu lembro que quando eu emagreci e cheguei nos 58kg eu tava super bem, tava saudável, não era magrela, era magra, uma magra normal... e, eu fui no cinema com a minha amiga e toda vez que a gente ia no cinema eu gostava de jantar uma salada que tinha lá no shopping, porque eu também sempre gostei de salada, não é uma coisa “vou comer salada pra emagrecer”... eu **realmente gosto**, desde pequena. E eu sempre comia essa salada. Daí eu tinha emagrecido e essa minha amiga... a gente foi no cinema, e eu tava maior feliz com 58Kg e fui comer a salada aí ela falou: ‘não, mas hoje você não vai comer essa salada’. Eu falei: ‘porque não?’. Ela falou: ‘porque você emagreceu, você pode comer outra coisa!’. Eu falei: ‘não, mas eu não quero, eu quero comer salada’. Ela: ‘não, hoje come outra coisa... se não você vai ficar aí’... ela mesma percebeu, antes do que eu... ela viu antes do que eu. ‘Se você continuar desse

jeito... você já está fazendo dieta, come salada todo dia, você tá no shopping, come outra coisa'. E no fim eu lembro que eu comi uma paella, sei lá o que eu comi, mas não comi a salada. E essa minha amiga ela sempre ficou... ela é minha amiga até hoje... ela sempre ficou muito em cima com esse negócio... 'Mônica, cuidado, não é assim, você tá exagerando'.

MARISOL – Mas você achava que estava exagerando, ou nem percebia?

MÔNICA – Não, nem percebia! Aí eu sei que depois que eu emagreci, eu parei de fazer essa dieta, aí eu achei a tabela de pontos que a pediatra tinha me dado quando eu era pequena. Eu falei: 'ótimo, vou continuar fazendo dieta'. Aí eu fiz os cálculos mais ou menos de quantas calorias tinham os pontos e comecei fazer... pensei: 'Ah, vou fazer uma dieta para manter (o peso), comer 1500, 1600 calorias por dia'. Na época eu fazia esporte, mas não fazia tanto... e como eu tava no colegial, e o meu colegial era muito puxado... eu fazia vôlei, natação e capoeira... eu fazia vôlei uma vez por semana, nadava uma vez por semana e fazia capoeira três vezes por semana. (...) Aí eu comecei fazer essa dieta para manter, só que aí eu comecei a diminuir os pontos que eu podia comer... no começo eu comia, sei lá, 400 pontos, que dá 1400 calorias por dia. Ai eu falei: 'Não, 400 é muito, vou fazer 350'. Aí eu fui diminuindo, diminuindo, diminuindo... eu lembro que no 2º colegial eu comia entre 800 e 900 calorias por dia e quarta-feira eu não comia nada.

MARISOL – Por quê?

MÔNICA – Não sei, quarta-feira era o dia de não comer. Toda quarta-feira eu passava sem comer para me purificar. Era o dia de purificar. Ai eu emagreci bastante... fui parar em 47 kg... eu fiquei um tempo bem magra... mas eu não tinha noção do que acontecia... eu não me achava magra. Eu fazia RPG com uma fisioterapeuta, que é mesma que eu faço hoje... às vezes a gente dá risada de como eu era, porque ela chegava na sala e eu tava só de sutiã na frente do espelho apertando minha barriga... que não tinha gordura nenhuma... achando que eu tava gorda... Ela falava que tinha vontade de me socar... 'Meu, gorda aonde?'... eu usava calça 36 e dava pra ver, pelos ossos, dava pra ver o buraco... a calça era larga... ficava com o osso saltado. E eu não me achava magra...

MARISOL – Você achava que estava gorda?

MÔNICA – Eu não me achava **gooorda**, eu me achava tipo **gorda**...(risos) achava que tinha que perder... mas assim, hoje, sei lá, a percepção que eu tinha do meu corpo era muito ruim... eu tenho uma percepção muito ruim do meu corpo até hoje... eu não sei direito... as vezes eu tô na rua com o meu irmão, com a minha mãe, eu vejo uma menina... normalmente eu aponto uma menina muito mais gorda do que eu e pergunto: 'Eu sou assim?' Aí minha mãe e meu irmão: 'Mônica, nada a ver'. 'Meu, eu me sinto assim!'. 'Não, você é muito mais magra'... eu tenho a percepção meio distorcida, só que eu não sou... eu quero emagrecer, mas eu não me acho gorda...

Ao longo da narrativa ela apontou para a perda do controle sob sua dieta e o desenvolvimento de certo prazer em emagrecer, o que a fazia reconsiderar e diminuir cada vez mais suas metas e peso considerado ideal e desejado. Embora tenha seguido a orientação da revista de fazer a dieta por um período estipulado, ao terminar aquela ela procurou outras maneiras de continuar emagrecendo, diminuindo cada vez mais a ingestão calórica. Além disso, conta de um período no qual jejuava às quartas-feiras, ou, nos termos dos blogs Pró-Anna e Mia, fazia um NF (*no food*). A quarta-feira era escolhida aleatoriamente como o dia de purificar-se, o que indica que a

comida, além de não ser necessária, como diz algumas autoras dos blogs pró-Anna e Mia,¹¹⁹ pode ser considerada algo que polui o organismo.

Apesar de dizer anteriormente que no período da *anorexia* poderia querer utilizar o assento reservado a obesos no metrô, agora ela disse que não se considerava “goooorda” quando pesava 47Kg, que foi seu peso mínimo, mas apenas “gorda”, que precisava perder mais peso. Além disso, declarou ter uma percepção ruim do seu corpo ainda hoje, o que a faz comparar-se a outras pessoas para descobrir o próprio tamanho e formas corporais, aproximando-se normalmente de pessoas mais gordas, o que indica sua “percepção distorcida”.

Além da amiga e da fisioterapeuta, citadas acima, ela conta que sua mãe também percebeu haver algo estranho, pois às vezes ela tinha surtos em casa e brigava porque o pai tinha comprado, por exemplo, pão doce: “porque você comprou isso? Eu sou uma gorda! Porque fica pondo essas coisas pra dentro de casa?...”. Além disso, Mônica controlava as compras da família inteira e acompanhava o pai nas idas ao supermercado para comprar sua salada, suas “coisas”, pois o pai nunca acertava o que ela queria. Segundo ela, seu pai comprava a barrinha de cereal errada, o iogurte errado, pois ela “pedia de maracujá e ele trazia de coco”. Vale ressaltar que, equivocar-se no sabor, nesse caso, pode não dizer respeito unicamente a uma questão de gosto ou preferência, mas também ter relação com as calorias de um mesmo produto de sabor diferente, como no caso do maracujá em relação ao coco, que é uma fruta gordurosa e também mais calórica, o que pode acrescentar calorias a um iogurte, por exemplo.¹²⁰ Então, percebendo essa “preocupação extrema” a mãe decidiu procurar a clínica psicanalítica, que conheceu através da psicóloga com quem fazia terapia, que era membro de lá e a orientou procurar ajuda, apesar de Mônica já ter recuperado o peso quando iniciou a terapia e já não estar mais tão magra. Então questionei se ela achava que naquele momento sofria de alguma patologia, alguma doença, e ela me disse:

MÔNICA – Não, eu não pensava em doença... eu sabia o que eu tinha, mas eu achava que, sei lá, era uma coisa que você faz... é que nem ser morena, ter olhos verdes e ter anorexia... faz parte de mim, assim... e mesmo os sintomas que sobram, eu não me vejo sem eles... eu acho que nunca vou deixar de ter, pensar na alimentação...

Mônica diz que nunca se considerou doente e entende sua *anorexia* como uma característica, “como ser morena, ter olhos verdes e ter anorexia”. É algo que a constitui e que ela nunca deixará de apresentar. No entanto, ao referir-se aos seus *sintomas* e comparar a visão de quem tem *anorexia* com a visão de quem não têm – considerada uma distinção radical, pois só quem tem pode entendê-la – Mônica diz que “uma pessoa saudável nunca vai enxergar o *transtorno* do jeito que **a gente**

¹¹⁹ Lembrete encontrado em diversos blogs Pró-Anna e Mia: “comer é um mero prazer, e não uma necessidade”.

¹²⁰ Desenvolverei essa questão das preferências e da constituição de um gosto a seguir.

enxerga”. Ou seja, na experiência de alteridade, diante de alguém que não tem *anorexia*, Mônica refere-se às pessoas saudáveis em oposição a quem tem *anorexia*, embora não a considere uma doença, ou não se considere doente por ter *anorexia*.

Certo momento da conversa Mônica disse que se irritava com os comentários das pessoas sobre a *anorexia* e disse que ninguém nunca ia entender o que “elas sentem” (agora se excluindo, talvez por não considerar-se mais “controlada pela *anorexia*”, ainda que mantenha alguns *sintomas* que se confundem com quem ela é e com sua personalidade). Então lhe perguntei:

MARISOL – Então eu não vou entender nunca? Meu esforço é em vão? (risos)

MÔNICA – Não sei se é em vão... talvez você chegue bem perto.

MARISOL – Mas eu nunca conseguirei ter essa “visão” interna, que você está falando?

MÔNICA – É então, exatamente! Você nunca vai ter uma visão de quem teve um transtorno alimentar... porque você, quando você vê uma menina com anorexia que tá num estágio super avançado, super magra, você tá vendo que ela é super magra e ela vai falar que está gorda... Mas como? Eu acho que não entra na cabeça, sabe? Mas eu acho que... eu não sei, porque eu não sei como é não ter o transtorno pra saber, mas quando eu ouço as pessoas falando... as pessoas até perdem um pouco a paciência com a anoréxica...

MARISOL – Você pode me dar um exemplo? O que você ouve falar que te irrita?

MÔNICA – Ah, tudo (risos). Às vezes falar da relação com a comida, sabe? Que vê a comida como um inimigo... não é que a gente vê como um inimigo, **vê como uma coisa que a gente não precisa, sabe?**... Ah, o negócio da imagem corporal, da distorção corporal... **nem eu sei como eu me enxergo, porque foge do meu controle, sabe?** E acho que o leigo, não leigo, uma pessoa de fora, acho que pra eles a gente vê que é magra, mas não assimila... só que não, a gente não vê que é magra, a gente não sabe o que a gente tá vendo... é super difícil...

Além de reforçar a ideia de que a comida não é necessária, como foi dito acima, Mônica disse que nem ela própria sabia como ela se enxergava, pois “foge do seu controle”, por isso é preciso comparar-se a outras pessoas para conseguir perceber seu corpo, seu tamanho e suas formas corporais. Apesar da relação de controle com a comida, ela confessou não ter controle sobre sua imagem.

Sua irritação diante de comentários alheios deve-se ao fato de considerar que ninguém, a não ser quem passa pela experiência, é capaz de compreender o que se dá nesse processo, e por isso, mesmo os profissionais e pesquisadores que buscam compreender a questão equivocam-se ao querer falar sobre o modo como as pessoas com *anorexia* se percebem e enxergam seus corpos, ou quando afirmam que a comida é considerada um inimigo para quem tem *anorexia*. Segundo ela, a comida não é vista como um inimigo, mas como algo desnecessário.

Apesar de demonstrar melhoras, Mônica disse que alguns *sintomas* ela ainda apresentava, como o controle da alimentação, por exemplo, ou certa *distorção da imagem* que tem de si própria.

Ela ainda se preocupava muito com o que comia, o que fica claro em sua fala e nos seus atos. Quando questionei se ela se considerava curada, ela disse:

MÔNICA – Eu acho que no possível do transtorno sim... eu acho que, dá pra ir mais do que eu tô? Dá! Mas já tô numa fase, dá pra ser assim pra sempre... às vezes eu tenho medo de que volte, sabe? Mas ao mesmo tempo eu tenho consciência, na minha cabeça, de que eu não vou deixar isso acontecer.

MARISOL – Mas você continua tendo uma vigilância então, agora para não voltar?

MÔNICA – Tem, sempre... e quando eu me sinto culpada com alguma coisa eu penso que isso foi bom, pra quebrar... (...) O que eu acho que o transtorno mudou na direção da minha vida foi eu ter criado essa necessidade da atividade física... acho que se eu não me achasse gorda eu não ia precisar malhar tanto... aí eu acho que me formaria em 5 anos e não em 6... acho que eu não seria tão dependente do esporte, acho que eu seria uma pessoa que faz ginástica normal, que vai na academia 3 vezes por semana, por uma hora e pronto, tá bom! E não 3 horas por dia 3 vezes por semana... eu acho!... eu acho que eu entrei nisso por causa do transtorno, foi o que eu falei, eu não acho que eu me mantenho, mas eu entrei nisso por causa do transtorno... Tem muita coisa que eu deixei de fazer para não perder os exercícios.

Um dos grandes “prejuízos” em relação à *anorexia*, para Mônica, ou o que ela considera que “o transtorno mudou na direção da sua vida” é ser “tão dependente do esporte”, considerando-se viciada, pois é algo que lhe ocupa bastante tempo e energia. No entanto, este não é o principal evento associado ao desenvolvimento da *anorexia*, mas sim a “herança” deixada por ela. Os episódios narrados como desencadeadores das dietas e, portanto, da *anorexia*, foram os comentários do tio a respeito de suas “gordurinhas”. Esse é um aspecto significativo que nos permite aproximar essas narrativas e que deve ser destacado, pois tanto Mônica quanto Regina narram terem sido “gordinhas” na infância, ou serem consideradas “gordinhas” por outras pessoas, especialmente parentes, o que interferiu na percepção que tinham de si próprias, no desejo de emagrecer, no descontentamento com o próprio corpo, na busca “obsessiva” por um corpo perfeito. Regina registrou seu incomodo em relação à mãe e a avó que a levaram a um endocrinologista para emagrecer, embora fosse muito jovem e não fosse “tão gorda assim”. Mônica relatou os comentários de um tio sobre suas “gordurinhas” o que a motivou fazer dieta, ainda que não fosse gorda, como percebeu depois, o que lhe causa indignação.

Desse modo, comentários sobre as formas corporais e o peso que geram insatisfação e provocam controle alimentar e preocupação com o corpo parecem ser comuns nessas trajetórias, ainda que possam não estar presentes em todas elas. Muitas trajetórias narradas nos blogs Pró-Anna e Mia falam sobre essa questão, como relata Bella, do blog “#Bella #Mia – quem disse que era fácil se uma princesa?” ao responder um questionário¹²¹:

O que te levou a fazer dietas restritivas? Cansada de ouvir todos dizem que estava gorda. De ir a praia e ver minhas amigas exibirem sua falta de barriga e eu ter que tentar esconder a minha.

A blogueira Bella fala sobre o que a motivou fazer dietas restritivas e um desses fatores eram os comentários que a incomodavam. Em outro momento ela diz:

Bom a minha dieta tá uma merda, não emagrecia nada na semana passada e esse semana não tô com coragem de me pesar!!! Sabe às vezes tenho vontade de desistir. Mas quando ouço meu noivo ou minha mãe me perguntando se vou realmente comer isso ou aquilo, me renovo, sei que muitas meninas tem que fazer dieta escondido e tal mas eu não preciso, eles quase brigam comigo quando vou comer.... tb eu estou uma baleia... Dia desse estava de jejum até o meio dia e aí disse pro meu noivo (que trabalha comigo): "- Acho que vou comer metade desse pão francês que vc trouxe." E ele: "- Será eu tem mesmo necessidade disso? A gente almoça daqui a pouco!" *OBS.: A gente sai do serviço 13:30 pra almoçar e demorar uns 20 minutos se o transito tiver bom...*

Nossaaaaaaaaaaaaaaaaa!!! Minha kra foi no chão...

Depois disso tomei tres copos de chá, cheguei em ksa comi no prato de sobremesa e miei tudo 5 minutos depois...

Não sei o que é pior, se é alguém dizendo que vc tem que comer ou alguém te lembrando, a cada olhar que vc esta **ENORME!!!**

Aqui os comentários aparecem não só como uma motivação para iniciar a dieta como para “fortalecer” nos momentos de fraqueza, quando pensa em desistir, pois os comentários lembram-na de que ela está gorda e precisa emagrecer. Diferentemente de outras blogueiras que são obrigadas a “disfarçar” a dieta para que a família não as force a comer, ela é “incentivada” pela mãe e pelo noivo que a lembram a cada olhar que ela está “enorme”.

O assunto surge novamente num *post* intitulado “como tudo começou e voltou”:

Como tudo começou e voltou...

Olá menina...

Sabe não aguento mais essa vida de gorda! De ouvir minha mãe me dizendo que tenho que emagrecer, mas nunca me ajudando; cansada de nas reuniões de família ouvir aquele primo engraçadinho me dizendo que to "gordinha"... Ahhhhhh!!! O pior é que eu não era assim... Aos 11 anos tinha bulimia, na época não tinha muito acesso a informação, então não sabia o que era aquela vontade louca de por tudo pra fora quando acabava de comer, pesa lindos 35kg os anos foram passando e com 15

¹²¹ A autora diz ser do Rio de Janeiro, chamar-se Isabella (Bella) ter 24 anos, 1,60m, peso inicial de 78Kg e sua meta é de 50Kg. Define-se como uma garota em busca de um corpo perfeito. Não é possível afirmar a veracidade das informações encontradas nos blogs Pró-Anna e Mia, e normalmente trata-se de perfis falsos para não serem reconhecidos ou descobertos pelos familiares e amigos. Fonte: <http://lostcrazymia.blogspot.com.br/> Sobre os questionários, estes são compartilhados pelas blogueiras, que formam uma espécie de rede de contatos, são comuns e parecem substituir uma antiga prática juvenil de desenvolver questionário em cadernos que passavam por um grupo de amigos para conhecerem-se melhor. As questões giravam em torno da vida pessoal, preferências e gostos, e etc. Entre esses blogs, além de questões a respeito da vida particular, há aquelas referentes à Anna e Mia. Apresento em anexo 3 questionários desse blog, que depois de serem respondidos são indicados à outras blogueiras, também com intuito de se conhecerem. As respostas apontam para outros dados interessantes, como possuir uma balança embaixo da cama, dormir para amenizar a fome e considerar que o dia mais feliz da vida era aquele em que descobriu que a “Mia havia voltado e que se fosse ‘uma boa menina’ poderia chegar a Anna”. (Anexo – questionário do blog)

anos e meus amados 40kg minha mãe começou a me endagar dos barulhos vindos do banheiro, mas a preocupação dela não era com um distúrbio alimentar, mas como eu já namorava, sua preocupação era de que eu estivesse grávida. Então com medo de que ela me fizesse ir a médicos e coisa e tal, parei de miar, e como na concepção deles eu estava muito magrinha, começara a me entupir de bionônico e outros estimulantes de apetite. Hj, desesperada e perdida não consigo mais miar com tanta frequência, tenho compulsões cada vez mais e mais e não consigo emagrecer do modo convencional... Faço NF às vezes e consigo perder peso mas as compulsões não me abandonam!
SINTOME PERDIDA!!!!¹²²

Além da própria mãe e o noivo surge um primo “engraçadinho” que também a incomodava com seus comentários a respeito do seu peso. Além disso, ela aponta para a ausência de preocupação na mãe em relação à possível existência de um “distúrbio alimentar”, que se preocupava apenas com a possibilidade de uma gravidez.

Sua narrativa parece aproximar-se da trajetória de Viviane, apresentada pela pesquisadora e antropóloga Daniela Ferreira Araújo Silva em sua tese de doutorado (2011), que conta que aos doze anos pesava 82Kg, mas não se achava gorda, passando a incomodar-se mais tarde com as “brincadeiras cruéis” dos colegas de escola a respeito do seu peso. Decidiu emagrecer quando tinha 14 anos e realizaria a viagem de formatura do primeiro grau, que seria em Porto Seguro. Sua estratégia foi parar de comer e em um mês conseguiu perder 20Kg. Depois continuou emagrecendo por conta de sua rígida disciplina, que era elogiada pelos familiares e até por médicos.

É notável a importância de alguns eventos nessas trajetórias, além dos comentários de familiares e amigos que causam grande incômodo, como aquelas situações em que os jovens têm seus corpos expostos aos olhares dos colegas ou familiares, ou então quando iniciam uma vida sexual e “romântica”, o que lhes expõe ao julgo de olhares externos. Esses eventos aparecem fortemente nas trajetórias de Bel, Vivianne e Valentina, apresentadas na tese de Silva (2011), embora não apareça no discurso de Regina, talvez por conta do “estilo biomédico” de narrar seus conflitos, além da distância temporal maior, pois se trata de uma mulher mais velha. Regina pouco falou sobre sua vida e sua infância, a não ser pelos fatos que marcaram sua relação com a alimentação, como a dieta e os remédios receitados pelo médico no qual fora levada pela própria mãe e avó. O foco de sua narrativa está nas práticas e técnicas biomédicas, tanto que abre sua geladeira e sua dispensa, mostrando-me todos os alimentos, explicando o que come e o que não come, o que é dela, o que é da filha ou do namorado, como é seu diário alimentar, etc. Já Mônica aponta para os comentários especialmente do tio sobre seu peso que passaram a incomodá-la na adolescência, período em que o corpo fica em evidência, tanto que na infância não preocupou-se em emagrecer quando foi levada ao pediatra que lhe passou a dieta dos pontos.

¹²² Optei por manter os “erros” de digitação e ortográficos por considerar que podem se tratar de linguagens e comunicação próprias da internet.

Para Valentina, outra história de vida narrada por Silva (2011), um primeiro fator marcante relativo à sua relação com o corpo, deu-se quando aos seis anos perdeu a visão de um olho por conta de uma catapora, e em função disso precisou fazer tratamento com cortisona injetável por vários anos, o que a fez ganhar muito peso. Ela conta que antes do tratamento era “magrinha”, mas depois do término do tratamento não perdeu peso, o que atribui à rotina na casa da avó, onde morava¹²³. Além disso, sua avó é narrada como alguém que criticava “pessoas gordas” e exortava a filha e as netas a emagrecerem, considerando-as “jovens demais para estragarem seus corpos dessa forma”, ou seja, sendo gordas. Valentina não gostava de praticar esportes, passava muito tempo lendo e jogava xadrez na aula de Educação Física. Sua mãe insistia que fizesse alguma atividade física, pois era vista como “nervosa” e “briguenta”, o que era entendido por sua mãe como um reflexo de suas atividades mentais. Ela concordou em fazer natação, mesmo contra sua vontade, e lá ampliou seu círculo de amizades e também se apaixonou por um garoto, que zombava dela por causa do seu peso, apesar de serem amigos. A despeito da amizade e ligação que tinham entre si e de gostar de sua companhia, ele não queria namorá-la nem por brincadeira, o que a fez concluir que ele não queria por causa do seu peso. Então Valentina resolveu emagrecer por conta própria.¹²⁴ O período em que emagreceu coincidiu com sua maturação sexual, o que lhe proporcionou formas femininas. Antes de emagrecer via seu corpo apenas como um “corpo gordo” e só depois começou a perceber seus contornos femininos, os seios e os quadris. Além das formas femininas, ao emagrecer Valentina passou a ser vista pelos amigos, que “passaram a notar sua existência”. Além da restrição alimentar e das práticas purgativas ela realizava atividades físicas em excesso, o que a fez emagrecer muito, o que foi aprovado e admirado por todos, uma vez que perder peso é sempre visto como algo positivo.¹²⁵ Valentina narra um desconforto com o corpo surgido a partir de críticas externa e aponta a melhora de sua desenvoltura e relações sociais ao emagrecer como um “incentivo” ao *transtorno alimentar*.¹²⁶ Então, a naturalidade com que seu emagrecimento e dietas eram recebidos por seus conhecidos, assim como a admiração e incentivo às suas práticas e “determinação” podem ter contribuído com o silenciamento de suas questões alimentares, que não eram reconhecidas pela família, especialmente pela mãe, que considerava-a deprimida e com

¹²³ A casa é descrita como um lugar desorganizado, o que se reproduzia também nas refeições, pois a mesa não era arrumada nos momentos das refeições, a comida ficava na cozinha e cada um servia-se e ia comer no quarto.

¹²⁴ A dieta feita por ela baseava-se em não tomar café da manhã, que já era rotineiro devido à falta de organização de sua casa, parar de comer arroz e feijão e comer apenas carne e verduras no almoço. No jantar comia um macarrão instantâneo ou apenas uma fruta, quando a fome era menor.

¹²⁵ Mesmo seu professor de natação, alguém que poderia reconhecer práticas irregulares e inadequadas que podem promover perda repentina de peso, não estranhou seu emagrecimento e o “mal estar” sofrido em algumas aulas, admirando sua determinação e controle alimentar.

¹²⁶ Valentina considera que emagrecer lhe deu grande mobilidade, tanto no sentido físico, quanto em relação à sua desenvoltura no contato social, pois a apresentação corporal parecia ser central no estabelecimento de relações sociais naquele contexto e entre pessoas de sua faixa etária (quando adolescente).

“problemas de personalidade”, pois era vista como “agressiva”, “nervosa” e “problemática”, ignorando a existência de um *transtorno alimentar*.

Assim como nas outras trajetórias, além dos comentários de familiares e amigos, há eventos “traumáticos” que marcam essas experiências. Além disso, todas elas narram ter passado por esse processo de desenvolvimento de uma questão alimentar na adolescência, que é o período não só no qual se dá a maturação sexual, como também no qual as práticas e hábitos alimentares tornam-se mais independentes e ganham autonomia em relação às práticas familiares. É, portanto, um momento de maior liberdade de escolhas (em relação à infância), de diferenciar-se dos familiares, de estabelecer o próprio gosto, sem deixar de reproduzir, em algum nível, os hábitos apreendidos ao longo da infância.

Desse modo, os comentários externos, muitas vezes “maldosos” sobre o peso e formas corporais podem representar não apenas um “incentivo” ao desenvolvimento de práticas radicais e dietas restritivas, como também significar um silenciamento e aprovação dessas práticas. Não se trata, no entanto, de atribuir culpa à família, aos amigos, aos tios *personal trainers*, mas sim encontrar os fatores vistos pelos próprios sujeitos como “desencadeadores” de conflitos com o corpo, com a forma corporal e o peso. Do mesmo modo, não se trata de responsabilizar a mídia, as revistas e programas de TV por divulgar dietas e orientações nutricionais que são apropriadas como práticas radicais, mas sim refletir sobre a valorização da magreza e lipofobia contemporâneas. Pois, no limite, não é porque há dietas nas revistas que as garotas as compram e seguem suas orientações buscando parecer-se com as modelos das capas, mas sim porque há uma discriminação da gordura e uma associação entre magreza e felicidade disseminada pela sociedade, caracterizando um fenômeno maior, do qual a mídia é parte.

Cabe agora investigar os efeitos dos diagnósticos, teorias e concepções na constituição da subjetividade dos sujeitos, especialmente de Regina e Mônica, buscando compreender os efeitos da passagem pela clínica psicanalítica e outras instituições no modo como concebem suas vivências.

3.2. Efeitos do diagnóstico e a relação com as categorias e técnicas biomédicas e psicanalíticas

Desde Foucault e suas contribuições, que representam um marco instituído nos estudos sobre sexualidade e produção de sujeitos, a questão da objetivação dos indivíduos a partir de classificações determinadas por um parâmetro de normalidade e desvio da norma está posta. Para Foucault (2006), o que se dá na sociedade moderna não é apenas um processo de socialização, mas sim a produção de sujeitos no momento mesmo da classificação, o que possibilita pensar na produção de identidades sociais, colocados em sistemas mais gerais de classificação. O que

Foucault nos mostra, então, é que as formações discursivas são produtivas, ou seja, criam sujeitos e identidades. O que lhe escapa, no entanto, é pensar a agência dos indivíduos diante das interpelações, ou seja, levar em conta o modo como as identidades e interpelações são operadas pelos sujeitos.¹²⁷

Para Judith Butler (2003, 2007) não há posições estáveis tanto no que diz respeito ao gênero quanto a outras formas de classificação e de identidades, com isso a fronteira que define o que é normal e o que abjeto também é sempre móvel. Por isso é necessário a existência de aparelhos regulatórios, que tem o papel de produzir interpelações, ou seja, convocar indivíduos a assumirem determinadas identidades. A interpelação não pode ser pensada como uma força exterior a um indivíduo já constituído, mas sim uma força que no momento da interpelação produz o sujeito, reiterando o ideal regulatório. Sobre a questão da interpelação, no que diz respeito aos direitos sexuais, especialmente os direitos de pessoas intersex e trans, Judith Butler (2009), reflete sobre o estatuto do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero orientado por um manual psiquiátrico (DSM-IV)¹²⁸. A autora defende que o diagnóstico pode ter efeitos diversos, servindo tanto como um instrumento de patologização, como um campo de possibilidade para o acesso a uma variedade de recursos médicos e tecnológicos, especialmente para aqueles que dependem da aprovação das companhias de seguros, dado que estas só aceitam arcar com alguns dos altíssimos custos da mudança de sexo e outras técnicas hormonais se considerarem que a mudança é medicamente necessária (e para isso é importante que a cirurgia não seja entendida como “eletiva”). O argumento daqueles que são contrários ao diagnóstico do transtorno de identidade de gênero é que este patologiza como doença mental o que deveria ser entendido como uma possibilidade de determinar o próprio gênero – prática esta que deveria ser entendida como um exercício de autonomia. Diante de tal quadro, na visão de Butler, haveria duas abordagens diferentes do que seria autonomia e, para entender essa diferença de perspectiva é preciso se perguntar como o diagnóstico é vivenciado pelas diferentes pessoas.

Nesse sentido, procurarei explorar nos discursos de Regina e Mônica o modo como cada uma delas concebe o diagnóstico recebido e lida com as categorias e técnicas biomédicas e psicanalíticas, menos para responder se esses diagnósticos e práticas representavam interpelações e quais seriam seus efeitos, mas mais para apreender as possibilidades de elaboração em cada

¹²⁷ Embora Foucault esteja interessado em compreender o duplo processo de sujeição/ subjetivação – uma vez que as pessoas se subjetivam ao serem sujeitadas –, ele o faz apenas quando se volta para o passado do Ocidente. Então, Foucault não problematiza a agência das identidades e classificações por parte dos “indivíduos modernos”. Apenas no final da década de 1980 que autoras de diferentes tradições disciplinares publicaram textos críticos sobre gênero, problematizando a questão da agência e produzindo deslocamentos nos paradigmas disciplinares, tornando-se referências clássicas nas discussões contemporâneas.

¹²⁸ Essa reflexão da autora me interessa na medida em que no campo dos *transtornos alimentares* o mesmo manual de diagnóstico e estatístico de doenças mentais é utilizado, uma vez que tanto os *transtornos alimentares*, quanto o transtorno de identidade de gênero são considerados distúrbios psiquiátricos.

trajetória e a constituição da própria subjetividade, procurando investigar “o que fazem os sujeitos do que é feito deles” a partir de um diagnóstico de *transtorno alimentar*.

Quando perguntei à Regina a respeito do diagnóstico recebido e os sentimentos que este lhe despertava ela disse que apesar de ter sido diagnosticada no Ambulatório 1 como *bulímica*, todos os profissionais que a atenderam não aceitaram esse diagnóstico e a trataram como um caso de *anorexia purgativa*¹²⁹. Nesse momento ela me explicou que a *bulimia* é caracterizada pela ingestão de grandes quantidades de comida seguida por episódios de purgação via diurético, laxante ou vômito, em acordo com as explicações dadas pelos médicos, referindo-se aos critérios de diagnóstico. No entanto, ela colocou a questão: “E quando os sintomas começam a se misturar?”. Nesse sentido considerava que classificar é um problema, pois as patologias podem se “permear”. Ou, como disse a psiquiatra Vanessa Pinzon certa vez em uma entrevista¹³⁰: “As pessoas não lêem manuais para ficarem doentes”. Perguntei a ela o que pensava que tinha antes de passar pelo Ambulatório 1 e ela me disse que já considerava ter *anorexia*, pois sabia sobre o assunto por causa da irmã psicóloga:

REGINA – Eu acho que nunca tive dúvidas, sinceridade, acho que eu nunca tive dúvidas de que tinha isso!

MARISOL – Mas como você se sentiu quando foi diagnosticada?

REGINA – Como eu me senti? Estou doente, vou me tratar!

MARISOL – Mas de certa forma você acha que foi bom porque você encontrou um lugar para o que sentia, ou não?

REGINA – Foi né, porque eu me sentia muito mal, né. Mas não me sinto estigmatizada, não acho que carrego uma cruz. Eu tenho consciência que, assim como um alcoólatra, um dependente químico, é uma coisa que vou levar pelo resto da minha vida. (...) Eu nunca deixei de sair. Tinha colegas que não saíam de casa, tinha colegas que não iam para restaurante! Eu sempre fui! Podia não comer quase nada, mas eu ia! Eu não tinha problema de ver comida na mesa. Eu procuro tentar ser prática. É o que eu sinto agora! Eu não fico pensando que sou uma desgraçada na vida. Isso é se vitimizar. Esse negócio de ficar altamente assustado. Lógico, eu me preocupo. (pausa) Eu não tenho nada, só tenho esse problema no rim, fisicamente. Quer dizer, se eu não tivesse me maltratado tanto imagina como eu seria saudável? Eu não tive nem problema de dente! Imagina o quanto eu seria saudável? (pausa) Tive parto normal! Seria um touro de saudável, se eu não tivesse me estragado! Eu procuro ver a parte boa da coisa e daqui pra frente.

MARISOL – Mas te afeta de alguma maneira?

REGINA – Lógico que afeta! Eu fico pensando que, né, eu tenho muita distorção de imagem. (...) Então, assim, eu fico extremamente incomodada com a distorção de imagem. **Extremamente incomodada!** (...) Você olha de fora e não vai saber, mas quem me conhece sabe, porque muda tudo, muda a postura corporal, a irritação é um pouco maior, eu acabo ficando um pouco mais reclusa, quer dizer, eu saio para ir na terapia, saio para passear com o cachorro, começo a separar a roupa que me deixa mais assim, ou menos assim... eu acho que as meninas mais

¹²⁹ Ela disse que já não estava mais “rolando o barato” (referindo-se à purgação), mas que “já rolou muito”, o que justificaria ser tratada como um caso de *anorexia purgativa*. Porém, o diagnóstico de *bulímica* parece não fazer sentido a ela, bem como para as profissionais que a trataram ou ainda tratam.

¹³⁰ Entrevista concedida ao programa Bem a Vontade, citada no capítulo 1.

imaturas se trancam mesmo e ficam fazendo muito abdominal... eu imagino que isso aconteça mesmo... bastante até.

Regina apontava para uma “agressão” cometida contra si própria¹³¹, considerando que se maltratou muito, mas que mesmo assim tinha saúde. Ela parecia considerar-se uma pessoa de sorte por não ter tido problemas comuns à *anorexia* e decorrentes das práticas purgativas, como problemas nos dentes causados pelos vômitos, exceto por um inexplicável problema nos rins, que pode ou não ter sido decorrência da *anorexia*. Considerava, entretanto, que se não tivesse se “maltratado tanto”, seria um “touro de saudável”.

Abro aqui um parêntese para refletir sobre os usos e analogias com categorias animais, especialmente mamíferos, como o uso da expressão “touro de saudável”. Em outro momento, ao falar de sua gravidez ela apontou para o inchaço, o crescimento da barriga e dos peitos aleatório à sua vontade, comparando-se a uma “vaca leiteira”.¹³² Assim, se por um lado, para falar sobre sua saúde referia-se a um touro, que é associado à força, rigidez, mas não à gordura, embora não se trate de um animal magro, refere-se à vaca leiteira como sinônimo de gordura indesejável. O curioso é que a vaca é “negativizada” por sua gordura e excessos e trata-se de uma fêmea, enquanto a escolha para falar de força vista como um fator positivo é de um animal macho, o que indica uma distinção de gênero em relação às representações dos animais que ressoa na distinção das representações de corpos de homens e mulheres. Será que a vaca é gorda e inchada porque é fêmea, e o touro é forte porque é macho? Ou será que por ser fêmea a vaca é associada à gordura e por ser macho o touro é associado à força?

Essas analogias são muito comuns também nos blogs Pró-Anna e Mia, onde alguns desses termos aparecem frequentemente. Para ilustrar, a autora de um blog, ao falar sobre um desentendimento com seu namorado, que saiu sem a convidar, diz que “é terrível perceber que metade dos [seus] problemas tem relação ao fato de ser uma **vaca gorda**.” O tom depreciativo do comentário e ofensa a si própria era devido à reação que tivera, pois diante do conflito com o namorado ela resolveu convidar uma amiga para sair e provocar ciúme, assim como estava sentindo por ele. A reação de indiferença do namorado a fez pensar, ouvindo um “anjinho em seu ombro”, que ele confiava nela e por isso não se importou. Mas a *Anna* surgiu para lhe mostrar a realidade: “Ter ciúme de que? Só ele mesmo para ficar ao lado de uma garota tão feia e gorda”. A *Anna* então surge para lembrá-la de seu peso, de sua gordura, o que sugere que basicamente seus problemas, inclusive de relacionamento com o namorado, justificam-se por seu uma “vaca gorda”. A questão aqui extrapola a classificação e aproximação com animais, mas trago o exemplo para ilustrar o uso

¹³¹ Voltarei a essa questão adiante ao falar sobre “práticas agressivas” e problematizar a “violência dos ideais”, do ponto de vista psicanalítico.

¹³² Ela também se refere à baleia, que é bastante comum nos blogs Pró-Anna e Mia.

dessas categorias, em especial de vaca gorda, nos mais diversos contextos nos blogs Pró-Anna e Mia.¹³³

Além de ser associado à gordura, o feminino é também aquele censurado e proibido de possuir gorduras, como nos apontou Mônica na ocasião em que seu pai comprou sorvete apenas para os meninos (seus irmãos e o vizinho), e não para ela e para sua mãe:

MÔNICA – (...) meu pai é viciado em doce, aí ele vai e compra sorvete, eu adoro sorvete, aí vou lá e vou tomar um sorvete... “Você vai tomar esse sorvete?” “Vou!” “Você vai tomar **tudo isso** de sorvete?” Tudo isso, uma bola... aí eu falo: “Pai, não é muito”. “É muito sim, depois você fica reclamando, falando que você está gorda e você vem e vai tomar sorvete?”. “Pai, mas eu tô com vontade de tomar sorvete”... meu pai só atrapalha... eu acho que ele olha e pensa: “Ela tá roubando o meu sorvete”, eu não acho que é uma questão comigo ou com o meu corpo, é uma questão com o sorvete (risos)... eu tenho certeza disso... ele faz questão, às vezes ele compra chocolate e ele põe no armário dele pra ninguém comer o chocolate dele, eu não tenho nada contra, pode fazer à vontade, acho até melhor porque assim eu não vejo... mas meu pai fala muito isso... teve uma vez que eu fiquei muito chateada com o meu pai... foi quando eu já tinha engordado, depois da anorexia, aí ele saiu pra comprar sorvete para os meus irmãos e o meu vizinho que tava em casa jogando videogame, aí ele foi e comprou, sei lá, um Cornetto pra cada um, aí ele chegou e deu o sorvete pra eles, aí eu: “Ah, eu também quero!” “Ah, mas eu não comprei pra você, só comprei para os meninos”. “Por quê?” “Porque você tá gorda”...ele falou isso... nossa, eu comecei a chorar de uma maneira tão surreal, porque meu... tanto que o meu irmão sabe... se ele quer... se a gente briga... a gente quase não briga, mas se a gente briga ele sabe que acaba comigo se me chamar de gorda... e nesse dia do sorvete, nossa, eu fiquei muito mal! “Se você acha que eu tô gorda, compra um picolé de frutas”, mas poxa, traz um sorvete pra mim também, minha mãe ficou triste porque ele também não comprou pra ela... aí eu falava: “É, mas os meninos também estão gordos” ou o meu pai: “Você também tá gordo”. “É, mas eu sou homem, você é menina, você não pode ficar gorda”...

Ainda que “meninos” e “meninas” estejam gordos, os “meninos” estão autorizados a tomarem sorvete, enquanto as meninas são censuradas, pois meninas “não podem ficar gordas”. Essa distinção de gênero em relação à forma corporal e a maior exigência destinada às pessoas do sexo feminino podem ser vistos como um dos fatores para os altos índices de *transtornos alimentares* entre mulheres.

Mônica revelou que ainda se incomodava com comentários de outras pessoas sobre seu corpo (a não ser que dissessem que ela emagreceu), bem como as atitudes do pai e diferenciação feita entre ela e os irmãos, que aponta para uma diferenciação de gênero no que diz respeito ao corpo e as possibilidades atribuídas aos homens e às mulheres. Considerar que apenas os homens podem ser “gordos”, desautorizando a filha a comer certos alimentos, bem como ter “excesso” de peso, pois ela é uma menina e “meninas não podem ficar gordas”, parece ser uma concepção do “senso

¹³³ Fonte: Blog #Bella #Mia: <http://lostcrazymia.blogspot.com.br/>

comum” elucidativa dos altos índices de *transtornos alimentares* em pessoas do sexo feminino, embora a preocupação com o corpo e a aparência atinja também aos homens, em grau diferente.

Em relação ao sentimento de Regina a respeito do diagnóstico, parecia que este lhe gerava uma percepção ambígua, pois por um lado entendia que não coincidia com o que ela e os médicos que a trataram achavam que ela tinha, mas lhe dava um lugar, um nome ao seu sofrimento, uma possibilidade de atendimento. Além do mais, a compreensão que tem de seu *transtorno* é de se trata de uma patologia, uma doença que deve ser tratada, o que, no entanto, não acarreta em sentir-se estigmatizada, além de não ser motivo para se “vitimizar”. Regina considerava que “a doença se confunde com sua personalidade”, embora haja momentos em que consegue ver que há uma distinção entre ela e o “eu doente”:

Eu enxergo como uma coisa que me acompanha... e quando eu tô desesperada, tem vezes que eu consigo ver que essa não sou eu... tem vezes que eu sei que não sou eu, que é um **eu doente**, mas que eu não consigo controlar... isso tem sido bem menos frequente atualmente!

Sobre sua experiência no Ambulatório 1 e com a psicoterapia na clínica, Regina disse:

REGINA – Eu acho que pra época o Ambulatório 1, pra mim, foi muito bom. Mas agora, depois de me tratar no particular, eu acho que o Ambulatório 1 daquela época tinha falhas monumentais... eu via darem alta para umas meninas que eu ficava estupefata! Meninas que não tinham a mínima condição nem de ficar sozinhas. Então... PRA MIM foi bom! Eu acredito que pra muita gente foi bom! Na época eu achei maravilhoso! Mas, olhando pra trás, hoje, se eu tivesse uma filha com transtorno alimentar eu procuraria tentar o particular em vez do Ambulatório 1. Não sei como é que tá agora! Cada vez é um psicólogo, cada vez é um médico... isso não funciona! Dar alta pra quem ainda se corta? Só porque diminuiu o vômito? Só porque diminuiu a depressão?

MARISOL – E como é a experiência da psicoterapia?

REGINA – Acho que a psicoterapia tem um processo a ser seguido, né... eu acho que é um processo pessoal! Tem o tempo que tem uma resistência... foge do assunto central... tem uma série de etapas para conseguir criar um vínculo de confiança. Então, eu acho... eu já tive vontade de largar a psiquiatra e a nutricionista uma época, mas a terapia eu nunca pensei em largar.

MARISOL – E você passou por esses processos todos?

REGINA – Passei! Negação... Irritada com a própria terapeuta e tal... mas nunca me passou pela cabeça largar a psicoterapia. Hoje eu tenho muita dificuldade para pagar, mesmo me fazendo um preço de mãe pra filho, sabe?!... mas, eu até tinha pensando ano passado: ‘Não tô aguentando pagar, está prejudicando o andamento das minhas contas da casa’. Até nove meses atrás morava eu, minha mãe e minha filha e minha mãe bancava as coisas piores... agora não tem essa! Ainda com a entrada do médico particular, por causa da paratireóide e tal, eu até pensei em não ir na nutrição e na psiquiatra, mas... primeiro que elas são conversáveis... eu não vou deixar de pagar! Mas, por exemplo, fiquei meses sem ir na psiquiatra, pra poder economizar dinheiro pra pagar as consultas do nefro e do cirurgião ou coisa que o convênio não cobriria... remédio, suplemento, etc. e tal... só que eu acho que uma coisa sem a outra não vai funcionar... E o principal, e o medo que eu tinha que se eu parasse as duas a [psicanalista] falasse: “Ah é, não vai fazer? Tá bom, então ninguém faz!” Eu não posso ficar sem de jeito nenhum...

Regina falou sobre sua necessidade de acompanhamentos com diversos profissionais para “tratar seu transtorno”, entre eles psiquiatra, nutricionista e psicóloga, que são os profissionais recomendados para esses casos. No entanto, ela admite já ter pensando em abdicar da psiquiatra e da nutricionista, mas receia que diante disso a psicóloga se negue a atendê-la, por considerar esse acompanhamento necessário para sua “estabilidade”. Em casos mais “graves” essa é uma exigência, como parece ser o caso da Regina, que conhecia essa ameaça, dado que se ela interrompesse o acompanhamento com a nutricionista e a psiquiatra, sua psicanalista poderia não aceitar mais atendê-la. Ela seguiu falando sobre sua adesão ao tratamento e que mesmo diante de dificuldades financeiras ela procurava negociar com os profissionais. Por outro lado, citou pessoas que não aderiam a tratamento algum e mencionou uma colega que “não pára com médico nenhum”. Quando lhe perguntei por que ela achava que isso acontecia, ela disse:

REGINA – Eu acho que é porque não cura, né? Gente, eu passei a minha vida inteira assim! Como é que é não ser? Não tem mulher que fica casada com traste e você fala: “Larga, pelo amor de Deus!” Mas eu vou fazer o que da minha vida? Como é que é não ter o traste? Não sei se eu me fiz clara! Vai que cura, né? Aí você não tem mais uma série de desculpas! Quando você estava na faculdade, e fazia estágio, aí quando você se forma... e agora, José?! Eu tenho que trabalhar! Agora acabou, eu tenho que ganhar minha vida e não posso viver às custas dos meus pais? E agora? Eu acho que é mais ou menos isso, fazendo um paralelo grosseiro! Eu estou a vida inteira me portando com essa identidade, a identidade doente, e depois não vou ter desculpa nem pra fazer uma cagadinha? É o que eu sinto! Então muitas vezes eu sinto que fico com um pé aqui e outro lá... eu nem tô totalmente sã, mas eu não me identifico com as outras pacientes. Eu senti isso no Ambulatório 1 depois de um tempo... e você fica no meio... fica com um pé na doença e outro no são, né, na saúde.

Em sua opinião, as pessoas que não aderem ao tratamento o fazem por receio de curar-se e não ter mais desculpas para fazer “uma cagadinha”. Ao falar das pessoas que não aderem ao tratamento para não se curar ela parece falar de si própria, pois, apesar de aderir integralmente ao tratamento, mantém seus *sintomas* como pretexto para certas ações. Esse temor de abandonar os *sintomas* possivelmente seria interpretado por um psicanalista como uma resistência à mudança, à insegurança relativa à transformação, pois o que será que fica se esse *sintoma* for eliminado? Ou, nos termos de Regina: “depois não vou ter mais desculpa nem pra fazer uma cagadinha?”. A fim de fazer-se entendida ela compara o efeito do tratamento a alguém que estuda e é mantido pelos pais enquanto ainda faz estágio e não é capaz de sustentar-se, mas que depois de formado terá que trabalhar e tornar-se independente dos pais, ou seja, ficaria sem saída, pois a partir dali teria que “ganhar a vida”. Talvez esse “paralelo grosseiro” tenha sido utilizado como facilitador, levando-se em consideração que estava diante de alguém que ainda era estudante e morava na casa dos pais. No entanto, ela refere-se à dificuldade de alguém que “a vida inteira se portou com uma identidade,

uma identidade doente”, e que ficaria sem saída na ausência dessa identidade. Diferentemente da colega citada, Regina diz aderir totalmente ao tratamento, ainda que para “agradar” a psicanalista ou manter um nível “aceitável do *transtorno*”, uma vez que se alimenta minimamente para manter corpo em funcionamento. Assim, Regina afirma portar-se com essa identidade “doente”, que pode até ser utilizada para justificar algumas “cagadinhas”.¹³⁴

Regina, assim como muitas pessoas que sofrem de *transtorno alimentar*, sente que este é incorporado à sua vida e à rotina de maneira tão intensa e essencial que se habitua a conviver com ele, passando a constituir quem ela é e organizar sua existência e seus hábitos. Seu *transtorno* é algo que a acompanha e se confunde com sua personalidade, no entanto, esses momentos em que percebe que não é ela pensando ou agindo, mas um “eu doente” eram menos frequentes, o que apontava para sua melhora e um controle sobre o *transtorno*. Tudo se passa como se agora não fosse mais o “eu doente” a controlando, mas ela controlando o “eu doente”, que sempre existirá.

Quando eu perguntei à Mônica se ter recebido um diagnóstico tinha mudado alguma coisa ela disse que não, pois no fundo já sabia o que tinha. Segundo ela: “eu sabia o que eu tinha, mas eu achava que, sei lá, era uma coisa que você faz... é que nem ser morena, ter olhos verdes e ter anorexia... faz parte de mim...”. Ela pareceu incomodar-se quando questionei se considerava que o que tinha era uma doença, apesar de sempre “saber o que tinha”, que, no entanto é aproximado a uma característica que se porta.

Quando lhe perguntei sobre os motivos que considerava terem contribuído para a *anorexia*, ela disse: “De acordo com as teorias da psicanálise a culpa é da minha mãe... (risos). Mas eu não acho que a culpa seja da minha mãe... ah, eu não sei... acho que foi uma coisa involuntária, eu comecei a fazer a dieta e aí foi indo sem eu me dar conta do que estava acontecendo...”. Mônica conhecia as explicações psicanalíticas, não por terem sido informadas no *setting analítico* em uma de suas sessões de psicoterapia, provavelmente, mas por ser estudante de psicologia e talvez ter tido curiosidade de buscar informações sobre as explicações psicanalíticas e psicológicas. No entanto, a hipótese psicanalítica parecia não ser apropriada ao seu caso, do seu ponto de vista, uma vez que identificava os comentários do tio (que a levou a fazer dietas), como mais impactante do que sua relação com a mãe.

Apesar de eximir sua mãe de culpa e atribuí-la mais ao tio, quando Mônica foi questionada sobre como a família e/ou amigos a descreveriam em relação ao seu corpo, ela disse que sua mãe às vezes a chamava de “gordinha” e para o pai ela seria “sempre a fofa”. Além do mais, sua mãe é professora de educação física, o que pode também ter relação com seu “vício” em esportes, bem como do seu irmão.

¹³⁴ De maneira similar, Valentina diz considerar-se doente e reconhecer-se como doente. Segundo ela, saber-se doente e saber-se *bulímica* lhe deu prerrogativa para “ser um pouco vítima” e lhe permitiu entender que seus problemas não eram puramente “falhas de caráter ou personalidade”, como pensava sua mãe.

Apesar de reconhecer-se como alguém que tinha (ou teve) *anorexia* e recebeu atendimento em uma instituição especializada em psicoterapia psicanalítica voltada a pessoas com *transtornos alimentares*, consideradas patologias, Mônica entendia sua *anorexia* como um atributo, uma característica e reagia às hipóteses psicanalíticas que atribuem culpa a mãe.

Sobre frequentar a nutricionista e sua relação com seus *sintomas*, ela disse:

MÔNICA – Quando eu fui na [nutricionista], eu tava tipo voltando a apresentar alguns sintomas... não voltando a apresentar... eu acho que nunca deixei de apresentar... Mas acho que eu comecei a me questionar sobre os sintomas que eu ainda apresento e não deixar isso afetar a minha alimentação, não voltar a fazer o que ela fazia antes... Aí eu fui na Manoela justamente pra isso, tipo... eu acho que nunca vou deixar de ter sintoma, realmente... eu não me imagino vivendo sem pensar na estrutura da minha alimentação do dia, o que eu vou fazer, como que vai ser...

MARISOL – Mas você acha que isso é normal?

MÔNICA – Eu acho que é normal isso... eu acho que faz parte de mim, vai ser assim pra sempre... eu não me imagino sem isso... mas ao mesmo tempo, eu acho que tô num estado que eu convivo com isso de forma saudável... e quando eu comecei ir na Manoela foi justamente pra manter isso... apresentar isso, tudo bem, contanto que você fique saudável... contanto que isso não me domine... EU controlo a minha alimentação e não ela me controla, sabe? Acho que a diferença é essa... na anorexia ela controla... se eu tivesse anorexia, no sábado eu não teria ido no aniversário... eu tinha um churrasco e um aniversário... por isso eu acabei bebendo tanto, porque eu tinha duas festas no mesmo dia... eu não teria ido em nenhuma das duas... eu não iria... e hoje eu vou... eu vou em qualquer coisa... antes se os meus pais quisessem sair eu achava que estavam conspirando contra mim, sabe?

MARISOL – Seus amigos sabem desse seu problema?

MÔNICA – A maioria. As minhas melhores amigas me conheceram na anorexia... os amigos do colégio eu não tenho mais contato... eu nem cheguei a fazer um grande amigo no colégio... porque, acho que também tem muito a ver com a doença, eu me isolava muito...

MARISOL – Você tem vergonha, tem problema em falar sobre isso?

MÔNICA – Não, eu só não gosto de falar quando tem uma pessoa que acha que entende e quer falar sobre isso e aí eu fico revoltada... não, eu não tenho problema, eu falo normal...

Sua flexibilidade e permitir-se ir à uma festa, não comprometendo, portanto, sua vida social aproxima-se bastante da definição da fronteira entre o que é *normal* e o que é *patológico*. É para Mônica um sinal de sua melhora, além da capacidade de enxergar e distinguir o que é um *sintoma*. Mônica considerava que o controle que exercia ainda sobre a alimentação era parte da sua vida e era possível conviver com ele, desde que não a dominasse.

Ela contou que tinha “mania” de olhar as informações nutricionais de tudo que comia e, segundo ela, isso também fazia parte do *sintoma*. Além disso, planejava sua alimentação do dia e procurava não fugir dessa programação:

No geral de manhã eu planejo o que vou comer durante o dia e é muito difícil fugir daquilo... eu acho que pensar nisso antes é um controle maior, porque eu vou pro clube e sei que lá na lanchonete vai ter pão de queijo, vai ter, sei lá, N coisas que eu gosto, vai ter açaí... mas na minha cabeça eu já sei que na hora do lanche eu vou comer, sei lá, banana... eu sei que aquilo vai estar lá e eu já sei que eu não vou comer aquilo, então eu não passo tanto vontade... o problema maior é eu ir num lugar onde eu não sei o que vai ter...

Programar sua alimentação é uma forma de controlar-se e não fugir do controle, pois havendo uma “programação”, mesmo deparando-se com alimentos que ela gosta ao longo do dia e sentir vontade de comer, sabe que o “planejamento” é outro, então “não passa tanta vontade”. No entanto, é um controle e um planejamento que não se diferencia muito de alguém em dieta.

Além da relação com o diagnóstico, no que diz respeito às “técnicas terapêuticas”, Mônica e Regina parecem também ter percepções diversas, como em relação ao uso do *diário alimentar*, por exemplo. Regina, que fazia seu diário alimentar disciplinadamente, dizia que aprendeu a fazê-lo na época do Ambulatório 1 e voltou a fazer em 2006, quando retornou à nutricionista por ter perdido muito peso. Para ela, fazer o diário era algo que estava completamente inserido em sua rotina, tanto que ela fazia as refeições já pensando no que colocaria no *diário alimentar* (o que comeu, quanto, que horas, etc.). Além disso, esse “controle externo” era visto como necessário para não perder a noção das quantidades. Ela contou que no grupo de nutrição que frequentou no Ambulatório 1, as nutricionistas ensinaram a respeito dos grupos alimentares. Além disso, ela teve aula de fisiologia na faculdade de Educação Física e teve uma ótima professora de biologia II que é nutrição aplicada, onde aprendeu muito sobre nutrição. Uma das lições foi aprender que não é possível deixar de comer carboidrato, pois é um combustível necessário para o corpo. Regina falou também sobre a importância de se comer alimentos integrais, pois além de serem mais saudáveis, proporcionam uma sensação de saciedade sem provocar estufamento, que é uma orientação muito presente nas revistas e mídia em geral, como veremos no capítulo a seguir. Ela aprendeu também sobre o fracionamento das refeições, o que considerava que mudou bastante os seus hábitos alimentares. Achava que sua alimentação era muito pobre antes de ter essas informações e que, depois dessas lições, em termos de **qualidade** sua alimentação é boa. No entanto, as nutricionistas costumavam falar que o problema estava na **quantidade**, que é insuficiente.

Essas observações indicam claramente a influência das orientações nutricionais nos seus hábitos alimentares, e esse é o papel entendido como adequado aos nutricionistas no tratamento de desses *transtornos*, uma vez que se trata de ensinar pessoas que não têm conhecimento sobre nutrição, a não ser “mitos” e enganos sobre a alimentação, que não se baseiam em explicações científicas. Nesse sentido, Regina considerava que poderia dar uma aula sobre nutrição, pois objetivamente sabia tudo. No entanto, o problema era o que se passava subjetivamente. Embora soubesse muito sobre nutrição e tivesse aprendido com as nutricionistas, ela não sabia me dizer se

sua alimentação estava boa naquele momento, pois sua nutricionista estava de férias para ter bebê e ela estava há um tempo sem passar por uma consultor. Então, não sabia dizer se a quantidade era suficiente. Não basta, portanto, ter conhecimento sobre nutrição, pois é preciso alguém que vigie suas quantidades, pois, como ela mesma disse, há uma dificuldade eterna em dosar e reconhecer a quantidade adequada.¹³⁵ Desse modo, Regina era capaz de reproduzir o conhecimento nutricional aprendido no período do tratamento, mas era incapaz de avaliar se sua alimentação estava adequada devido à sua dificuldade de dosar.

A “vigilância externa” requerida por Regina parece aproximar-se da vigilância efetuada pela Anna e Mia nos blogs Pró-Anna e Mia, bem como as leitoras do blog, para quem as autoras retratam seus sucessos ou fracassos nas dietas e controle alimentar. Elas aparecem em muitos dos blogs como uma espécie de entidade, alguém que as acompanha e as vigia, controlando a alimentação, as compulsões e as purgações e que às vezes as abandonam,¹³⁶ como no relato a seguir, do blog Bélla Paranoid: “Oii gente. Todo bem?! Cmgo não ta todo bem. Ai ontem eu comi igual a uma louca. Estou parecendo uma vaca de tão gorda. Aii a ana parece que me abandonou, mas eu mio de vez em qndo.”¹³⁷

Além da “necessidade” de um controle externo, as autoras dos blogs também falam a respeito do uso do *diário alimentar*, pervertendo e levando ao extremo a técnica nutricional que se destina a controlar a alimentação a partir de uma técnica comportamental de automonitoração. Segundo Bella, do blog #Bella #Mia:¹³⁸

Hj comecei um “diário” alimentar, pra tentar me policiar mais com o que eu como e claro contar as calorias. Pretendo registra as punições tb, claro que não de maneira explícita pra não correr risco de ser descoberta. Estou animada com isso pois esta me ajudando um pouco, quando a vontade aperta fico olhando e revendo a proposta que me fiz pra essa semana e penso no compromisso que firmei comigo.

Além do uso de *diário alimentar*, outra técnica referente aos estudos e recomendações nutricionais diz respeito à distinção entre comportamentos relacionados ao alimento e os sentimentos, por isso um dos itens do diário alimentar é descrever o sentimento no momento da

¹³⁵ Em suas palavras: “Eu tenho uma dificuldade eterna de dosar: dosar comida, dosar exercício, dosar tudo”.

¹³⁶ Essa não é a única forma que a Anna e a Mia aparecem, podendo ser referidas também como algo que se é ou que se porta. Um exemplo, extraído de outro blog (A vida de Anna e Mia: <http://avidadeumaannaemia.blogspot.com.br/2010/12/bom-borboletinhas-como-eu-disse-eu-vou.html>), para ilustrar outras maneiras pelas quais a Anna e a Mia são citadas: “(...)eu fui vendo e conhecendo a anna em reportagens, noticias (até mesmo a da “nossa” diva ana carolina, que morreu lutando para ser como desejava) e coisas assim, as pessoas sempre olhavam e ainda olham a anna como uma doença, mas pra mim não, é um estilo de vida, onde cada uma luta para ser da forma que sonha. Eu fui entrando aos poucos, fazendo NF’s e LF’s, ai criei um orkut para conversar com as meninas, saber como anda a luta diaria delas e tal, e isso é o que me da mais força até hoje. A principio eu era apenas anna, agora graças as meninas que me dão força a mia está crescendo dentro de mim a cada dia que passa, e isso é o que eu mais desejo, alimentar minhas queridas: anna e mia (L)”.

¹³⁷ Fonte: <http://anorexicsite.blogspot.com.br/search?updated-min=2008-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2009-01-01T00:00:00-08:00&max-results=13>

¹³⁸ Fonte: http://lostcrazymia.blogspot.com.br/2009_10_01_archive.html

refeição. Algo que aparece também de outra maneira também nos blogs, como a técnica sugerida pela autora do blog Bélla Paranoid:¹³⁹

A técnica seguinte consiste em aprender a controlar os pensamentos, sentimentos e emoções. Muita gente come por motivos emocionais e não por fome. Alguns comem quando estão tristes, outros quando estão alegres, solitários, deprimidos, estressados ou zangados. Reconhecer essas situações ajuda a controlar o apetite. Preste atenção naquilo que voc come e evite escolher os alimentos por motivos emocionais. Há pessoas que se sentem melhor quando tomam um sorvete. Experimente tomar só um pouquinho, ou substitua o sorvete por um docinho.

A respeito de um “controle externo”, relatado pelas autoras dos blogs, perguntei à Mônica:

MARISOL – Você alguma vez sentiu como se houvesse um controle externo, algum tipo de vigilância?

MÔNICA – O que eu lembro, mais ou menos... quando eu comecei ter ataque de compulsão... eu sentia como se tivesse alguma coisa me dizendo, ainda mais quando eu tava fugindo da anorexia... eu tinha uma compulsão e era como se alguma coisa tivesse vendo que eu tava fugindo da anorexia... quando eu tava burlando, mas não quando estava no controle.

Perguntei-lhe se ela costumava entrar em sites ou blogs sobre o assunto e ela disse que não, mas que já visitou algumas dessas páginas, depois de iniciar sua psicoterapia na clínica psicanalítica. Ela contou que ficava até um pouco chocada, mas que se identificava muito, pois entendia o que “elas querem”:

MÔNICA – (...) eu vi acho que numa revista, devia ser Marie Claire, sei lá, uma revista feminina... tinha uma reportagem sobre, tinha uns trechos de uns blogs, aí eu fui procurar... e é engraçado, porque às vezes quando eu vejo me dá muitos sentimentos misturados, porque eu fico um pouco indignada, eu fico um pouco empática e eu fico um pouco com saudade da época da anorexia... não sei, às vezes, um pouco, eu invejo as meninas... nossa, elas conseguem isso e eu não consigo... hoje eu não conseguiria viver do jeito que eu vivia... eu não sei como eu antes eu conseguia...

Em relação ao *diário alimentar*, Mônica, que frequentava uma nutricionista que pedia para que ela o fizesse, considerava tal atividade “infernai”, pois aumentava seu controle, ou causava-lhe um controle indesejado (o que justifica a utilização dessa técnica pela autora do blog como forma de controle sobre a alimentação). Trata-se, portanto, de uma técnica que reforça o *sintoma* e a “obsessão” com o controle, o que Mônica considerava uma tortura:

MÔNICA – (...) não me peça para escrever... É muita tortura pra mim fazer o diário. Porque eu sinto que eu acabo tendo esse controle que eu não quero ter... porque não é um controle natural, é um controle neurótico... e eu não quero ter, eu

¹³⁹ Fonte: <http://anorexicsite.blogspot.com.br/2008/06/quod-me-nutrit-me-destruit.html>

sei que é pior pra mim... eu tava muito na fase da doença... eu era assim, sabia tudo que comia, todos os dias... quando eu comia alguma coisa absurda... teve uma fase bem crítica da anorexia e depois eu comecei ter ataque de compulsão... então o que acontecia, eu escrevia o que eu comia dois dias aí um dia eu tinha uma compulsão... só que era uma compulsão absurda, eu comia muita coisa ao mesmo tempo... e eu nunca consegui vomitar... eu não tive bulimia por uma imposição do meu organismo, que não deixava eu vomitar...

MARISOL – Mas você tentava?

MÔNICA – Tentava... tentei várias vezes, mas nunca deu certo... Ainda bem... hoje as vezes eu acho que não tão bem, porque às vezes eu quero vomitar de bêbada e também não consigo... (risos). Eu nunca consegui, mas foi até bom, pois senão tenho certeza que eu teria tido bulimia também, porque teve uma época que eu tinha muita compulsão... duas vezes por semana eu tinha compulsão... aí normalmente eu tinha compulsão, aí no dia seguinte não comia NADA, aí no outro eu comia normal, aí tinha compulsão, aí não comia nada, comia normal, compulsão...

Mônica falou sobre seu incômodo em fazer o diário e registrar o que come, entretanto, antes Mônica anotava todos “os pontos” do que comia, mesmo não havendo pedido algum para que o fizesse. No entanto, posteriormente fazer o *diário alimentar* transformara-se numa atividade incômoda, enquanto para Regina era uma atividade bastante naturalizada e integrada à sua rotina (ainda que não tenha manifestado incômodo ou prazer em fazê-lo). Para Mônica, ter que pensar em tudo o que comeu e materializá-lo no papel era torturante, pois a fazia rever suas escolhas o que poderia ter um efeito perverso, pois poderia causar-lhe compulsões. Além disso, trata-se de um controle sobre a alimentação, em parte similar ao controle que as pessoas com *anorexia* já exercem sobre os próprios hábitos, porém respeitando princípios nutricionais a respeito das necessidades de seu organismo. O diário lhe provocava um ciclo de restrição-compulsão, pois nas situações que considerava que havia controlado muito “descontrolava-se” e tinha compulsões e, inversamente, dar conta das compulsões a levava a um controle restrito e, como ela própria disse, não um controle “natural”, mas um controle “neurótico”. Fazer o *diário alimentar*, portanto, aumentava seu controle sobre sua alimentação, o que a prejudicava.

Nesse relato Mônica também falou sobre sua “incapacidade” de provocar vômitos, o que entendia como uma imposição do próprio organismo que lhe preservou de desenvolver também *bulimia*. No entanto, falou sobre crises de compulsão e descontrole,¹⁴⁰ que não é considerada uma característica da *anorexia*, do ponto de vista dos manuais de diagnóstico. Nesse sentido, podemos pensar sobre seus *sintomas* particulares, que poderiam até ser entendidos como típicos de uma *anorexia* de tipo *purgativo*, devido ao excesso de exercícios físicos, mas onde se encaixariam as compulsões nesse diagnóstico? Obviamente, mais uma vez, não se trata aqui de atribuir um

¹⁴⁰ Os profissionais envolvidos no tratamento de *transtornos alimentares* apontam para a importância de se investigar o que cada um considera uma compulsão ou descontrole, pois para alguns o que se considera compulsão e ingestão exagerada de alimentos em um curto período pode não ser considerado exagerado para um olhar externo, ou seja, pode não ser de fato uma compulsão.

diagnóstico, mas sim problematizar os critérios apresentados pelos manuais. Assim como nos alertou Regina, a manifestação individual dessas patologias pode não “cumprir” a caracterização genérica dos manuais de diagnóstico, pois “e quando os sintomas começam a se misturar?”. No entanto, o que interessa é a maneira como Mônica identifica-se e refere-se à sua *anorexia*.

Sobre a dificuldade de provocar vômitos, é comum encontrar relatos nos blogs Pró-Anna e Mia sobre essa questão e diversas técnicas “facilitadoras” são compartilhadas, como, por exemplo, que objetos utilizar, quais os melhores horários, quais alimentos são mais fáceis e mais difíceis, como disfarçar para os familiares, etc; o que demonstra uma verdadeira pedagogia, transmissão e aprendizado das técnicas dos *transtornos alimentares*. O seguinte “manual” de como vomitar pode ser encontrado no blog Eu vou conseguir – tudo sobre Ana e Mia:¹⁴¹

ATENÇÃO: Se você acha “legal” miar ou só por que é modinha, não siga minhas dicas. Só continue a ler se realmente você se sente MUITO MAL e desanimada após comer demais.

- Coloque o seu dedo bem no fundo da garganta. Se não der certo com um, tenta colocar 2 dedos... E com a outra mão vai fazendo força no estômago.

- Tome água morna e depois coloque o dedo com detergente na garganta.

- Se olhe no espelho e faça perguntas do tipo: “Até quando vou ser essa baleia?”

“Ele prefere ela porque ela é magra e eu sou gorda!”

“Olha que corpo lindo aquela garota tem... Ela é perfeita e eu não!”

Depois destes pensamentos, absolutamente TUDO o que vc colocar na boca, sintá culpa. Muita culpa! Se xingue de gorda. Faça isso o dia inteiro, por dias e se

preciso, após uma refeição sintá tanta + tanta culpa, que faça vc chorar

Depois disso, toda vez que vc for miar, pense nessas coisas...

“Tenho que vomitar pra minha barriga não marcar naquela blusinha”

Coisas do tipo... E sintá culpa por tudo o que você comer.

E com o tempo, tenha certeza que vc vai reduzir a sua comida e miar

“corretamente”.

- Beba um copo cheio de coca light antes de miar. Realmente ajuda a comida a sair.

- Evite granola, pães e outros alimentos muito pesados ou a base de fibras eles não são fáceis de sair.

- Use marcadores, como Doritos antes das refeições, quando você ver o alaranjado já sabe que tudo saiu.

- Sorvete está no ranking, é o alimento mais fácil, e melhor de miar, é muito rápido e fácil de golfar. (Mas não é desculpa para você detonar um pote de sorvete viu?!)

- Beba água depois de vomitar, ela fortifica e repõem alguns componentes que você pode ter perdido após miar.

- Depois de vomitar, não escove seus dentes, além dos ácidos, a pasta de dente pode danificar ainda mais o esmalte dos seus dentes, enxágüe apenas com água sua boca.

- Misture mostarda com água e beba isso lhe causará um enjôo tremendo, e será mais fácil da comida toda sair.

- Beber água quente durante o vomito pode ajudar a comida a sair também.

- Não coma sua comida enquanto ela ainda estiver muito quente, e mastigue tudo sempre muito bem, é mais difícil golfar comidas quentes e pedaços de comida, espere esfriar e mastigue bem.

- Uvas, morangos, bananas... Essas frutas têm maior facilidade para sair.

- O seu organismo leva até 30 minutos para “bloquear” que a comida volte,

¹⁴¹ Fonte: <http://tudosobreanaemia.blogspot.com.br/2008/05/dicas-para-miar.html>

portanto não demore.

- Quanto estiver difícil, tire um tempo de uns 5 minutos e tente novamente. Às vezes resolve.

- Esqueça a história de tomar vinagre! É uma das piores maneiras que não faz efeito.

- Coma sementes de mamão. Elas ajudam na evacuação. Só não mastigue, pois o gosto é horrível. É só engolir, vc nem digere nada.

- Miar no banho é fácil, mas muito anti-higiênico.

- Para disfarçar quando vc for miar, além d trancar a porta do banheiro, ligue o som bem alto ou o chuveiro e diga q vai tomar banho.

- Se não tiver como vc miar no banheiro, leve uma sacolinha para o seu quarto e mie dentro dela. Mas cuidado. É mais fácil de alguém descobrir.

- Beba muita água enquanto come.

- Sabe aquelas pastilhas para dor de garganta, com benzocaína(algo assim)? Pois bem, ela amortece a boca e a garganta... Facilitando a vida e modifica o gosto.

- CHOCOLATE SÓ FINAL!!!!!! Chocolate não sai d jeito nenhum! Ele gruda no estômago. Tem q forrar o estômago e beber muita água pra fazer sair.

- Antes de miar, tome um copo de água morna com uma colher de óleo de cozinha. (comigo não adiantou, mas me deixou beeem³³ enojada.)

- Coloque o indicador na Guela e comece a fazer movimentos circulares.

Enfim, há muitas formas para miar... Quando eu encontrar mais, eu posto aqui. Sei de histórias de garotas que beberam sua própria urina para ficarem enjoadas e miarem depois. Mas não se deixem chegar a esse ponto, gente!!

A forma que deu certo comigo é o seguinte...

Coloca o dedo indicador e o médio dentro da boca. O indicador tu “dobra” e o médio tu coloca na guela, gogo, garganta... Sei como é conhecido para vocês. É aquela “cordinha” (>_<)

Ah! Deixem as unhas bem curtas, pois elas só atrapalham na hora de miar.

Sempre quando eu saio do banheiro, quando arrecem mieei, eu saio “diferente”.

Meio chateada comigo mesmo, mais quieta. Então, você aí, principalmete você que é bem alegre evite ficar perto das pessoas depois que você miar.

Vá para o seu quarto, diz que ta com dor de cabeça ou que vai ler um livro.

Aproveita e reflete sobre tudo. Se realmente vale a pena.

ATENÇÃO NOVAMENTE: TODAS AS FORMAS SÃO MUITO PERIGOSAS!

SÓ FAÇA-AS SE TIVER CERTEZA DE QUE QUER ISSO. NÃO ME

RESPONSABILIZO DEPOIS VIU?! SÓ ENSINO O QUE EU SEI!

A despeito de todas essas técnicas, muitos são os relatos de pessoas que não conseguem induzir o vômito, assim como Mônica. Voltando ao seu relato, ela disse que depois de uma compulsão controlava sua alimentação, mas depois voltava a comer normal no dia seguinte. Então lhe questionei o que ela considerava que era “comer normal”:

MÔNICA – Era essa dieta de 900 calorias...

MARISOL – Você pode dar um exemplo de um dia, da sua alimentação durante um dia?

MÔNICA – Eu tomava chá mate com adoçante no café da manhã e comia 2 torradas Bauducco com margarina light. Aí comia uma barrinha de cereal. Aí no almoço comia salada... só salada... às vezes salada com filé de frango. Aí no meio da tarde tomava um iogurte. Aí à noite eu comia igual o almoço, uma salada com uma proteína... Eu comia muito pouco... eu quase não comia doce. Aí quando eu tinha compulsão era bem, tipo... eu comia assim até a hora do almoço, aí de tarde eu comia, sei lá, uma caixa inteira de Bis, mais um pacote de Traquinas, mais... e eu não gosto de bolacha, eu NÃO GOSTO, acho que não tem gosto de nada, mas

eu comia o pacote inteiro... chocolate eu gosto... mas eu não consigo comer, hoje, uma barra de chocolate e na época eu conseguia e ainda queria mais.

MARISOL – E hoje sua alimentação como é?

MÔNICA – Eu acho boa, não sei. Eu não como 900 calorias, eu como quase 2000. Eu comia menos antes de ir na Manoela [nutricionista], aí como eu faço muito exercício ela falou para aumentar um pouco a quantidade de alimentos, mas eu não como fritura... como muito raramente, quando vou, sei lá, num bar, aí acabo comendo uma batata frita... eu bebo todo final de semana... todo não, eu tô melhorando, porque antes eu tava bebendo muito, aí eu fiz uma promessa, aí eu uni o útil ao agradável, a promessa deu certo, eu fiquei sem beber e achei o máximo... Mas eu também bebo, mas não bebo muito, bebo tipo 1 ou 2 chopps no máximo, ou 1 caipirinha, tomando água... assim, durante o dia, sei lá, vou dar um exemplo, hoje, eu como pão integral com requeijão, leite desnatado com café. Aí no meio da manhã eu como uma fruta. Aí na hora do almoço eu como salada, eu como uma porção de carboidrato com uma porção de proteína... arroz integral... eu gosto de coisa natural... eu acho que tem um pouco a ver com o sintoma... eu não como... não me ponha salsicha que eu não vou comer... a não ser que seja de chester... mas filé de frango, carne, carne vermelha eu como também. Aí no meio da tarde eu como outra fruta e um iogurte. Quando eu treino eu tomo Whey, sabe Whey Protein? É tipo aquelas proteínas em pó...

MARISOL – Tipo um shake?

MÔNICA – Isso tipo um shake de proteínas. Quando eu malho eu tomo Whey Protein e a noite eu como a mesma coisa do almoço... uma salada, um carboidrato e uma proteína... às vezes eu não como o carboidrato, às vezes... às vezes se eu acho que comi muito carboidrato durante o dia, aí eu não como a noite, mas no geral eu como...

É digno de nota que, para Mônica, “comer normal” no período em que estava controlando muito sua alimentação significava uma ingestão de alimentos bastante restritiva, baseada em uma dieta de no máximo 900 calorias, composta basicamente por salada, carne (que depois é citada como uma proteína), chá, iogurte, barra de cereal, torrada e margarina *light*. Há diversas semelhanças entre a dieta descrita por ela e as dietas encontradas nos blogs, bem como as orientações presentes nas revistas, como a clássica dieta da salada e filé de frango grelhado, como veremos no capítulo a seguir.

Sobre o hábito de se pesar, Mônica disse:

MÔNICA – Não, não me peso!

MARISOL – Mas por recomendação médica?

MÔNICA – Não, porque eu tenho medo... na verdade... eu fiquei muitos anos sem me pesar... aí na [nutricionista] eu me pesava, mas eu não olhava, teve um dia que eu resolvi olhar, não fiquei triste com o que eu vi, era mais ou menos o que eu imaginava, só que quando eu me pesei de novo, um mês depois, e eu não tinha emagrecido... aí eu fiquei muito triste! Aí eu resolvi não me pesar mais de novo.

MARISOL – E na época pior da anorexia, você se pesava?

MÔNICA – Eu me pesava todo dia... toda hora... qualquer balança!

Quando questionei à Regina sobre o hábito de pesar-se ela disse que nunca se pesava fora do consultório e essa era uma recomendação médica, além de ser algo que ela aprendeu com a experiência, pois cada balança é aferida de um jeito e pode indicar um peso diferente, o que poderia

gerar uma angústia por ter engordado, quando na realidade poderia ser um erro da balança. Para evitar esse problema aprendeu que era preciso pesar sempre na mesma balança, no mesmo horário, com a mesma quantidade de roupa, pois só assim seria possível saber a real variação de peso.

Por todas essas distinções e os diferentes modos de incorporar os diagnósticos e técnicas biomédicas, nutricionais e psicanalíticas é possível apontar para formas diversas de constituição da subjetividade em cada trajetória. No entanto, apesar dos diferentes modos de adequar os diagnósticos e concepções em suas elaborações sobre a própria condição, a certeza de sempre “saber o que tinha” é algo que está presente tanto no discurso de Mônica, quanto de Regina, que também antes de ter seus *sintomas* nomeados, já sabia o que tinha, ocorrendo apenas uma confirmação. Do mesmo modo, ambas carregam a percepção de que algumas dessas características, entendidas nos termos biomédicos como *sintomas* da *anorexia*, são “estruturantes”, fazem parte de suas vidas e as constituem.

Tanto Regina quanto Mônica demonstraram estar numa fase “controlada” da *anorexia*, ou seja, fase na qual conviviam com os *sintomas* alimentares, exerciam um controle sobre o controle restrito à alimentação, o que não deixava de ser uma forma de controle, mas que lhes permitia alimentar-se minimamente, de acordo com as recomendações das nutricionistas, sem deixar que o “eu doente” ou o controle da *anorexia* as dominasse. Trata-se, portanto, de um controle inverso: no período da *anorexia* ou nas piores fases o controle era a restrição alimentar, em seguida o controle era sob a não restrição alimentar, embora ingerissem o mínimo possível para manterem-se “saudáveis” na concepção de suas nutricionistas.

Mônica em alguns momentos referia-se à *anorexia* como algo superado, embora percebesse a sobrevivência de alguns *sintomas* e não considerava que estes desapareceriam, pois faziam parte de quem ela era. Regina falava sobre o *transtorno* como uma condição permanente, que, embora controlado, a acompanharia. Ambas consideravam que teriam que conviver com um controle da alimentação e hábitos alimentares remanescentes da *anorexia*, mas em diferentes graus. Quando perguntei à Mônica se ela se considerava “curada” ela me disse que dentro do possível sim, apesar de sentir uma ameaça e temor de uma “recaída”. Regina dizia ser uma pessoa doente, mas nem por isso vitimizava-se. Ela continuava a “portar-se com uma identidade doente”, enquanto Mônica talvez nunca o tenha feito, ou talvez considerasse que superou o pior período, apesar dos *sintomas* que sobreviviam e a acompanhava. Ambas declararam uma paixão por esportes, e nenhuma delas sabe até que ponto essa paixão é um *sintoma* da *anorexia*. Tanto Mônica quanto Regina afirmavam sempre ter tido consciência sobre o que tinham, mas para Mônica sua condição e *sintomas* eram características da sua personalidade, enquanto que Regina referia-se em termos mais “patológicos”.

Apesar das semelhanças entre as duas narrativas a respeito da vivência com a *anorexia*, nota-se uma diferença marcante: Regina referia-se ao seu “problema” como *transtorno alimentar*

(ou *transtorno*), enquanto Mônica normalmente referia-se à sua *anorexia* (apenas *anorexia*, e não *anorexia nervosa*, que é a categoria psiquiátrica).¹⁴² O que essa simples distinção pode significar? As diferentes maneiras de classificar e nomear suas “questões” parece apontar para experiências distintas, o que implica no modo de constituírem suas subjetividades e trajetórias. Faz-se necessário refletir, portanto, sobre a experiência anterior de Regina no Ambulatório 1, antes de iniciar psicoterapia na clínica, o que talvez possa ter contribuído para a constituição de sua subjetividade, marcada por uma linguagem mais “patologizada” do que Mônica, que passou apenas pela instituição psicanalítica, onde o diagnóstico não é informado à *paciente*, embora passar pela triagem e ser aceito na instituição confirme a existência de algum “problema alimentar”.

Embora não conheça intimamente o funcionamento do Ambulatório 1, posso inferir pela experiência da Regina e pelo que conheço do discurso biomédico apresentado no primeiro capítulo, bem como comparativamente em relação à clínica, na qual o diagnóstico não é discutido ou apresentado aos *pacientes* nem no momento da triagem ou posteriormente, bem como não há um interesse em eliminar os *sintomas* dos *transtornos alimentares*, como parece ocorrer no Ambulatório 1. Apesar de a aceitação na clínica ser uma confirmação da presença de um *transtorno alimentar*, trata-se de um processo terapêutico no qual não se fala sobre a patologia, sobre suas características, seus *sintomas* e não se pretende eliminá-los, embora seja esperado que algum outro profissional ou instituição o faça. Apesar de não acompanhar o que se passa no *setting psicanalítico* é possível inferir a partir do discurso das psicanalistas (e do meu próprio processo analítico) que os *sintomas* alimentares só serão tema relevante na psicoterapia à medida que a própria *paciente* deseje falar sobre o assunto, que dificilmente será trazido pelo psicanalista, exceto no que diz respeito ao *contrato de peso*, que, no entanto, é uma técnica controversa e não empregada por todas as psicanalistas da clínica.

Por outro lado, é possível encontrar no discurso psiquiátrico do Ambulatório 1 e/ou do Ambulatório 2 a existência de uma linguagem “patologizada”, o que está expresso na fala da Dra. Vanessa Pinzon quando comparou os *transtornos alimentares* a outras patologias, como alcoolismo ou a hipertensão, como uma estratégia para afastar certos preconceitos em relação aos *transtornos alimentares*, apontando para o fato de tratar-se de verdadeiras patologias, e não “frescura”. Além do mais, pode-se perceber na narrativa da Regina que o diagnóstico é exposto abertamente e compartilhado com as *pacientes*, bem como há uma preocupação explícita em modificar os seus comportamentos, especialmente no que diz respeito às “crendices” sobre alimentação. A partir de sua fala é possível inferir que lá as *pacientes* são ensinadas a livrarem-se ou ao menos controlar

¹⁴² Referir-se a *transtorno* parece ser uma forma genérica, dado que ela foi diagnosticada como *bulímica*, apesar de considerar e ser tratada como um caso de *anorexia nervosa*.

seus *sintomas*, sobretudo a partir do aprendizado de novas técnicas alimentares, como nos contou Regina.

Desse modo, a respeito dos efeitos dos diagnósticos (BUTLER, 2009) e métodos terapêuticos na vivência dessas *pacientes* em contraste, Regina parece apresentar uma linguagem mais “patologizada”, pois se compara a alcoólatras e dependentes químicos, refere-se à sua condição como um *transtorno* e o trata com certa praticidade, dizendo que reconhece estar doente, aproximando seu “problema” a uma doença orgânica, como uma cardiopatia, no sentido de que não é algo que se escolhe e que, ao descobri-la, só resta tratá-la. Já Mônica diz que, de certa forma, sempre soube “o que tinha”, então o diagnóstico apresenta-se apenas como confirmação e também como um requisito para receber atendimento na clínica psicanalítica (enquanto Regina já chegou com um diagnóstico anterior que, embora nenhum profissional concordasse ou a tratasse de acordo com ele, legitimava sua participação), embora não se considerasse doente. Quando questionada sobre se achava que o que ela tinha era uma doença, Mônica até me interrompeu, parecendo não gostar da forma como coloquei a questão, e disse que nunca pensou como uma doença, mas como uma característica. Ambas percebem que se trata de algo que elas carregarão para o resto da vida, mas de forma controlada, tratando-se de uma característica que às vezes até se confunde com sua personalidade, algo intrínseco às suas vidas.

No que diz respeito à pessoa mencionada no início do capítulo, não é possível falar a respeito da incorporação de um diagnóstico, dado que ela não o recebeu e também não passou por tratamento especializado para *transtorno alimentar*, ainda que tenha feito terapia. No entanto, talvez seja possível falar sobre o “impacto da pesquisa” em seus hábitos e concepções. Pois, quando lhe perguntei se nossas conversas sobre a pesquisa haviam de alguma forma modificado sua relação com a alimentação e as dietas ela considerou que sim, tanto que ao enfrentar o *janeiro gordo* e uma crise que lhe fez comprar uma revista buscando dietas para emagrecer, a “crise da revista Corpo a Corpo”, ela percebeu que queria emagrecer e ficar sem comer, ao mesmo tempo em que reconhecia estar “entrando na lógica da *anorexia*”, o que lhe causou um conflito. Vale ressaltar que essas não são palavras minhas, mas sua apreensão sobre meus dados de campo e discursos biomédicos e psicanalíticos. Então sua batalha agora era encontrar o mecanismo que acionava a “crise” e controlar sua vontade de fazer dieta. No entanto, ao mesmo tempo encontrava-se burlando e enganando a si própria, pensando que fazer dieta era necessário, pois não se tratava de uma crise, mas sim um excesso de peso que precisava ser eliminado. Segundo ela:

O problema é q as coisas não são tão simples... uma hora eu sei q estou tendo uma crise de anorexia, penso q isso nunca cura. Em outro momento, fico tentando pensar q estou realmente acima do peso e q tenho q fazer dieta. Eu já vejo uma evolução... ao menos em algum momento parei para pensar q isso não é legal e que eu estava me enganando...

Seu pensamento parece aproximar-se muito do que diz Regina, a respeito de saber “objetivamente” e saber “subjetivamente”, pois segundo ela poderia dar uma aula sobre nutrição, dado que aprendeu na faculdade e em contato com as nutricionistas do Ambulatório 1. Então objetivamente é capaz de reproduzir o conhecimento nutricional, mas subjetivamente é incapaz de dosar e avaliar se sua alimentação é adequada. Paralelamente, minha amiga admite ter “entrado na lógica da anorexia”, o que a fez querer e achar que precisava emagrecer, buscando controlar a alimentação, mesmo objetivamente sabendo que se tratava da lógica da *anorexia*. Ou seja, racionalmente ela percebia que não devia ficar sem comer, que não precisava desesperar-se, pois não estava gorda, e que não precisava emagrecer mais, e mais, e mais. Mas, emocionalmente a questão não era tão simples, pois teria que lidar com a sensação de que estava “falhando”, como me explicou numa das conversas que tivemos pela internet, numa situação na qual conversávamos sobre nossos “problemas pessoais”, como crises profissionais, conflitos familiares ou amorosos.

Nessa conversa ela falava que agora entendia qual fora o motivo que “acionou o gatilho dessa nova crise”, em meio a qual comprou uma revista *Corpo a Corpo* e a atriz da capa dizia ter 1,70m. e 49Kg. Isso lhe provocou um descontrole pensando que deveria “estar muito gorda”, pois media 1,59m e pesava 49kg, o que parecia destoar das medidas apresentadas pela revista. Em conversas anteriores ela já havia me falado que media 1,59m, o que parecia ser impossível, pois ela era do meu tamanho ou um pouco mais alta e minha altura é de 1,63m. Naquela oportunidade ela percebeu que talvez “roubasse” na própria altura para seu IMC apontar um número maior do que o “real”, o que a motivaria em suas dietas e preocupação com o emagrecimento. Mesmo assim ela apavorou-se ao perceber que a pessoa da capa tinha o mesmo peso corporal, apesar de ser 21 cm mais alta do que ela. Em meio ao desespero ela foi até uma farmácia pesar-se e descobriu que estava pesando 50kg. Três dias depois ela pesou-se novamente e estava pesando 51Kg. Desesperada, ela resolveu cortar o jantar. Ao ficar sem comer, se deu conta que estava triste e usando o “ficar sem comer e perder peso para se animar”.

Perguntei-lhe se aquela “crise alimentar” fora motivada por seus “problemas pessoais” e ela disse que estava refletindo sobre isso, mas não sabia dizer se o que motivou a crise alimentar foram os problemas pessoais ou a chegada do verão, pois aquela seria a primeira vez em anos que não havia “se preparado” para o verão, ou seja, não havia frequentando academia, nem feito dieta e estava pesando 50Kg, o que lhe causava grande perturbação. Como amiga procurei acalmá-la e falar sobre outras “preparações” possíveis para o verão. Para encerrar a conversa ela me disse que o pior de tudo era que naquela situação não havia conseguido passar mais de um dia sem comer. Respondi-lhe que não achava pior, mas sim melhor que isso tenha acontecido e então ela me disse que “racionalmente” ela sabia que era melhor, mas “emocionalmente” significava algo como: “tá vendo, falhei de novo”, ou seja, significava falhar em algo que antes era bem sucedida e que

esperava sempre conseguir. Nesse sentido, o impacto de um tratamento, da “participação” em uma pesquisa, ou de um comentário amigo, ainda que objetiva ou racionalmente faça sentido, subjetiva e emocionalmente representam muito pouco diante das próprias convicções.

3.3. A constituição de gostos e preferências, ou como o *transtorno* transforma-se em hábitos, que se transformam em gostos

Numa das conversas descontraídas com a amiga citada acima sobre preferências alcoólicas descobri que sua bebida preferida era o saquê. Sensível à questão apresentada pelas entrevistadas, como veremos abaixo, sobre “desenvolverem gosto” por alimentos menos calóricos, descobri que o saquê é uma das bebidas alcoólicas com menor valor calórico, o que me levou a questioná-la sobre os motivos de sua preferência. Podemos imaginar que nossas preferências são em certa medida subjetivas e guiadas pelas mais diversas situações e ocorrências, como experiências traumáticas ou prazerosas, acessos, hábitos familiares e inserção particulares dos alimentos e bebidas. No entanto, não me parecia à toa sua preferência por saquê. Seria de fato sua preferência por considerá-la mais saborosa ou por proporcionar-lhe um prazer especial? Seria a opção mais consumida por ter o menor valor calórico? Seria a bebida cujo acesso lhe é mais facilitado? Ela explicou-me que sua preferência deve-se primeiramente a um fator econômico, especialmente por ter vindo de uma cidade onde o valor do saquê era bastante elevado e agora na atual cidade teria o acesso facilitado. Além disso, o saquê é uma bebida utilizada na preparação de pratos, como o shimeji refogado e a guioza, que são também apreciados por ela, bem como toda culinária japonesa, conhecida atualmente como uma opção de alimentação saudável e “magra” cada vez mais disseminada pelo Brasil.¹⁴³ No entanto, ela revela que uma de suas bebidas prediletas é a cerveja preta, porém não poderia tomá-la naquele momento, pois estava passando por um *janeiro gordo*, ou seja, não poderia permitir-se tomá-la, pois só a consome quando está controlando bem a alimentação, o que aponta para o saquê como uma escolha menos calórica e mais apropriada para um *janeiro gordo*. Outra explicação para a escolha do saquê, segundo ela, corresponde ao que ela chama de pensamento binário:

¹⁴³ A culinária japonesa divide opiniões, pois há quem não a considere tão magra ou saudável, uma vez que há muitas opções de frituras e o consumo excessivo de *shoyo*, principal molho utilizado para acompanhar os pratos, acarreta grande ingestão de sódio, que pode ser prejudicial à saúde. No entanto, tive oportunidade de entrevistar jovens nas cidades de São Paulo, Recife e Porto Alegre em outra ocasião e pude notar que essa culinária é extremamente apreciada por essa geração, o que pode ser ilustrado pelo sucesso das *temakerias* e expansão dos restaurantes japoneses nos últimos anos. Uma das hipóteses para esse sucesso é a visão de que se trata de uma culinária saudável e de baixo valor calórico, preocupação crescente em nossa sociedade “lipobólica”.

(...) então é claro que quem faz dietas divide a bebida, comida e até o mundo se duvidar entre: coisas que engordam e não engordam. Então é claro que quando eu penso em tomar uma cerveja, algo buzina no meu ouvido, como as revistas de dietas, que "cada cerveja equivale a um pãozinho" e que o pão é algo perigoso... pq engorda e sempre dá vontade de comer outro.

Ela faz referências às orientações frequentemente presentes nas revistas e mídia em geral sobre dietas e emagrecimento que condenam o pão francês por seu alto valor calórico, que é comparado às calorias de um copo de cerveja, que, no entanto, por ser líquido e diurético pode gerar uma “ilusão” de que não engorda. Porém, são alimentos “perigosos”, pois instigam a comer/beber mais, o que pode ser arriscado, por isso sua preferência ou escolha pelo saquê como bebida alcoólica mais consumida, especialmente quando está passando por um *janeiro gordo* e precisa “economizar” calorias. Do mesmo modo, revela dividir a bebida, a comida e quiçá até o mundo a partir de um pensamento binário, entre coisas que engordam e coisas que não engordam. Isso pode ser ilustrado por uma dieta que ela revelou ter feito, chamada dieta do abecedário. Segundo ela, essa dieta é orientada pela sequência de letras do abecedário, sendo que cada dia a pessoa deve consumir apenas alimentos iniciados pela letra do dia. No seu caso a dieta não passou da letra A, ou seja, o primeiro dia, no qual ingeriu apenas abobrinha, suco de abacaxi e alface. Qual seria a lógica da dieta, uma vez que é possível fazer escolhas “gordas” com qualquer letra do alfabeto? Parece que é uma lógica apropriada a pessoas que, assim como ela, dividem os alimentos entre engordativos ou não.

Regina, em relação às suas preferências alimentares, disse que não gostava muito de doce, que preferia salgado e que fazia parte de uma geração que não estava acostumada com coisas tão industrializadas, com tanto açúcar e corante, por isso preferia doces “caseiros”.¹⁴⁴ Sobre alimentos que não ingeria em hipótese alguma por não gostar, ela disse:

Eu não suporto salsicha. Eu NÃO gosto! Eu descobri! Algumas coisas eu tive que descobrir se eu gostava ou não, porque eu restringia tanto que depois eu não sabia mais o que eu gostava e o que eu não gostava.

Depois de tanto restringir certos alimentos Regina criou hábitos, um gosto a partir do qual estabelece suas preferências e escolhas. No entanto, depois de passar pelo pior período de restrição ela precisou rever seus hábitos e redescobrir seus gostos, pois considera que perdeu a referência do que gostava ou não depois de tanto restringir. Naquele momento ela considerava que conhecia o próprio gosto, que sabia quais eram suas preferências, como a de doces caseiros ao invés de doces industrializados que, entretanto, é ainda uma escolha “mais saudável”.

¹⁴⁴ É curioso que Regina diz gostar, mas não conta se come e com que frequência. Uma coisa é gostar de doce caseiro e outra coisa é consumir.

Além do mais, redescobrir suas preferências e permitir-se consumi-las é uma evidência de sua “melhora”, o que a fez considerar que, naquele momento, seus *sintomas alimentares* estavam mais controlados, principalmente as restrições e as purgações. A evidência se dava por estar conseguindo tomar coca-cola, que antes era uma coisa que não fazia, embora adorasse. Outro indicador é que apesar do valor calórico da manteiga, ela conseguia comê-la ao invés da margarina, que é algo que ela não gostava (o que poderia ser impensável para quem tem um *transtorno*, segundo ela, pois a manteiga é mais calórica que a margarina). Então, esses eram indícios de que “estava melhor”, pois dava abertura aos seus gostos pessoais a despeito dos valores calóricos dos alimentos, algo que não fazia nos momentos de muita restrição.

Quando questionei Mônica sobre suas preferências alimentares ela me disse que nunca comia cheese-salada, provavelmente por considerá-lo muito calórico. Nota-se sua decisão não parte de um gosto pessoal, não se trata de deixa de comer cheese-salada por não gostar, mas por considerá-lo muito calórico. Em seguida disse que não comia no *Mc Donald's* porque não gostava, porém gostava de *Burger King*, mas não comia. Ela não tomava refrigerante, mas porque não gostava. Apesar de gostar muito de pão de queijo, ela comia apenas uma vez por semestre, em média. Além disso ela disse que gostava muito de doce, mas evitava. Apesar de não se proibir e comer doce quase todos os dias, ingeria apenas um “pouquinho” (um quadradinho de chocolate amargo depois do almoço e um após o jantar), que era uma estratégia para evitar compulsões, pois desde que começou a ingerir pequenas quantidades diariamente não teve mais “compulsão por doce”. Ela se considerava viciada em *frozen yogurt*, então perguntei a ela se esse “vício” e se suas preferências eram orientadas para alimentos que são considerados saudáveis e pouco calóricos, ela me respondeu:

MÔNICA – Eu acho que começa, sempre começou com a preocupação calórica, mas se tornou um hábito... são coisas que eu gosto... tem coisa que deve fazer muito bem pra saúde, mas que eu não vou comer nem a pau, porque eu acho horrível... eu não sei dar um exemplo... o que é saudável que eu não gosto?... É engraçado, eu nunca tinha pensado nisso, mas eu acho que eu criei um gosto por coisas saudáveis... eu realmente prefiro... entre uma pizza de escarola ou de quatro queijos, eu PREFIRO a pizza de escarola.

MARISOL – Mas você acha que isso faz parte do sintoma?

MÔNICA – Não mais... é como fazer a atividade física, eu acho que quando surgiu podia ser sintoma, mas hoje realmente virou uma preferência... leite, eu só tomo desnatado, porque leite integral me dá indigestão, não consigo tomar... tem coisas que são sintomas, por exemplo, iogurte... quando meu pai não compra iogurte light, eu não vou tomar, por mais que eu ache que seja gostoso, eu não vou tomar... eu não tomo, só tomo se for o zero e isso eu sei que é sintoma.

MARISOL – Então você considera que tem clareza hoje do que é sintoma e o que é preferência?

MÔNICA – Tenho, tenho. Porque é isso... o iogurte, ou laticínios, em geral... requeijão. Requeijão light ou tradicional, de gosto é a mesma coisa... eu só como se for o light. Pode até ser que o light tenha menos gosto, eu não sei, porque eu não

como do normal... eu não como!... tem coisas que eu adoro, que eu não como... mortadela, nossa, eu acho uma delícia mortadela...

MARISOL – E você não come por quê?

MÔNICA – Você já leu as informações nutricionais daquilo ali? Tem muita gordura e muito sódio... tipo, comida congelada eu não como, por mais que eu ache gostoso... lasanha de espinafre da Sadia... quando eu era mais nova eu comia, eu sei que eu gosto... eu não vou comer, jamais, em hipótese alguma... e o meu irmão mais novo, não o menor, o do meio, o Lucas, ele apresenta as mesmas coisas que eu... ele tem isso também... ele tem uma certa neurose com o corpo dele... ele se acha... ele não é gordo, ele é forte, ele é malhado... ele não se acha... ao mesmo tempo ele se acha frango e gordo... aqui ele não é grande suficiente e ali tem muita gordura... eu falo: “Lucas, sossega, tá um corpo lindo”... “Ah, você só fala pra me agradar, porque não sei o que... eu não vou querer sair pra comer não sei aonde, porque é muito gordura, eu não vou comer isso”... só come pão integral, leite se for desnatado...

MARISOL – Mas você acha que isso é problemático? Você acha que tem um nível dentro da normalidade?

MÔNICA – Sim, o dele eu acho que tá dentro da normalidade... é uma neurose normal, não uma neurose neurótica... não, eu já falei pra minha mãe, minha mãe tava preocupada quando ele começou... falei: “Mãe, relaxa... ele tá de boa”... ele não deixa de fazer as coisas, sabe?...

MARISOL – O que você acha que diferencia esse comportamento dele que você acha que é normal e o seu que é neurótico neurótico?

MÔNICA – Acho que essa questão de se impor um limite muito forte... ele tenta controlar a alimentação dele, tipo, só que ele não passa as vontades que eu passo, sabe? ... meu irmão é viciado em pipoca... e aí outro dia ele tava com vontade de comer pipoca de cinema... ele foi até o cinema perto da minha casa e comprou uma GRANDE e comeu a pipoca... então, ele controla até certo ponto... mas se ele realmente tá com muita vontade, ou se a gente sai pra jantar... esses dias foi aniversário do meu avô, 72 anos, a gente foi numa pizzaria. Eu comi dois pedaços... eu até agüentaria mais um, mas falei: “Não, eu não vou comer, eu tô satisfeita, sabe, eu vou comer mais um pra que? Pra depois ficar com culpa?”... meu irmão, sei lá, comeu 8 pedaços de pizza... comeu quanto ele quis e não só aquilo que ele achou que deveria... então acho que a diferença é bem nisso, sabe? Eu não, eu vou me propor a comer dois e se eu fujo dessa proposta, que foi o que aconteceu no sábado, por exemplo... ontem foi um dia horrível para mim, eu fiquei só pensando no que eu bebi no sábado e que eu não devia ter bebido... acho que a diferença é essa também, se sentir culpado porque não deveria ter feito...

É interessante notar que Mônica reconhece ter criado um hábito por “coisas saudáveis”, ou seja, os *sintomas* da *anorexia* se transformaram em hábito. Desse modo, as preferências, a princípio “guiadas pela *anorexia*”, são incorporadas e tornam-se um hábito, uma escolha, e, porque não? uma preferência! Contudo, o gosto adquirido por “coisas saudáveis” é incorporado, mas o gosto por coisas “não saudáveis” e calóricas – e em sua fala o valor calórico coincide com a qualidade do alimento, ou a qualidade do alimento é determinada por seu valor calórico – não é considerado, pois apesar de gostar de pão de queijo ela quase nunca se permitia comer, apesar de gostar de *Burger King* ela não comia, entretanto é “viciada” em *frozen yogurt*, que é considerado saudável e pouco calórico em relação ao sorvete e outros produtos. Ressalto novamente a utilização do termo viciada para referir-se a uma prática, como a prática de esportes, ou o consumo de um produto, como o *frozen yogurt*. Apesar de gostar de pão de queijo ela não pode viciar nele, pois isso implicaria

consumi-lo com maior frequência, no entanto viciou-se em *frozen yogurt*, que pode ser uma opção mais adequada, diante de opções mais calóricas. Além disso, há alimentos que mesmo sendo considerados saborosos e que agradam seu paladar, ela não consome por considerá-los nada saudáveis, como a mortadela ou comida congelada, que possui altos índices de sódio e gordura, e que são, ao mesmo tempo, muito calóricos. Por outro lado ela considerava que devia haver alimentos muito saudáveis, mas que não lhe agradava o paladar, e que nem por isso ela os consumia. Ela se considerava capaz de diferenciar o que de fato era um gosto ou uma preferência do que poderia ser um resquício da *anorexia*, um *sintoma*, como o fato de consumir apenas laticínios light, apesar de poder não haver diferença no sabor, o que ela não poderia afirmar, já que não consumia laticínios integrais. Não se trata, portanto, de uma questão de gosto, de preferência, por haver uma diferença radical ou concreta no sabor ou na textura do produto, mas sim por um *sintoma*, uma *neurose*. Desse modo, entre as preferências criadas a partir de *sintomas* ou da *neurose* da *anorexia* há aquelas que de fato constituem-se um hábito, um gosto, há outras que mesmo sendo calóricas, logo pouco saudáveis, ela se permitia de vez em quando, e há aquelas que mesmo sendo saudáveis, ela não consumia (embora não tenha se lembrado de nada que considerava saudável e que não gostasse).

Além disso, ela distingue o que considerava uma *neurose normal* de uma *neurose neurótica*, que em sua opinião diferenciam-se pela rigidez e força dos limites estabelecidos. Uma *neurose normal* é aquela na qual a pessoa tenta controlar sua alimentação, mas não “passa vontade”. Na *neurose neurótica*, a rigidez do controle é tamanha, que a pessoa abre mão das preferências e gostos em nome dos *sintomas* e ideal de magreza. Para ilustrar, ela recorreu ao exemplo do irmão que, segundo ela, restringia até certo ponto, mas não passava vontade, comia quanto desejava, e não só quanto deveria, como em seu caso, dado que se comesse mais do que deveria ou estabeleceu para si como ideal poderia sentir-se culpada. A culpa também é um fator diferencial entre a *neurose normal* e a *neurose neurótica*, segundo ela. Essas distinções se aproximam das concepções das psicanalistas, que consideram que a capacidade de “negociar” com a própria dieta é um dos fatores que diferencia um comportamento “normal” de um comportamento “patológico”.

Para controlar-se, não ceder às vontades e, ao mesmo tempo, manter um controle sobre sua *neurose* que foge à normalidade Mônica programava sua rotina alimentar como se estivesse sempre de dieta, utilizando essa rotina e programação para não perder o controle ou ceder às tentações. Além da relação com a alimentação e as preferências alimentares, o gosto por esportes também aparece em suas trajetórias. Regina contou que sempre gostou muito de esportes, o que influenciou em sua escolha pela área de Educação Física, mas questiona-se se realmente gosta dessa área ou se sua escolha “tem a ver com a doença”. Ela contou que o período que fez faculdade coincidiu com o momento em que estava mais magra, que foi quando treinava judô junto com atletas

profissionais,¹⁴⁵ além de trabalhar numa academia e ainda cuidar da casa e da filha. Além de todas essas atividades, foi um período no qual restringia muito a alimentação e ainda se purgava. Era uma combinação de intensa atividade física, somada à restrição alimentar e purgações, tratando-se de uma soma que resultou no pior período de seu *transtorno*. Depois que sua filha nasceu ela considerava que seu *transtorno* piorou muito, pois ficou muito obsessiva. Ela entendia que sua piora ocorreu porque era muito jovem, uma vez que tinha 23 anos quando sua filha nasceu, mas não sabia explicar ao certo a relação entre a gravidez e a piora do *transtorno alimentar*, pois “as coisas ficam um pouco esquecidas”, apesar de lembrar-se das mudanças ocorridas em seu corpo nesse período, como disse anteriormente, que a fez sentir-se gorda como uma *vaca leiteira*.¹⁴⁶ Mônica considerava-se “viciada” em exercício físico, como já foi dito acima, revelando que “um pouco do *transtorno* verteu para a prática esportiva”, assim como o gosto por alimentos saudáveis surgiu como um *sintoma* da *anorexia* e transformou-se em um hábito. Nesse sentido, começava como uma preocupação calórica e tornava-se um gosto.

A constituição de gostos e preferências parece surgir dos *sintomas* da *anorexia* que se transformam e são incorporados como hábitos. Assim, adquire-se gosto por “coisas saudáveis” e pela prática de esporte e exercícios físicos, como se “um pouco do transtorno vertesse para a prática esportiva”. Escolhas “guiadas pela anorexia” ou pelo critério do que é considerado saudável/pouco calórico tornam-se hábitos incorporados, transformando-se em preferências, análogo ao que se dá em relação ao aprendizado de técnicas corporais, como diz Mauss (2003). Para esse teórico, que entende técnica do corpo como as maneiras que os humanos, nas diversas sociedades, sabem se servir de seus corpos, os hábitos e técnicas corporais não são dados naturais, mas apreendidas “tradicionalmente”, uma vez que as técnicas são atos tradicionais eficazes. Além disso, as técnicas corporais, como o andar, que é o exemplo utilizado pelo autor, forma uma idiossincrasia social, uma vez que se trata de um modo singular e específico de desenvolvê-lo, e não simplesmente um produto de arranjos e agenciamentos individuais, quase que psíquicos. Desse modo, alimentos considerados saudáveis e pouco calóricos do ponto de vista científico, cuja eficácia é comprovada, são eleitos aqui como preferências, transformando-se em hábitos. O gosto e as preferências não surgem natural e espontaneamente, como qualquer outro, mas nesse caso por serem considerados pouco calóricos e saudáveis. Entretanto, essas “técnicas” e hábitos se tornam tão enraizados que

¹⁴⁵ Segundo ela seu professor de judô pesava os atletas, pois se ganhassem peso passariam a competir em outras categorias e por isso havia uma preocupação em não ganhar peso. No seu caso a preocupação e o motivo da pesagem eram opostos: ele a pesava para verificar se ela não havia perdido peso, pois nesse caso seria proibida de continuar treinando.

¹⁴⁶ Em seguida Regina falou sobre o quanto foi difícil “enfrentar o transtorno” ao lado do ex-marido e diz que o motivo de estar fazendo terapia há 11 anos talvez seja por ter sido casada com um policial militar que achava que se você não estivesse sofrendo no Camboja, na guerra civil, então era “frescura”. Ao falar de sua terapia ela diferenciou a abordagem cognitivo-comportamental da psicanálise, que são as abordagens que teve no Ambulatório 1 e que tinha naquele momento na clínica psicanalítica.

constituem quase uma “segunda natureza”, como considera Mauss a respeito das técnicas corporais, como a técnica de natação, por exemplo, que depois de apreendida dificilmente é possível desembaraçar-se dela. Por isso Regina precisou rever suas escolhas e reconsiderar suas preferências, enquanto Mônica considerava que adquiriu preferência por “coisas saudáveis”, que acabaram constituindo seu gosto, seu *habitus*.

A noção de *habitus*, de Bordieu (1996), ilumina aqui outro aspecto dessa preferência por “coisas saudáveis”, na medida em que faz referência a “estruturas incorporadas” que são princípios geradores de práticas distintas e distintivas. A opção por “coisas saudáveis” e a determinação dessa opção, é entendido como o que diferencia Mônica de seu irmão, por exemplo, que é o que diferencia a *neurose normal* da *neurose neurótica*. No limite, em sua concepção, somos todos neuróticos, mas a dosagem, a rigidez e o grau da neurose podem representar a diferença entre a *neurose normal* e a *neurose neurótica*, gerando práticas distintas e que distinguem os “normais” daqueles que tem uma “questão alimentar”.

Wacquant (2007), que recupera os sentidos e usos da noção de *habitus* desde sua gênese, reconstituindo-a ao longo dos desenvolvimentos e teorias sociológicas, considera que Pierre Bourdieu foi quem realizou a mais completa renovação sociológica desse conceito:

(...) o *habitus* é uma noção mediadora que ajuda a romper com a dualidade de senso comum entre indivíduo e sociedade ao captar “a interiorização da exterioridade e a exteriorização da interioridade”, ou seja, o modo como a sociedade se torna depositada nas pessoas sob a forma de disposições duráveis, ou capacidades treinadas e propensões estruturadas para pensar, sentir e agir de modos determinados, que então as guiam nas suas respostas criativas aos constrangimentos e solicitações do seu meio social existente. (Wacquant, Loïc, 2007, p. 6)

Romper com a dualidade entre indivíduo e sociedade possibilita superar a ascendência da sociedade sobre o indivíduo, proporcionando-lhe agência, na medida em que o *habitus* nunca é uma réplica de uma única estrutura social, constituindo-se como a soma da história individual e grupal sedimentada no corpo. Segundo Wacquant:

Contra o estruturalismo, então, a teoria do *habitus* reconhece que os agentes fazem ativamente o mundo social através do envolvimento de instrumentos incorporados de construção cognitiva; mas também afirma, contra o construtivismo, que estes instrumentos foram também eles próprios feitos pelo mundo social (Bourdieu 1997/2000: 175-177). O *habitus* fornece ao mesmo tempo um princípio de sociação e de individuação: sociação porque as nossas categorias de juízo e de ação, vindas da sociedade, são partilhadas por todos aqueles que foram submetidos a condições e condicionamentos sociais similares (assim podemos falar de um *habitus* masculino, de um *habitus* nacional, de um *habitus* burguês, etc.); individuação porque cada pessoa, ao ter uma trajetória e uma localização únicas no mundo, internaliza uma combinação incomparável de esquemas. Porque é simultaneamente

estruturado (por meios sociais passados) e estruturante (de ações e representações presentes), o *habitus* opera como o “princípio não escolhido de todas as escolhas” guiando ações que assumem o caráter sistemático de estratégias mesmo que não sejam o resultado de intenção estratégica e sejam objetivamente “orquestradas sem serem o produto da atividade organizadora de um maestro” (Bourdieu 1980/1990: 256). (WACQUANT, 2007, p. 8)

O *habitus* opera nesse contexto, portanto, como um princípio de distinção e uma possibilidade de agenciamento, na medida em que as escolhas guiadas por critérios calóricos podem ser “desobedecidas” em função do gosto pessoal, como quando a “preferência” é privilegiada em detrimento do valor calórico.

Segundo Csordas (2008), Bourdieu transcende a noção de *habitus* presente em Mauss, pois vai além da concepção de uma coleção de práticas, definindo-o como um sistema de disposições duráveis, princípio inconsciente e coletivamente inculcado para a geração e a estruturação de práticas e representações. Podemos então, tanto considerar uma listagem de práticas e técnicas corporais e alimentares nesse caso, embora Mauss não se refira apenas a isso, mas também ao processo de incorporação das mesmas, a partir de uma “imitação prestigiosa”, não baseada em arranjos individuais, mas como uma série de atos de montagens fisio-psico-sociológicas, bem como o desenvolvimento de um dispositivo, um gosto e preferências que organizam a existência.

Por fim, ressalto que não apenas nos casos de *transtornos alimentares* a seleção de alimentos e constituição de um gosto se dá pelo estabelecimento de um hábito, mas é um processo que ocorre de maneira geral e que pode ser reformulado com a introdução de novos hábitos (apesar da dificuldade apontada por Mauss diante de uma nova técnica de natação, como também no registro das entrevistadas). A distinção aqui, no entanto, se dá pelo estabelecimento de um gosto pautado por critérios específicos, legitimado cientificamente, como o gosto por “coisas saudáveis” e, por conseguinte, gealmente, pouco calóricas.

Sobre essa constituição de gostos e escolhas, Marshall Sahlins esboçou rapidamente em “Cultura e razão prática” (2003) algumas noções que nos ajudam a pensar sobre a escolha dos alimentos. Ele tenta mostrar como o tabu de comer determinados tipos de carne (a carne dos animais domésticos) entre os americanos não se funda em suas propriedades alimentícias nem numa razão muito “lógica”, mas sim numa escolha cultural – o que ele chama de razão cultural. O consumo de carne é para os americanos, assim como para nós, a principal fonte de proteína e o elemento central, com apoio periférico de carboidratos e legumes. Ele distingue a comestibilidade possível entre cavalo, cachorro, porco e boi, sendo os dois primeiros considerados tabus, o que torna inimaginável o consumo dessas carnes, mesmo que o seu valor nutricional não possa ser desprezado e sua produção possível, até porque carne de cavalos velhos ou que morrem são utilizadas para alimentar outros animais, como cachorros. E há uma diferença no grau de não

comestibilidade entre o cachorro e o cavalo, sendo o primeiro ainda mais inimaginável do que o cavalo.

Mas se a produção de cachorros e cavalos para alimentação é possível, e se seu valor nutricional é considerável, porque então é inimaginável o consumo dessas carnes? Aliás, Sahllins diz que para um índio, um havaiano ou um hindu seria incompreensível ver como é possível ser permitido que esses animais se reproduzam havendo uma restrição tão severa ao consumo dessa carne. Para ele a explicação é que esses animais participam da sociedade americana na condição de **sujeitos**, tendo nomes próprios e até fazendo parte da família. Todos os animais estão integrados à sociedade, mas cada um com um status diferente. A comestibilidade está inversamente relacionada com a humanidade. Quanto maior a aproximação, menor a comestibilidade. Por isso os cachorros são os mais “proibidos”, seguidos pelos cavalos, que tem uma relação servil e de trabalho com os seres humanos. E entre aqueles que são considerados comestíveis, a carne de boi é preferível à carne de porco, pois o porco, como é um animal de curral e se alimenta de restos da comida humana, está mais “próximo” dos humanos do que os bois. Desse modo, a “razão prática” pela qual se dá a escolha, constituição de gostos e preferências, no caso das entrevistadas, passa pela “lógica calórica” e por aquilo que é considerado “saudável” em seus pontos de vistas.

3.4. A percepção do sofrimento gerado pelas práticas e relação com o corpo

Depois de considerar a apropriação do diagnóstico em cada trajetória e na constituição da própria subjetividade, o modo como hábitos incorporados transformam-se em gostos e preferências, ou como o *transtorno* transforma-se em hábito, que se transforma em gosto, cabe agora problematizar o modo como os *sintomas* e as práticas afetam a percepção e o sofrimento que, embora subjetivo e relativo, é expresso pelos sujeitos.

Quando perguntei à Regina se o *transtorno* a afetava de alguma maneira ela respondeu enfaticamente que sim, pois se sentia “extremamente incomodada” com alguns *sintomas*, como a *distorção da imagem corporal*, uma vez que, segundo ela, tinha “muita distorção de imagem”, o que provocava uma sensação de inchaço “gigantesca”, um desconforto com o próprio corpo, que a fazia isolar-se, deixar de sair de casa (ou sair menos), vestir-se para esconder-se. No entanto, antes mesmo de falar sobre o sofrimento, incômodos e problemas gerados pelos *sintomas*, tanto Regina quanto Mônica referiram-se ao “sofrimento” causado pelos comentários e/ou atitudes da família e de conhecidos diante de suas “gordurinhas” e “excesso de peso”, que foi o que as motivou querer emagrecer. Como já demonstrei acima, os comentários “maldosos” e questionamentos sobre o excesso de peso, que muitas vezes “nem é tão excessivo assim”, é entendido como uma das

principais motivações para quererem emagrecer e recorrerem a técnicas extremas para perder peso, o que é entendido, não apenas pelos próprios sujeitos, como pelos pesquisadores e profissionais especializados, como um gatilho disparador dos *transtornos alimentares*.¹⁴⁷ Desse modo, a primeira “fonte de sofrimento”, ainda anterior ao “desenvolvimento” e manifestação desses *transtornos* decorre do julgamento exterior a respeito do corpo, suas formas e seu tamanho, mesmo que não intencional. O reconhecimento da inadequação do corpo e os sentimentos suscitados em relação a ele se dão por intermédio de um exame externo, motivado, de certa forma, pela lipofobia contemporânea e o estado de pavor à gordura que vivemos atualmente, o que gerará muitos outros incômodos e sofrimentos na relação que esses sujeitos estabelecem com seus corpos,¹⁴⁸ como quando Regina revelou ter “se maltratado tanto” em nome da manutenção e perda de peso, numa tentativa de ajustar sua inadequação e sentimento de incômodo em relação ao próprio corpo.

Sobre a *distorção da imagem corporal*, considerada um dos principais *sintomas* para diagnóstico de *transtorno alimentar* e uma das principais fontes de sofrimento, do ponto de vista de Regina, ela disse:

REGINA – (...) Você... incha o peito, a barriga fica mais inchada. Aí o que você vê **daqui pra cá** e está achando que, não está reparando em nada, eu **daqui pra cá** estou achando... a **sensação** no corpo é de uma coisa gigantesca. Quando eu tomei o remédio que me deixou mais inchada e com vontade de comer açúcar, eu andava e é como se eu sentisse isso aqui balançando (referindo-se à própria barriga). Imagina, eu nem passei da calça 40. A calça 40 estava começando a ficar boa. Mas na hora era como se essa parte aqui estivesse fazendo assim enquanto eu andava (simulava o movimento de excesso de gordura e pele balançando, se movendo de acordo com o movimento provocado pelo andar). Eu ficava apavorada. Então é óbvio que isso me afeta profundamente.(...)

MARISOL – Então o que você chama de *distorção corporal* é isso: não tinha uma gordura balançando, mas você sentia que ela estava lá? Mas ela não estava?

REGINA – É, não devia estar né, não é possível, você engordou 3 quilos, está começando a ficar com uma cara de... quem me olha acha que eu sou extremamente magra, eu acho que eu sou normal, acho que eu poderia ser mais magra, acho isso mesmo! Mas como eu sei que isso é a doença... A doença se confunde com a sua personalidade. Eu fico imaginando como deve ter sido difícil para o meu ex- marido me aguentar. Pensa bem! Uma pessoa doente! (...) Eu me sentia mal, não pelo que os outros iam pensar, eu me sentia mal porque eu me sentia mal, porque dá ansiedade, porque dá medo, dá depressão! Geralmente a cavalo vêm outras conseqüências! Porque minha saúde foi prejudicada! Não é no sentido social da coisa. Ah, você vê na televisão? Ah, e daí?! Você compra revistas? Não! Consome isso? Não! Nem tenho dinheiro, nem vontade, nem paciência, pois acho que é de uma mediocridade fora do normal!

¹⁴⁷ A frase da nutricionista: “nem toda dieta resulta em *transtorno alimentar*, mas todo *transtorno alimentar* começa com uma dieta”, revela essa associação entre dietas como disparadoras de *transtornos alimentares*.

¹⁴⁸ Não pretendo com essa distinção entre o sujeito e seu corpo reforçar o dualismo ocidental entre mente e corpo, porém refletir a forma como o corpo aparece no próprio discurso desses sujeitos, nos quais às vezes o corpo é apresentado como o sujeito da frase, como quando Mônica diz: “seu corpo exige que você se veja gorda para você se manter na neurose da doença”

Já Mônica, quando lhe pedi uma explicação referente à *distorção da imagem*, ela disse:

Acho que é tipo uma exigência inconsciente, tipo, seu corpo exige que você se veja gorda para você se manter na neurose da doença... eu acho que ele meio que controla isso... ¹⁴⁹

É curioso que, pela forma como descreve, aqui seu corpo explicitamente não só tem agência como “controla sua mente”, seu próprio olhar, exigindo-lhe que se enxergue e se perceba gorda (ou mais gorda do que está), para manter-se “na neurose da doença”. Ou seja, há o predomínio do corpo sobre a mente, por isso “saber objetivamente” não é o suficiente, pois há as situações em que o corpo faz exigências, ou, nos termos de Regina, o “eu doente” prevalece.

A *distorção da imagem corporal* é uma questão cara e delicada tanto às *pacientes* quanto para as psicanalistas da clínica por ser complexa, difícil de ser abordada e explicada, e fonte de sofrimento. Quando falou sobre seu incômodo ao ouvir pessoas falarem sobre *anorexia*, Mônica citou comentários de profissionais e “leigos” sobre o modo como as pessoas com *anorexia* se percebem, e rebateu dizendo que nem ela própria sabia como ela “se enxerga”, então como alguém externo pode querer explicar a maneira como alguém com *anorexia* se enxerga?

Algumas vezes tenho impressão de que esse elemento aparece no discurso biomédico e até psicanalítico como uma espécie de “alucinação” das *pacientes*, que mesmo olhando-se no espelho não são capazes de reconhecer o próprio corpo. Além disso, apesar de ser considerado um dos principais critérios para diagnosticar *transtorno alimentar*, comentários das psicanalistas apontavam para a *distorção* como algo que não é restrito aos casos de *anorexia*, uma vez que qualquer um pode se achar mais gordo ou mais magro, mais bonito ou mais feio, dependendo da percepção que se tem de si próprio, que não se baseia apenas na “realidade” do corpo, mas na forma de percebê-lo e reconhecê-lo a partir de critérios subjetivos. Já apontei acima para a contradição desse discurso que, por um lado marca uma diferença radical entre a “obsessão” com o corpo e alimentação nos casos de *transtornos alimentares*, e por outro aproxima a concepção de *distorção da imagem corporal* às percepções que cada um tem em relação ao próprio corpo que podem variar de acordo com o “humor” e a situação.

Para falar sobre sua *distorção* Mônica deu o exemplo do assento preferencial do metrô, dizendo que na época da *anorexia*, apesar de estar magra, teria reivindicado o assento para si e que, aos olhos dos outros, isso poderia parecer loucura, pois “será que ela não vê que é magra e que esse assento é destinado a pessoas obesas”? Segundo Mônica, ela REALMENTE não via que estava magra, e ainda tinha “certa *distorção*”, tanto que se comparava às pessoas na rua para tentar

¹⁴⁹ Essa explicação aproxima-se, de certa maneira, à estratégia da minha amiga de “enganar-se” a respeito da própria altura, como uma forma de apresentar um IMC acima do que de fato está para obrigar-se a perder peso.

descobrir qual era o seu tamanho e, geralmente, apontava alguém muito mais gordo, pois tinha uma percepção de ser maior do que era. Analogamente, Regina revelou sentir sua gordura balançar. Ela descreveu que era uma sensação no corpo, mais do que uma visão de si mesma. E, segundo ela, era uma “sensação gigantesca”, não apenas visual, pois não se tratava apenas de olhar-se no espelho e ver a gordura, mas senti-la balançar, mesmo sabendo “objetivamente” que possivelmente não havia o que balançar, não da forma como ela sentia. Desse modo, como referir-me a essa questão sem incomodar Mônica, uma vez que em sua opinião eu nunca entenderei a sensação e percepção de ser maior?

Parece-me que a forma como Regina descreve ilumina as distintas percepções do olhar do próprio sujeito em relação ao seu corpo e o olhar de um profissional ou “leigo”, pois: o que se vê **daqui pra cá**, ou seja, o olhar externo sobre o corpo de quem tem *anorexia*, não é o mesmo que se vê **daqui pra cá**, ou seja, o olhar interno. Além da diferença entre as visões internas e externas, trata-se mais de uma **sensação**, do que apenas uma visualização do próprio corpo. A essas explicações soma-se a caracterização mais “psicológica” dada por Mônica, que atribuí a distorção a uma “exigência inconsciente”, como se o corpo exigisse que a pessoa se enxergasse mais gorda para manter-se na “neurose da doença”.

No entanto, considerar o corpo como aquele que exige manter-se na “neurose da doença”, de certa forma é uma maneira de responsabilizar-se e auto infligir-se um sofrimento e incômodo impossível de ser suprimido, ainda que não racionalmente. Não posso deixar de lembrar a respeito do tipo de discurso comumente encontrado em revistas e na mídia em geral que responsabiliza o indivíduo pelo seu corpo, pela sua boa forma e felicidade, uma vez que as técnicas estão todas disponíveis, bastando esforço e determinação para se alcançar o ideal. Desse modo, não digo que elas devem sentir-se responsáveis pelo sentimento e sofrimento autos infligidos, mas sim que talvez se apropriem de um discurso relacionado ao individualismo contemporâneo que responsabiliza o indivíduo por sua condição.

Outra questão que do ponto de vista do senso comum é um “sofrimento auto imposto” diz respeito à prática de auto-mutilação comumente associada aos *transtornos alimentares*, embora não seja uma exclusividade. Mônica e Regina praticamente não falaram sobre esse assunto, a não ser Regina quando se referiu aos *pacientes* do Ambulatório 1 que recebiam alta hospitalar, mesmo quando ainda “se cortavam”, só por ter apresentado uma melhora dos *sintomas alimentares*. Valentina, citada acima, que ao longo de sua narrativa descobriu um câncer (e falou sobre a “invisibilidade” de sua dor, ainda que lhe parecesse legítima) disse que assim como o *transtorno alimentar*, que ninguém enxerga por ser muito pouco material, a auto-mutilação, que mesmo sendo uma maneira de materializar a dor, também não é vista, o que a faz concluir que talvez ninguém esteja preparado para lidar com o sofrimento alheio. Assim, a auto-mutilação aparece aqui como

uma forma de manifestar a dor e o sofrimento, por isso a incompreensão de Mônica ao ver pessoas que “ainda se cortam”, ou seja, ainda têm “problemas”, estão sofrendo e materializando sua dor e, portanto, não deveriam receber alta.

A questão da auto-mutilação aparece também nos blogs Pró-Anna e Mia, nos quais inclusive fotos são postadas, normalmente nas quais as autoras exibem os próprios cortes e sangue, acompanhados de comentário como: “Parei com os cortes, embora não quisesse, não tinha mais o que fazer para esconder, mais a cicatriz continua aqui e ela me ajuda muito a lembrar dos meus objetivos...”¹⁵⁰

Os cortes aparecem, portanto, como uma forma de materializar a dor e o sofrimento, uma advertência para lembrá-las dos objetivos, uma maneira de “descontar” a raiva, tristezas e frustrações, que, apesar de serem feitos em lugares bastante visíveis, o intuito não é mostrá-los (ou, pelo contrário, mostrá-los e serem percebidas), como a autora dos cortes e do blog continua descrevendo:

(...) om, como disse antes minha vida anda uma montanha russa e os cortes foram feitos nas horas em que eu estava pra baixo. Foi muita coisa ruim acontecendo td de uma vez na minha vida e eu não suportei, precisava aguentar para não desmoronar e acabar complicando ainda mais com a minha vida, percebi que os cortes me ajudaram a ficar de pé, descontei minha raiva e minha tristeza nos cortes, antes um machucado físico do que sentimental, quando me corto tudo aquilo que sinto vai embora, parece que toda dor, aquela dor no coração, sai junto com o sangue e isso eh alivante. Mais como vocês sabem cortes, ainda mais no braço são muito visíveis, então inventei uma desculpa para as pessoas que perguntavam e disse que avia caído, coloquei um bandeeide e todos acreditavam, e com o proveito do bandeeide podia continuar me cortando sem que ninguém visse nenhuma diferença, mais uma hora os machucados saram e eu tive que tirar o bandeeide e parei de me cortar, sei que vocês são contra o que eu faço mais eu preciso disso para me manter de pé e não sei o que fazer agora para continuar me cortando sem ninguém perceber...

Como ela aponta, nem todos (ou ninguém) aprovam o ato de cortar-se, por materializar demais uma dor que talvez não devesse ser manifesta. Por isso suas leitoras “são contra”, mesmo partilhando da dor e incômodos sentidos pela autora do blog. Os cortes evidenciam a dor e o sofrimento, denunciam a “violência” das práticas e relação com o próprio corpo, apontam para algo “pouco humano” e “civilizado”, por isso é desaprovado e causa incômodo.

O sofrimento e certa angústia aparecem também no relato médico e especialmente no relato psicanalítico, provocados pela gravidade das histórias e dificuldade de *manejar* esses casos, que exigem muita paciência e humildade dos profissionais, como muitas vezes ouvi das psicanalistas. Diversas situações e momentos que exigiram certo controle e paciência por parte das psicanalistas, que levavam suas angústias ao grupo, buscando ouvir opiniões sobre como tratar certos *pacientes*

¹⁵⁰ Fonte: Blog *Lizzie* Em busca do corpo perfeito (<http://dietperfect.blogspot.com.br/>).

ou agir diante das famílias em circunstâncias delicadas. Esses eram sempre momentos de reflexão sobre suas posições e a dificuldade enfrentada nesses casos, além da angústia gerada.¹⁵¹ Além do mais, outro motivo de sofrimento citado por elas é a falta de *instalação de angústia* nessas *pacientes*, o que gera sofrimento em suas famílias e nos profissionais que as atendem. São sofrimentos gerados pela percepção de sofrimento nas próprias *pacientes* ou pela ausência de sofrimento nessas pessoas que “deveriam” sofrer. Além disso, para a concepção psicanalítica, esse sofrimento e a forma de relacionar-se com o corpo e com a alimentação são expressões de sofrimentos e conflitos internos maiores, como se houvesse uma verdade a ser descoberta por trás dessas práticas, ou um conflito interno profundo que as explicasse.¹⁵²

Sobre a questão do sofrimento e “violência das práticas”, quero ressaltar uma reflexão realizada pelas pesquisadoras Ana Paula Gonzaga e Cybelle Weinberg em um artigo cujo título bastante significativo é “A violência dos ideais na Anorexia: o eu corporal em ruínas”. A principal hipótese das autoras nesse artigo é a de que nos casos de *anorexia* o corpo “imaginário” está arruinado e deformado, representando um ideal impossível que reflete o “aprisionamento narcísico” de um “ego ideal tirânico, que é antes de tudo um ego corporal”. Em consonância com o argumento do livro do qual esse artigo faz parte, de um “eu em ruína”, as autoras defendem que nesses casos o que há é um “corpo em ruínas”, diante de um “ego ideal tirânico”. Mas o que isso significa? Apesar das categorias psicanalíticas e a necessidade de compreensão da “constituição do aparelho psíquico” e “instauração do ego” e sua “derivação para as instâncias ideais”, bem como as concepções sobre a “imagem corporal”, cabe investigar o que é considerado o ideal na *anorexia* e porque esses ideais são vistos como violentos pelas autoras. De acordo com elas os ideais que essas *pacientes* se impõem estão relacionados à crença de que sempre é preciso perder mais peso por acreditarem numa imagem distorcida do próprio corpo que tem a força de uma “ideação delirante que corrompe o fio de ligação com a realidade”, mesmo não se tratando de *pacientes psicóticas*, apesar dos esforços dos profissionais que as tratam, segundo as autoras, de “lhes oferecer os mais diferentes elementos de realidade, de que o que estão percebendo ou sentindo não corresponde ao factual”.

Para as autoras a violência dos ideais está relacionada à punição auto imposta diante do fracasso em relação à dieta. Segundo elas:

Os sentimentos de decepção e frustração são frequentes e intensos nessas pacientes, indo desde uma auto-acusação até atos praticados contra sua própria integridade.

¹⁵¹ Certa vez ouvi-las dizer que para atender *pacientes* com *transtornos alimentares*, assim como outros de “difícil acesso”, é necessária muita paciência, saber lidar com as frustrações e não ser uma psicanalista muito *narcisista* e achar que salvará sua *paciente*, ou que pode impedi-la de ir embora.

¹⁵² Similar ao que aponta Foucault em relação à psicanálise ao falar sobre a sexualidade, como se houvesse uma verdade por trás do sexo.

Castigar-se, punir-se, acusar-se, machucar-se, faz parte de uma rotina diante do que acreditam ser um fracasso por não conseguirem cumprir o contrato que fizeram consigo mesmas de não comer.

Esse sentimento de fracasso pode ser reconhecido nos discursos narrados acima, o que é fonte de sofrimento a quem tem *transtorno alimentar*, o que pode ser também observado nos blogs Pró-Anna e Mia, nos quais as autoras narram suas falhas diante da dieta e da determinação de emagrecer, o que gera ansiedades e aflições, algumas vezes associadas a um sentimento de estar sendo vigiada pela “Anna” e pela “Mia”, similar ao que relata Mônica quando lhe questionei se ela sentia que existia algum tipo de vigilância. Em suas palavras: “eu sentia como se tivesse alguma coisa me dizendo, ainda mais quando eu tava fugindo da anorexia... eu tinha uma compulsão e era como se alguma coisa tivesse vendo que eu tava fugindo da anorexia... quando eu tava burlando, mas não quando estava no controle”. O que interessa é que esses atos são interpretados pelas pesquisadoras como uma violência infligida sobre os próprios corpos, motivada por ideais ditados por um “ego tirânico”. No entanto, assim como nos mostrou Venna Das a respeito de outros “tipos” de violência, não cometidos sob si próprios, mas por terceiros, a violência é entendida como atos chocantes e inimagináveis apenas quando temos uma ideia formada acerca de como o sujeito humano deve ser construído (Das, 1999). Penso, então, que o sofrimento aparece nas trajetórias narradas, mas é preciso investigar seu significado e relativizar a noção de violência. Segundo Venna Das:

(...) Existe uma profunda energia moral na recusa de representar algumas violações do corpo humano, pois tais violências são vistas como sendo “contra a natureza”, definindo os limites da própria vida. (DAS, 1999, p.39)

No limite, parece haver um aspecto ou esfera da violência inquestionável ou cujo relativismo nos escapa, no entanto, ao refletir sobre a “violência auto imposta” na *anorexia*, será que ela pode ser entendida como um ato contra a natureza, extrapolando os limites da vida e do que é considerado “saúdável”?

Para isso considero necessário investigar os sentidos particulares atribuídos ao sofrimento experimentado em relação ao próprio corpo e as práticas, buscando refletir sobre os diferentes sentidos e formas de vivenciar o incômodo causado pelas sensações de inadequação, sejam em relação aos padrões estéticos e corporais ou mesmo aos padrões culturais e “regras” sociais vigentes nos contextos nos quais essas pessoas estão inseridas (especialmente quando se trata de adolescentes, que passam por um período em que certa “inadequação” e oposição aos códigos da geração anterior estão postos, e que é quando as problemáticas em torno do corpo, da alimentação, da sexualidade e identidade se instauram), relativizando as próprias concepções determinadas. Não

se pode deixar de considerar e problematizar também a violência dos medicamentos e técnicas biomédicas, como narra Mônica em relação ao seu sofrimento diante do *diário alimentar*, ou então as reações de Regina diante de medicamentos que a faziam engordar, inchar e sentir-se ainda mais desconfortável com o próprio corpo. Sei que desse modo não resolvo a questão, pois foge ao escopo da pesquisa, mas procuro com isso apontar para essa problemática.

Além do mais, é preciso considerar, como aponta Antonio (2010) em sua dissertação de mestrado, na qual explora a psicanálise lacaniana, sua atuação e a possibilidade de assimilação dos mecanismos de interpretação psicanalíticos como um poderoso instrumento de “autoconhecimento” aos indivíduos, pois, em sua opinião a psicanálise é agenciadora de “estilo de vida” e “modos de pensar” característicos de um ethos individualizante referente à realidade psíquica e social. Ela cita Mauss (1979) e sua concepção de que reconhecer, falar e expressar sentimentos e emoções não se refere a eventos estritamente individuais, pois as experiências sensíveis, sejam corpóreas ou emocionais, só podem ser apreendidas e integradas no plano das consciências individuais em referência aos códigos culturais, sociais e lingüísticos que lhes fornecem significação. Por isso, considera a psicanálise uma terapêutica eficiente apenas no âmbito sociocultural em que se insere, pois o “sofrimento psíquico”, mesmo como experiência idiossincrática, encontra-se determinado por formas socialmente codificadas, que, no caso, remete à lógica individualista de categorização da pessoa e do sofrimento. Além do mais, em relação aos *transtornos alimentares*, o sofrimento psíquico referente ao corpo está intimamente relacionado aos ideais sociais da contemporaneidade.

3.5. “Artistas da fome”

Desde que tomei conhecimento da história escrita por Kafka, apresentada parcialmente no início desse capítulo, em meio ao desenvolvimento da pesquisa de mestrado, por uma casualidade, pensei que poderia aproximar o drama vivido pelo protagonista, um artista da fome, às pessoas com *transtornos alimentares*, especialmente a *anorexia*, buscando investigar o que esse conto ficcional, escrito em 1922, poderia iluminar em relação ao fenômeno apresentado aqui.

Na história narrada por Kafka e apresentada no início do capítulo, o protagonista é um artista da fome, alguém que explora publicamente seus jejuns para atrair o público, bem como vigilantes escolhidos pelos espectadores para assumir a tarefa de velar seu jejum. No decorrer dos fatos o autor nos conta sobre o dia em que esse artista se viu abandonado pela multidão ávida por diversão, que então passou a preferir outros espetáculos, como se uma repulsa houvesse se estabelecido contra o espetáculo da fome. O que o artista da fome podia então fazer? Chegou o dia em que ele precisou demitir seu empresário e se empregou num grande circo, ocupando,

obviamente, não o centro do picadeiro como número de destaque, mas um lugar fora, perto dos estábulos, no qual o público poderia vê-lo nos intervalos do espetáculo, dividindo espaço com os animais, que atraíam o público. Mas mesmo assim suas performances públicas de jejum não mais magnetizavam os espectadores e o artista da fome ficou esquecido em sua jaula “jejuando como um dia sonhara”. Depois de muitos dias esquecido ele foi encontrado por um inspetor, em meio à palha que cobria a jaula, surpreendido por ainda estar fazendo jejum. O artista revela que sempre quis que admirassem seu jejum, mas que não deveriam, pois para ele era uma condição, precisava jejuar, não podia evitá-lo, uma vez que nunca encontrou um alimento que o agradasse.

A despeito dos motivos para seu jejum – sua determinação em jejuar ou sua incapacidade de encontrar um alimento que o agradasse – o que quero ressaltar aqui não são os comportamentos ou motivações do artista da fome. Num artigo sobre os *transtornos alimentares* a autora, a médica e psicanalista Gilda Kelner (2004), relaciona os casos de *transtornos alimentares* ao artista da fome que “não pôde evitar o jejum porque não havia comida que lhe agradasse”, mas que “se a tivesse encontrado, podes acreditá-lo, me teria fartado como tu e como todos”. No entanto, interessa-me destacar os comportamentos do empresário e dos espectadores que exploram a imagem da fome apenas enquanto esta os mantém interessados, transformando uma sinistra habilidade em uma forma de arte e apreciação, porém não tanto quanto desejaria o artista, que é interrompido em seu jejum, privado de sua glória e de sua tentativa de superar-se “até o inconcebível”, por não mais suportar, apreciar ou ter paciência com seu jejum.

A narrativa de Kafka me remete às trajetórias apresentadas acima, como a de Valentina,¹⁵³ que antes do tratamento realizado na infância era “magrinha”, depois engordou, mas não se incomodava com o peso até que passou a ouvir críticas externas. Ela conseguiu emagrecer repentinamente e viu seu comportamento rígido, sua disciplina e o excesso de atividade física serem aprovados por seus familiares e conhecidos. Segundo ela: “Tudo com a aprovação geral. Não era só aprovação. Era aplaudida. Era mais que aprovação (...)”. Mais do que aprovada sua “arte” era admirada e considerada positiva, o que ela considerava que contribuiu para que a situação evoluísse plenamente para o *transtorno alimentar*. Segundo ela, sempre que comentavam a respeito de sua perda de peso o faziam de maneira elogiosa, fazendo referência à sua “conquista”. Além de passar a

¹⁵³ Escolhi a trajetória de Valentina para aproximar do protagonista do conto do Kafka por considerar que a relação com os familiares e conhecidos e “admiração” por suas “dietas” e controle está mais evidenciada. Mas o mesmo parece ter ocorrido em outras trajetórias, como já aponte anteriormente, como de Vivianne, que embora não se incomodasse com o próprio corpo, seus “espectadores” não estavam satisfeitos com sua forma física, o que provocou em si um desejo de mudança, acompanhado de estratégias que a fez emagrecer. Sua nova forma, assim como sua determinação, passaram a ser admiradas e apreciadas por seus familiares e até por profissionais. Vivianne fez uma declaração que a aproxima muito do protagonista do Kafka: “comer não é uma coisa que eu gosto de fazer, sabe? Eu como porque tenho que comer. Ponto”. Assim como o artista da fome, que não encontrou nenhum alimento que o agradasse, Vivianne não gosta de comer.

ser “vista”, percebida, ela teve sua “arte” apreciada e conquistou mobilidade, tanto em termos físico quanto à desenvoltura no contato social.

Apesar de não estar relacionado à lipobofia contemporânea e valorização da magreza, o artista da fome é apreciado por sua capacidade de jejuar e desafiar os próprios limites. Além disso, é necessário um espectador que admire sua forma de arte para que o artista da fome aconteça, pois do contrário ele torna-se esquecido e pode acabar sendo substituído por uma jovem pantera, como acontece com o protagonista do Kafka. Analogamente, é necessário que haja uma desaprovação social da gordura e a valorização de um ideal e técnicas de emagrecimento para que seja construído o atual cenário de lipofobia e fenômenos como os *transtornos alimentares*. Apesar de não estarem excepcionalmente circunscritos ao ideal de magreza e padrões de beleza valorizados atualmente, os *transtornos alimentares* são parte de um amplo fenômeno relacionado às disciplinas alimentares, os cuidados de si e estilos de vida postos em nossa cultura. Tanto para o personagem de Kafka quanto nos relatos acima o controle alimentar torna-se um *habitus* tão incorporado que é constitutivo do sujeito, tornando-se parte inerente da pessoa. Além disso, apesar de serem considerados patologias, os *transtornos alimentares* são fenômenos que muito se aproximam das disciplinas consideradas legítimas, como veremos a seguir.

Capítulo 4

“Cultivando borboletas no estômago” – A tênue fronteira entre comportamentos considerados *normais* e *patológicos*

(...) Reduzir a diferença entre um homem são e um diabético a uma diferença quantitativa do teor de glicose no meio interno, delegar a um limiar renal, considerado simplesmente como uma diferença quantitativa de nível, o cuidado de discernir o que é diabético do que não o é, é obedecer ao espírito das ciências físicas que só podem explicar os fenômenos – subentendo-os de leis – por sua redução a uma medida comum (CANGUILHEM, 1990, p. 83).

De acordo com Canguilhem, a partir do século XIX a análise das relações entre o normal e o patológico são orientadas pela qualificação do patológico como uma mera variação quantitativa do normal, ou seja: “semanticamente, o patológico é designado a partir do normal, não tanto como a ou dis mas como hiper ou hipo” (Canguilhem, 1990). Ele recupera teóricos e pesquisadores que corroboravam essa afirmação, ainda que sob pontos de vista diversos – tanto para aqueles que o interesse se dirigia do patológico para o normal, ou, inversamente, para quem o interesse dirigia-se do normal para o patológico – pois foi como fundamento de uma terapêutica em franca ruptura com o empirismo que o conhecimento da doença foi procurado por meio da fisiologia e a partir dela. Essas teorias transformaram-se em verdadeiros dogmas, no entanto, segundo ele:

É absolutamente ilegítimo sustentar que o estado patológico é, real e simplesmente, a variação – para mais ou para menos – do estado fisiológico. Pode-se considerar que esse estado fisiológico tenha, para ser vivo, uma qualidade e um valor, e então seria absurdo prolongar este valor – idêntico a si mesmo sob suas variações – até um estado dito patológico, cujo valor e cuja qualidade se diferenciam do valor e da qualidade do estado fisiológico com os quais, no fundo, formam contraste. (...) Normal e patológico não têm sentido ao nível em que o objeto biológico é decomposto em equilíbrios coloidais e soluções ionizadas. (CANGUILHEM, 1990, p.84)

Com isso Canguilhem questiona os métodos a partir dos quais as concepções de saúde e doença eram estabelecidas, como as técnicas fisiológicas de observação de órgãos “doentes”, buscando analisar os fenômenos patológicos e dar-lhes uma explicação fisiológica. Entretanto, ele apóia-se em outros autores para apontar que a fisiologia não é um fundamento da patologia, mas, pelo contrário, só poderia surgir dela. Para ele, portanto, substituir um contraste qualitativo por uma progressão quantitativa não anula a oposição entre o normal e o patológico, pois:

A oposição sempre se mantém no fundo da consciência que decidiu adotar o ponto de vista teórico e métrico. Portanto, quando dizemos que saúde e doença estão

ligadas por todos os intermediários, e quando se converte essa continuidade em homogeneidade, esquecemos que a diferença continua a saltar aos olhos, nos extremos, sem os quais os intermediários não teriam que desempenhar seu papel mediador; mistura-se, sem dúvida, inconscientemente, mas ilegítimamente, o cálculo abstrato das identidades e a apreciação concreta das diferenças. (CANGUILHEM, 1990, p.85)

Entretanto, quando se trata de comparar comportamentos, e não órgãos ou nível de glicose no sangue, será possível pensá-los em termos de variação de grau, e não de tipo? Seriam os comportamentos tidos como *patológicos* apenas uma intensificação e radicalização daqueles considerados *saudáveis*? O questionamento não é inédito, mas será possível estabelecer uma fronteira clara entre **comportamentos** considerados saudáveis e patológicos? Que fatores seriam considerados determinantes para se classificar os comportamentos e práticas de um indivíduo como *normais* ou *patológicos*?

4.1. As conflitantes visões entre o que é considerado do ponto de vista dos saberes biomédicos “perturbações físico-morais” e “estilos de vida” do ponto de vista do movimento Pró-Anna e Mia

Uma das psicanalistas entrevistadas por mim defendia que a fronteira entre o que é considerado *patológico* e *normal* não é “tão tênue assim”, dado que considerava haver uma distância radical entre alguém que vive por dietas, calorias e comida o tempo todo – prejudicando seu convívio e vida social e psíquica – de alguém que sabe que precisa “cuidar-se”, ou seja, emagrecer, mas que consegue “negociar” com a própria dieta, comer o que sente vontade, mas compensar em seguida, conseguindo levar a vida, sem comprometê-la. Sua visão corresponde à visão de outros membros do grupo, como uma das psicanalistas que considerava que muitas pessoas têm comportamentos compensatórios ou preocupações com dietas, porém nem todas elas desenvolvem *transtornos alimentares*.

A *paciente* Mônica, apresentada acima, apóia-se em argumento análogo para justificar sua melhora, pois nos períodos piores da *anorexia* deixava de sair e participar de encontros sociais por temer perder o controle e comer além do que deveria (ou gostaria), além de ser um período no qual era “controlada pela anorexia”. Entretanto, apesar de considerar que sempre terá *sintomas*, eles estavam controlados, o que a possibilitava “conviver de forma saudável”:

MÔNICA – (...) eu acho que nunca vou deixar de ter sintoma, realmente... eu não me imagino vivendo sem pensar na estrutura da minha alimentação do dia, o que eu vou fazer, como que vai ser...
MARISOL – Mas você acha que isso é normal?

MÔNICA – Eu acho que é normal isso... eu acho que faz parte de mim, vai ser assim pra sempre... eu não me imagino sem isso... mas ao mesmo tempo, eu acho que tô num estado que eu convivo com isso de forma saudável...

Tanto a psicanalista quanto a *paciente* parecem estar se referindo a uma distância radical existente entre pessoas que têm e não têm *transtornos alimentares*, uma vez que nem todas as pessoas que fazem dietas ou têm comportamentos compensatórios desenvolvem algum *transtorno* ou têm sua vida comprometida pelas práticas e hábitos alimentares. Assim, há aquelas que fazem dietas, restringem a alimentação por um período, e depois superam e vivem livres desses hábitos, e outras que mesmo depois de encerrar a dieta e a restrição alimentar continuam exercendo controle e “limitando” sua alimentação. Tal distanciamento radical parece referir-se a diferentes formas de se relacionar e se posicionar diante de circunstâncias, ou diferentes *psiquismos*. No entanto, quando se refere às práticas e hábitos – ainda que no limite seja possível traçar uma distinção entre pessoas que fazem dietas e se preocupam com o corpo e pessoas que são diagnosticadas ou se identificam com os *transtornos alimentares* – parece haver semelhanças e proximidades importantes. Nesse sentido insisto no argumento de que essas são fronteiras tênues e tentarei agora corroborá-lo.

Como já foi dito, a psicanalista e a *paciente* parecem estar se referindo a comportamentos de naturezas distintas: uma *patológica* por definição, por conter elementos “obsessivos”, e outra considerada saudável e adequada, praticada por pessoas que “sabem que precisam cuidar-se”. Parecem estar se referindo também a dois extremos: o extremo do comportamento *patológico*, de alguém que tem a vida comprometida por pensar e viver em função de dieta, calorias, comida, corpo e exercícios físicos, e o extremo do comportamento *saudável*, de alguém inteiramente consciente de sua condição, de sua necessidade de cuidar-se e sua capacidade de negociar com si própria e com seus ideais, a ponto de não ter sua vida comprometida. No entanto, entre um extremo e outro, quantas nuances podem existir? Será possível pensar num *continuum*?

Parece-me que a diferença entre **comportamentos** considerados *saudáveis* e *patológicos* é mais uma diferença de grau do que de espécie. Entre o comportamento de pessoas que, por um lado, têm uma relação radical com a alimentação e as preocupações com o emagrecimento e aquelas que, por outro lado, têm uma relação “saudável” com seu corpo e seus hábitos alimentares, que procuram alimentar-se de forma saudável, interessadas em perder peso em excesso, mas de forma equilibrada, parece haver uma gama de práticas que podem ou não “comprometer” a vida e serem ou não diagnosticadas como uma patologia. Refiro-me à semelhança entre as práticas e concepções, enquanto a psicanalista parece estar referindo-se a uma distinção entre um “psiquismo saudável” e um “psiquismo patológico”, “obsessivo”.

Para elucidar, já ouvi manifestações de indignação a respeito de imagens da boneca Barbie que aparecem emagrecidas e com “aparência *anoréxica*” nos blogs Pró-Anna e Mia. A indignação

justificava-se por considerar absurda a “distorção” provocada na imagem da boneca, que era, na opinião dessas pessoas, um brinquedo infantil. Os comentários feitos em um curso do qual participei dizia respeito a uma imagem semelhante a esta:

Fonte: Blog Não somos apenas rostinhos bonitos (<http://www.rostinhosbonitos.com/2009/08/barbies-como-voce-jamais-viu.html>)

No entanto, será que a imagem da Barbie em si – um brinquedo bastante popular entre as garotas – baseada num ideal circunscrito de beleza, já não apresenta um perfil bastante radical de magreza?

Fonte: Blog Anna Ferraz Pró Ana e Mía (<http://annaferraz.blogspot.com.br/2011/05/itens-que-adoro-e-sou-maluca-para-ter.html>)

Uma estudante de Nova York produziu uma boneca Barbie em escala natural, a partir de fórmulas matemáticas, e a apresentou durante a *National Eating Disorder Awareness Week* (NEDAW). De acordo com esses números, que conservam as proporções das medidas da boneca,

Barbie seria *anoréxica*, teria 1,80m de altura, 99cm de busto, 46cm de cintura, 84cm de quadril, 50kg e IMC 16,24. A estudante revela que teve a ideia de construir essa boneca enquanto procurava uma maneira de mostrar para os amigos a importância dos *transtornos alimentares* e das questões de imagem corporal. Assim, muito apaixonada pela Barbie e frustrada por como seu *transtorno alimentar* controlava sua vida, ela quis fazer algo que transformasse a apatia dos outros em ação.¹⁵⁴

Não estaria, desse modo,, o movimento Pró-Anna e Mia apenas radicalizando uma imagem de beleza já bastante magra e padronizada? O que essa radicalidade pode estar comunicando?

O movimento Pró-Anna e Mia é outro elemento que emerge em meio ao fenômeno dos *transtornos alimentares* e considera que a *anorexia* e *bulimia* são *estilos de vida*, a despeito das classificações psiquiátricas. Esse movimento é encontrado especialmente na internet, como manifestações de pessoas que se apropriam das ferramentas virtuais, entre elas blogs, perfis em sites de relacionamento e redes sociais, para divulgar práticas e concepções identificadas pelo *estilo de vida anoréxico ou bulímico*. Os termos “Anna” e “Mia” são diminutivos das categorias utilizadas para designar as classificações biomédicas: *anorexia e bulimia nervosas*. É necessário ressaltar que Anna e Mia são termos que se referem à categorias médicas, cujo significado, no entanto, parece destoar daquele atribuído pelo discurso biomédico. Ou seja, Anna e Mia são nomes próprios femininos e são classificações positivadas das classificações psiquiátricas *anorexia e bulimia nervosas*. Aqueles que se identificam como Anna ou Mia estabelecem uma identidade e uma relação “carinhosa” com a Anna e a Mia, que em algumas situações se caracterizam como uma espécie de “entidade” que as vigia. Em sua dissertação de mestrado, Daniela Ferreira Araújo Silva (2004) apontou para o argumento principal da postura Pró-Anna e Pró-Mia que é o de que a magreza é o elemento essencial de uma boa aparência física e que, por sua vez, a boa aparência física é determinante na obtenção da felicidade e do sucesso. Nesse sentido, valeria à pena procurar a magreza a qualquer custo, mesmo colocando em risco a saúde. Segundo ela, um dos objetivos dos Pró-Anna/Mia é rejeitar a imagem de adolescentes “sugestionáveis”, que coloca os portadores de *transtornos alimentares* numa posição de vítimas passivas de uma doença mental ou de um padrão de beleza. Ela considera que esses grupos operam com uma forma de organização bastante disseminada hoje em dia: a dos grupos de apoio. Além disso, ela aponta para a existência de diferentes posturas no universo dos *transtornos alimentares*: 1) postura Pró-Anna/Mia mais radical, que considera *anorexia* e *bulimia* como *estilos de vida* voluntária e conscientemente adotados; 2) postura “patologizante”, que considera os comportamentos como sintomas de uma síndrome, caracterizada por uma visão distorcida do corpo e da realidade; e entre esses dois extremos, há várias posições.

¹⁵⁴ Disponível em: http://www.huffingtonpost.com/galia-slayen/the-scary-reality-of-a-re_b_845239.html (acessado dia 2/2/2012).

Um dos fatores do advento desse movimento é que, com a propagação e popularização da internet, que possibilita a proliferação de blogs e perfis Pró-Anna e Mia, as pessoas podem compartilhar técnicas e práticas que antes eram individualizadas. Assim, pessoas com práticas solitárias podem passar a compartilhá-las e aprender novas práticas, participar de grupos, serem motivadas a alcançar objetivos comuns e identificar-se com outras pessoas que, sem essas tecnologias e devido à distância geográfica, cultural e até temporal, não seria possível. Um fator que facilita essa propagação é o anonimato e possibilidade de desenvolver perfis “*fakes*”, nos quais a pessoa não se identifica.

Segundo Paul Rabinow, basendo-se no que Castel denominou “administração tecnocrática das diferenças”:

Por meio do uso de computadores, os indivíduos que compartilham certas características ou conjunto de características podem ser agrupados de uma maneira que é não apenas descontextualizada de seu ambiente social, mas também não subjetiva – no duplo sentido de atingida objetivamente e de não se aplicar a um sujeito em nada semelhante ao antigo sentido da palavra, isto é, o sofrimento, significativamente situado, integrador de experiências sociais, históricas e corporais. (RABINOW, 1999, p.145)

Podemos pensar, nos termos de Rabinow, que o que se constitui nesses casos é uma “biossociabilidade”, pois é a partir de características descritas pela biomedicina¹⁵⁵, modos particulares de compreender e perceber seus corpos que se constitui uma identidade e identificação, além da sociabilidade virtual.¹⁵⁶

A concepção da *anorexia* e *bulimia* como *estilos de vida*, e não patologias, é considerada, do ponto de vista da medicina e da psicanálise, parte dos *sintomas* de negação do *transtorno* e é considerado um dos fatores que mais dificultam o tratamento, pois não se considerar “doente” implica em não “aceitar” o tratamento. É nesse sentido que as psicanalistas referem-se a *pacientes* que chegam “prontos” ao consultório ou constituem-se a partir do discurso biomédico, que é reproduzido, além de falar da necessidade de distanciá-los desse discurso e incentivá-los a buscar e construir novas explicações, a partir da particularidade de cada sujeito e sua história de vida.

¹⁵⁵ Parece-me que, apesar de negar as explicações “científicas” dadas aos *transtornos*, as pessoas que se identificam como Pró-Annas e Mias aderem às classificações que as tornam diferenciadas das outras pessoas, e de certa forma caracterizam a forma com que se relacionam com o corpo e a alimentação, mas positivando-as.

¹⁵⁶ No entanto, apesar de tanto o modelo legitimado da definição dos *transtornos alimentares* quanto os sujeitos acometidos afirmarem haver uma predisposição genética que, somada aos fatores ambientais e psíquicos, podem ocasionar o desenvolvimento desses *transtornos*, a complexidade é maior e não se esgota nos fatores genéticos. O fator genético é algumas vezes acionado para justificar porque nem todas as pessoas expostas às mesmas imagens e padrões de beleza desenvolvem *anorexia* ou *bulimia*. No entanto, o neuroendocrinologista Paulo Niermeyer (entrevista dada à jornalista Marília Gabriela no programa do GNT *Marília Gabriela Entrevista*), ao falar sobre a influência genética nos transtornos mentais em geral, afirmou que os *transtornos alimentares* são aqueles com menor índice de influência genética dentro de uma escala comparativa. Assim, além da influência e predisposição genética, são necessários fatores ambientais, culturais, familiares, psicológicos e biológicos para compor um quadro de *transtorno alimentar*. Não seria mais adequado nesse caso pensar em biopsicossociabilidade?

Embora essas visões pareçam inconciliáveis, minha hipótese é de que é tênue a fronteira entre essas concepções, entre as práticas consideradas saudáveis e patológicas, assim como parece ser tênue também a distância entre os discursos legitimados e o discurso considerado patológico.

As questões que se colocam são: será que a concepção do movimento pró-Anna e Mia representa um deslocamento do saber biomédico (nos termos do Foucault)? Será que representa, dentro de um campo de possibilidades, formas de subjetivação desses sujeitos diante das interpelações (nos termos de Butler)? O intuito, portanto, é mostrar que as concepções do movimento Pró-Anna e Mia estão, de certa forma, relacionados ao discurso nutricional legitimado e suas práticas, apesar de serem radicais, diferem mais em grau do que em tipo.

Para explorar essa fronteira aproximarei blogs Pró-Anna e Mia de orientações consideradas saudáveis encontradas em revistas voltadas ao público feminino, visando investigar os contrastes e semelhanças entre comportamentos considerados “normais” e “patológicos”.

Sabe-se que as orientações formuladas nas revistas possuem respaldo científico, dado que as revistas cumprem papel de atuar como “intermediadores culturais”¹⁵⁷ – ou seja, contam com profissionais que escrevem para a imprensa ou que concedem entrevistas aos colunistas de revistas e jornais, que traduzem para a linguagem dos leitores o saber científico, contribuindo para a divulgação do saber.

Do ponto de vista nutricional, há uma concepção estabelecida do que é um comportamento saudável, embora possa haver divergências internas. No entanto, a despeito da inexistência de um consenso entre nutricionistas em relação a técnicas consideradas saudáveis ou não, é possível afirmar que as dietas e orientações nutricionais presentes em revistas são, de certa forma, legitimadas e vendidas como adequadas. Há nutricionistas que não consideram a maior parte das dietas presentes nas revistas apropriadas. Além disso, as nutricionistas especializadas em *transtornos alimentares* são, no geral, contrárias a qualquer forma de restrição alimentar, prescrição de dietas e classificação dos alimentos como “ruins” ou “bons”, que são orientações recorrentes nas revistas, evitando inclusive usar o termo “dieta”. No entanto, vale ressaltar que essas dietas e matérias sobre alimentação são quase sempre assinadas por nutricionistas ou outros profissionais da saúde. Por isso, justifica-se comparar essas formas de mídias e tomar as revistas como referência do que é considerado saudável, em oposição às orientações presentes nos blogs que são, *a priori*, consideradas inadequadas, equivocadas, “mitos” sobre alimentação.¹⁵⁸

¹⁵⁷ Bourdieu, Pierre (1983).

¹⁵⁸ No evento denominado “II Jornada Se dê Conta – Semana de conscientização sobre *transtornos alimentares* (2009). Revendo seus conceitos de saúde e corpo – promovendo a aceitação”, realizado na faculdade de Saúde Pública da USP, no qual eu participei como ouvinte, uma nutricionista afirmou que a escolha e as formas de alimentação de pessoas com *transtornos alimentares* variam de acordo com suas “crenças” e mitos sobre a alimentação, e não em conhecimento científico.

Refiro-me aqui parcialmente a dados analisados em uma pesquisa anterior, de iniciação científica, na qual procurei investigar como revistas voltadas ao público feminino¹⁵⁹ poderiam estar na raiz de problemas como os *transtornos alimentares* por conta da divulgação de um determinado padrão de beleza, orientações nutricionais e estímulo à realização de dietas e regimes, funcionando como “manuais de comportamento” (Giddens, 1993), difundindo padrões magros e jovens de beleza como reais e possíveis a todos. Em outro momento, procurei analisar e aproximar as orientações nutricionais presentes nas revistas às orientações presentes nos blogs Pró-Anna e Mia.

Realizar uma atividade física e alimentar-se adequadamente, com alimentos saudáveis e nutritivos, faz bem à saúde. Pelo menos foram essas as informações que encontrei nas revistas pesquisadas, que continuam sendo repetidas ao longo dos dias na televisão e na maioria das revistas, em menor ou maior grau. Essas mesmas dicas são os segredos para se conquistar uma boa forma e para mantê-la. Então, haverá limite claramente estabelecido entre saúde e boa forma?

Parece-me que uma refeição equilibrada, rica em fibras, carboidratos complexos, vitaminas e proteínas, passando longe das gorduras “ruins”, é recomendada a todos, tanto àqueles que pretendem manter uma vida e corpo saudáveis, como àqueles que desejam perder peso.

O peso excessivo pode causar inúmeras doenças. Mas, além dos riscos à saúde, excesso de peso está em desacordo com os padrões estéticos. Giddens (1993) aponta os anos 20 como marco histórico do surgimento do ideal da magreza, que é quando ocorre o advento da dieta como forma de perder peso e auto-regulação da saúde. No decorrer dos séculos, a exposição pública do corpo passa a ser não só mais aceita como também passa a ganhar cada vez mais terreno. E para um corpo perfeito é necessária alimentação adequada, exercícios físicos e até uma dose de “sofrimento”, segundo as revistas femininas.

Com a invenção da dieta (em seu significado moderno, que difere do antigo, pois está ligado à introdução de uma ciência da nutrição e, portanto, ao poder disciplinar no sentido foucaultiano) a reflexividade sobre o corpo se acelera, na medida em que se torna parte da ação adotada por indivíduos e grupos, responsabilizando o sujeito pelo seu desenvolvimento e sua aparência.

É possível observar no discurso das revistas analisadas, bem como da mídia em geral, a ideia de que cabe a cada um cuidar do seu corpo e mantê-lo em boa forma. Mesmo as revistas tidas como mais “populares” apresentam técnicas gratuitas e receitas acessíveis que não exigem nada mais do que o esforço pessoal. Assim, mesmo que não se tenha acesso às técnicas de alto custo e tecnologia

¹⁵⁹ De acordo com Maria Celeste Mira a revista é um meio de comunicação que sofreu um processo de segmentação a partir dos anos 80, marcado inicialmente por diferenciações de classe social, gênero (masculinas e femininas) e faixas etárias, e posteriormente pela ideia de *estilos de vida* (Mira, 2001). Entre as escolhidas estão tanto revistas especializadas em corpo e dieta, como Boa Forma, Corpo a Corpo e Dieta Já, como revistas de comportamento, como Claudia e Uma e revistas mais “populares”, como Ana Maria e Viva!. As matérias foram catalogadas e alojadas dentro das categorias: emagrecimento, saúde, culinária, beleza e outros. Segundo Maria Celeste Mira (2003) é preciso afastar-se da visão unilateral da mídia que a coloca como um poder externo e imposto à sociedade. A mídia faz parte da cultura moderna como um todo.

utilizadas pelas artistas e pessoas de classes altas, é possível conquistar a boa forma com muito esforço e determinação, ou pelo menos aprender técnicas para esconder as “gordurinhas indesejadas”, que passam a ser vistas quase que como uma falha de caráter.¹⁶⁰

Pude notar que, embora as revistas apresentem particularidades e enfoques diferenciados, em todas há uma preocupação com a alimentação, com os cuidados de si, tanto em termos de beleza e estética, como em termos de saúde, prevenção de doenças e envelhecimento. Há uma valorização de disciplinas alimentares e cuidados com si próprios e com o próprio corpo, relacionados não apenas aos padrões de beleza, mas à própria ideia de saúde e cuidados com o corpo, prevenção de doenças como colesterol, diabetes, obesidade, etc. Há uma preocupação geral, tanto com a alimentação, quanto com manutenção e perda de peso. Um dado importante é que as categorias saúde, beleza e emagrecimento não são sempre estanques, e podem, em alguns contextos, serem utilizadas como sinônimos ou ter seus significados aproximados. Para Ana Lúcia de Castro (2003), essa “confusão” e aproximação entre saúde e beleza pode ser explicada, em partes, pelo fato de os conceitos de beleza e saúde terem seus sentidos entrelaçados, tanto que os produtos cosméticos eram chamados inicialmente de remédios, além de serem vendidos num mesmo ambiente (drogaria/perfumaria). Além disso, pode existir um *ethos* que entende a preocupação com o exterior como futilidade.

Os alimentos são vistos como aliados ou vilões da boa forma, da boa aparência e da saúde, que estão diretamente relacionadas à auto-estima, à felicidade e ao prazer de viver. Há um “colamento” direto entre estar “em forma”, sentir-se bem com o próprio corpo, ter saúde e ser feliz, ser bem sucedido e ter auto-estima. A preocupação com o corpo esbelto pode ser sinônimo ou então ter como pretexto o corpo saudável e pode ser entendido como algo que diz respeito à condição do indivíduo moderno.

4.2. Pequeno (e interessado) panorama das reformas e *disciplinas alimentares*.

Antes de explorar as orientações nutricionais presentes nas revistas e compará-las às orientações presentes nos blogs Pró-Anna e Mia, vale à pena percorrer certos fatos da história da alimentação que parecem de certa forma ecoar nas concepções atuais. Segundo Jean-Louis Flandrin e Massimo Montassani, em *História da alimentação* (2007), a época contemporânea é marcada pela revolução industrial, pelo êxodo rural e expansão das cidades e essa revolução industrial atinge também a história da alimentação, sobretudo pelo desenvolvimento das “indústrias alimentares”,

¹⁶⁰ Na revista Viva Mais! e Ana Maria (voltadas a um público mais “popular” e mais velho, como donas de casa) houve matérias que ensinavam as leitoras a vestirem roupas que disfarçam as imperfeições, bem como roupas íntimas que melhoram o caimento da roupa.

marcando a produção em escala industrial de alimentos que antes eram produzidos de forma artesanal. Para Harvey A. Levenstein, autor de “Dietética contra gastronomia: tradições culinárias, santidade e saúde nos modelos de vida americanos” (2007), os progressos dos transportes e da agricultura transformam a economia de subsistência em economia de mercado e estimularam o desenvolvimento do comércio e da indústria, o que possibilitou uma variedade maior e por períodos mais longos do ano de importantes gêneros alimentícios. O autor ressalta uma reforma alimentar ocorrida na recente história da alimentação (entre os anos de 1830 e 40), encabeçada pelo pregador protestante William Sylvester, que pregava uma doutrina vegetariana, dado que alguns alimentos deveriam ser evitados por causa dos seus efeitos nocivos à saúde, além das aspirações à pureza moral. Ele desconfiava dos alimentos cujo estado natural tivesse sido modificado. Por isso era partidário, por exemplo, da farinha de trigo integral, apoiado no argumento: “que nenhum homem separe o que Deus uniu”.

Obviamente, na atualidade as “reformas alimentares” não são mais feitas por religiosos e também não há argumentos religiosos (pelo menos não tão explicitamente quanto antes). No entanto, algumas concepções alimentares parecem ter ressurgido, porém, sob alcunha científica e com a “comprovação” de sua eficácia pelos atuais “reformadores”, ou seja, os médicos, nutricionistas, nutrólogos, endocrinologistas e etc.

A preferência dada aos grãos e cereais integrais é quase uma unanimidade, aparecendo em todos os manuais pesquisados, desde a revista *CAPRICHÔ* até a *DIETA JÁ*. Os argumentos variam em torno da saciedade, da propriedade nutritiva que auxilia no funcionamento do intestino, etc. É interessante ressaltar que os grãos e cereais integrais são sugeridos tanto a quem busca perder peso como a quem busca melhorar a saúde.

Essa orientação aparece também no discurso nutricional do Ambulatório 1, como podemos inferir a partir da fala de Regina, que diz poder dar uma aula sobre alimentação depois de frequentar o grupo de nutrição, no qual as nutricionistas ensinaram a respeito dos grupos alimentares. Como já foi dito acima, uma das lições foi aprender que não é possível deixar de comer carboidrato, pois é um “combustível” necessário para o corpo, bem como sobre as vantagens dos grãos e pães integrais, que além de mais saudáveis, proporcionam sensação de saciedade sem provocar estufamento. Ela aprendeu também sobre o fracionamento das refeições, o que considerava que mudou bastante os seus hábitos alimentares.

Em relação aos alimentos integrais, especialmente a farinha, esse tema apareceu na revista *CAPRICHÔ* na seção “Ringue” (Fevereiro, 2008), em que dois alimentos, situações ou objetos são comparados. O ringue se deu entre pães refinados X integrais, sendo que o integral ganha por 3 X 2, pois é mais rico em nutrientes em comparação ao refinado, produz maior saciedade e é relativamente menos calórico. Suas únicas desvantagens são o sabor (que é relativo) e o preço.

Já na revista *DIETA JÁ*, uma nutricionista responde à seguinte questão: *Qual a quantidade ideal de alimentos integrais a ser consumidas sem comprometer a dieta?* Ao que ela responde que a quantidade ideal de alimentos integrais varia para cada pessoa, dependendo de quantos quilos se espera emagrecer, já que, apesar de serem saudáveis nem sempre possuem baixas calorias. Sua sugestão é de ingestão diária de uma porção de granola, arroz ou macarrão integral e barras de cereal.

Uma segunda reforma alimentar, segundo Levenstein (2007), ocorreu com a revisão dos hábitos alimentares da classe média, com intuito de controlar e modificar hábitos da classe operária, uma vez que cometiam muitos exageros alimentares, aos olhos da classe média. Esse segundo movimento de reforma alimentar apoiava-se em novas ideias científicas, que deveriam contribuir para a melhoria da saúde e, ao mesmo tempo, para a moralidade do país. O intuito dos reformadores era convencer a classe operária a gastar menos com comida e mais com moradias, pois seus alojamentos eram precários. Essas ideias foram batizadas de *New Nutrition*:

As teorias científicas em matéria de dietética foram completamente modificadas com a descoberta de que a energia dos alimentos se mede por calorias e de que eles eram compostos por diferentes elementos – proteínas, hidratos de carbono e gorduras – que pareciam ter uma função fisiológica bem definida. (LEVENSTEIN, 2007, p. 829).

Posteriormente, nos Estados Unidos, a partir de 1920, iniciou-se um modelo alimentar denominado *Newer Nutrition* que era baseado em vitaminas, que haviam sido recentemente descobertas e que privilegiavam os cuidados com a saúde em detrimento das preocupações gastronômicas. Contribuiu para a transformação dos regimes alimentares no mundo inteiro e os EUA saíram na frente por conta de uma indústria altamente organizada e financiada por importantes investidores. A esse processo o autor denomina “*vitaminomania*”, pois foi alvo de intensa publicidade que afirmavam os poderes das vitaminas em “desembaraçar o organismo dos resíduos tóxicos”, era fonte de energia e curava a indigestão, a constipação, a acne e as espinhas, dava firmeza aos “ventres flácidos” e evitava a “subalimentação sanguínea”. As indústrias de laticínios foram as primeiras a difundir a obsessão pelas vitaminas, a ponto de empresas desse setor empenharem-se em modificar a imagem do leite, que era visto como um alimento para crianças e passou a ser considerado o alimento perfeito para todas as faixas etárias. Outros alimentos também entraram nesse processo, como o fermento presente no bolo alimentar produzido pela *Fleishmann's Yeast Company* (um dos imensos conglomerados alimentares criados nos anos 20 pela fusão de empresas financiadas por Wall Street), que gastou somas consideráveis para proclamar os benefícios que o consumo cotidiano de no mínimo quatro de seus “pegajosos bolos de fermento”

repletos de vitamina B. Segundo o autor: *“Invisíveis, sem peso nem sabor, as vitaminas revelaram-se um produto ideal para numerosos publicitários”* (p. 833).

Esse sucesso publicitário me remete ao que se passa atualmente com diversos produtos, como chás, *shakes*, a “ração humana” e inúmeros outros produtos vendidos como auxiliares no emagrecimento e importantes para a saúde. São alimentos que surgem, passam a ser muito falados e que prometem curas, emagrecimento e outros benefícios à saúde, reunindo em um único produto inúmeras qualidades. A diferença é que atualmente não há um investimento tão grande em um único produto, pois a indústria alimentícia complexificou-se e a cada dia surgem outros produtos que prometem superar os anteriores. Esses novos alimentos se transformam em verdadeiras “febres”, modas, porém muito passageiras, pois logo são substituídos. Um bom exemplo é o chá verde, que recentemente perdeu espaço para o chá branco, e posteriormente para o chá vermelho.¹⁶¹ Outro aspecto desse fenômeno interessante é que a cada nova versão o chá apresenta um preço cada vez mais alto e no geral são as mesmas empresas que lançam os novos produtos.

Após as duas grandes guerras mundiais, a atenção da “vitaminomania” fora desviada e os cuidados com a saúde cederam lugar à comodidade, aos “prontos-a-servir”. Os produtores de alimentos aperfeiçoaram uma grande quantidade de métodos de cultivo, criação de gado, preparação prévia, conservação e embalagens de alimentos, a partir dos aditivos químicos produzidos pelos químicos, que permitiam que os alimentos ficassem em condições de resistir a tais procedimentos. A comodidade desbancava o paladar, porém questionamentos eram feitos sobre esses alimentos por aqueles que eram críticos do capitalismo, como a contra cultura hippie, que comparava os alimentos “naturais” aos “biológicos”. Mas os produtores logo recuperaram terreno aperfeiçoando novas apresentações de seus produtos e embalagens com a menção “natural”, “fresco”, “produto da fazenda”, “oriundo diretamente da montanha”, etc.

O fenômeno da “vitaminomania” pode ser pensado nos dias de hoje como algo que não desapareceu, pois ainda existe a preocupação com o consumo de vitaminas, com o argumento de que são essenciais não apenas para a saúde e bom funcionamento do organismo, mas, mais do que nunca, por serem responsáveis pela beleza e boa aparência da pele, dos cabelos, unhas, etc. No entanto, espera-se que o consumo de vitaminas seja proveniente de alimentos, e não de pílulas, que só devem ser utilizadas em caso de deficiência de nutrientes, ou como complementos alimentares, conjuntamente com os produtos “naturais”, frutas em estado natural, verduras, legumes, etc., ou em situações de emergência, como em casos de viagens, por exemplo. Além disso, atualmente há não só a valorização de produtos “naturais”, “frescos” e “da fazenda”, como diz o autor, como também há um interesse por produtos “orgânicos”.

¹⁶¹ Embora não deixe de ser consumido até hoje, o chá verde perdeu espaço no meio publicitário com o advento de novos produtos, dividindo espaço também entre os consumidores, consequentemente.

Seguindo a história da alimentação, Levenstein diz que a *Newer Nutrition* só foi ameaçada pela *Negative Nutrition*, que incitava o consumo de uma quantidade suficiente de substâncias nutritivas e advertia contra o consumo de certas categorias de alimentos ricos em açúcar, colesterol e que poderiam causar obesidade, e que teve acolhimento favorável, especialmente na classe média:

Enquanto essa onda de lipofobia atinge diretamente as classes média e superior, que começaram a seguir regimes e praticar esporte de uma forma que beira a obsessão, nada indica a menor queda do peso médio dos americanos no decorrer dos últimos 20 anos ou 30 anos. Na realidade, observa-se um fenômeno inverso que chega mesmo a atingir as mulheres jovens. Com efeito, a redução do consumo de laticínios integrais e de carne de boi foi acompanhada por um aumento de consumo de outras gorduras, principalmente sob forma de batatas fritas ou biscoitos salgados (muitas vezes, mordiscadas para apaziguar as câimbras da fome provocadas por um regime draconiano). A mesma observação é válida em relação ao açúcar, sal e diversos alimentos condenados pela *Negative Nutrition* (LEVENSTEIN, 2007, p. 840).

Esse fenômeno pode ser visto ainda nos dias de hoje, com maior intensidade, pois a obesidade e doenças associadas ao consumo de alimentos ricos em açúcar, colesterol e certas gorduras são ainda mais recorrentes, tornando-se até uma questão de saúde pública em inúmeros países, associado ao que Claude Fischler (2005) aponta como um fenômeno denominado “A ‘McDonaldização’ dos costumes”.

Fischler reflete sobre o alongamento da expectativa de vida, que praticamente duplicou em um século, gerando novas problemáticas, pois doenças denominadas como “doenças da civilização”, que são as patologias cardiovasculares, em particular coronárias, e numerosos cânceres, que se manifestam normalmente depois de certa idade, tornam-se um problema a ser enfrentado devido ao prolongamento da duração da vida. Isso significa, em outras palavras, que envelhecer é prejudicial à saúde. Para ele, o receio de que a relação com a alimentação como fonte de prazer, sociabilidade e comunicação acabasse sendo corroída pelo processo de “americanização”, expresso pelo “onipresente hambúrguer”, deve ser visto como um processo complexo, pois nossa alimentação situa-se dentro de uma corrente tecnológica, industrial e funcional, porém há outras dimensões, como por exemplo, a do prazer.

Os produtos distribuídos nos supermercados visam à economia de tempo, por isso os alimentos tornam-se “alimentos-serviço”, ocorrendo segmentação e especialização nos mercados. Sobre a segmentação, Levenstein diz: “Com os produtos light, a parte de valor agregado aumenta ainda mais, com a integração do regime ao produto. A indústria já cozinhava no lugar do consumidor; agora, propõe-lhe encarregar-se também do regime” (Levenstein, 2007).

No decorrer dos últimos anos, o forno de microondas e os congeladores impuseram-se de forma maciça. A despeito das variações locais e de classe, ao longo do terceiro milênio, a

alimentação se identifica cada vez menos com o universo doméstico, decorrência da profissionalização das mulheres, urbanização e industrialização. Nos Estados Unidos, nos anos 50, difunde-se o *fast-food*, que não aparece na Europa antes do final dos anos 70, o que expressa a diferenciação entre os costumes alimentares de americanos e europeus, dado que a relação dos primeiros com a alimentação não se dá de forma isolada, não há necessariamente um momento e espaço reservados para refeição, que pode ser realizada conjuntamente com outras atividades. Já os europeus (na “velha Europa”) possuíam espaço e tempo ritualizados para as refeições. No que diz respeito ao contexto brasileiro, é bem verdade que os restaurantes de *fast-food*, especialmente as lanchonetes, ocupam um lugar particular, não tipicamente associada ao dia-a-dia, mas sim ao lazer, aos passeios no shopping. De acordo com o autor, o Mc Donald’s encarna superlativamente o “imperialismo americano” que ameaça as tradições culinárias:

(...) o hambúrguer tem a aparência do diabo. É uma ameaça para os jovens. É responsabilizado por toda espécie de defeitos, de ordem nutricional ou simbólica, quer se trate de gordura saturada ou de perda de identidade. (LEVENSTEIN, 2007, p. 856).

Ele considera curioso, no entanto, que a pizza tenha escapado a essas críticas, uma vez que se encontra disseminada tanto ou mais que o próprio hambúrguer, estando em todos os lugares, de diversas formas, desde as padarias, até propriamente as pizzarias. O fato é que tanto o temido hambúrguer quanto a pizza, são alimentos ricos em gorduras, segundo nutricionistas, especialmente na forma que são comercializados pelas redes de *fast-food*, assim como os alimentos prontos que estão à venda nos supermercados. Em contrapartida, quais seriam os alimentos e técnicas valorizados pelas diversas dietas apresentadas nessas revistas, atualmente? Apresentarei a seguir alguns exemplos de dietas apresentadas pelas revistas analisadas.

4.3. As diversas dietas promovidas por revistas femininas e seu alcance

Na tentativa de fazer uma espécie de inventário de algumas das dietas promovidas atualmente, começo pela dieta chamada Mayr Kur, que promete desintoxicar o organismo e perder 5 kg em 15 dias, eliminando principalmente da região do abdômen. O nome da dieta é inspirado no médico austríaco criador do método e diagnóstico baseado no funcionamento do sistema digestivo, evitando o acúmulo de fezes no intestino. Segundo esse método, quando as fezes não são eliminadas rapidamente elas sofrem ação de bactérias que formam toxinas. Com a persistência do quadro é possível gerar doenças graves e influenciar também nas emoções. O intestino funcionando mal pode interferir na produção de serotonina (substância que atua no cérebro ajudando a melhorar

o humor), já que esta substância é em grande parte fabricada no intestino. A dieta utiliza o sal amargo e o pó básico (composto por bicarbonato de sódio, monofosfato de sódio, citrato de magnésio e carbonato de cálcio) que contribuem na eliminação das fezes e normalizador do metabolismo ácido-básico (revista *DIETA JÁ*, nº 158, Abril de 2008). É notável nesse exemplo que o principal problema para o organismo, tanto no que diz respeito à gordura como para o desequilíbrio emocional, é a acumulação de fezes no organismo. A principal solução proposta não se baseia no consumo de alimentos específicos, mas no consumo de um “pó básico”, que funciona como um “normalizador”, semelhante ao do período descrito como “vitaminomania”.

Outra tendência mostrada também pela revista *CORPO A CORPO* é a *Raw food*, ou crudivorismo (nº 234, Junho de 2008), que é uma dieta à base de alimentos crus, que faz sucesso entre os americanos – possui inclusive adeptos famosos, e promete mandar embora mais de 1 quilo por semana. Os crudívoros acreditam que sem o cozimento, vitaminas, proteínas e sais minerais são preservados. Porém, a nutricionista Lara Natacci Cunha diz nessa matéria que alguns alimentos potencializam seu valor nutricional com o cozimento. É o caso da cenoura, que libera mais carotenóides antioxidantes. Polêmicas à parte, os adeptos do crudivorismo acreditam que o ato de comer é uma experiência sensorial, e que é preciso agradar o paladar, o olfato e a visão. Essa dieta baseia-se em preceitos muito parecidos com aqueles pretendidos pelo reformador protestante William Sylvester, para quem os alimentos não deveriam ser modificados do seu estado “natural”, uma vez que nenhum homem deveria separar o que Deus uniu. Sua aspiração era a pureza moral, enquanto que os crudívoros procuram preservar as “qualidades naturais”, ou seja, as vitaminas, proteínas e sais minerais existentes nos alimentos que poderiam se perder com o cozimento. Ao mesmo tempo é um estilo de vida alimentar que se baseia em preceitos semelhantes à Comfort Food, citado acima, na medida em baseia-se no prazer da alimentação, percepções sensoriais e dos sentidos.

Outra dieta descrita é a Dieta de Tipo Metabólico, criada por Wilson Rondó Jr., nutrólogo e cirurgião vascular de São Paulo, autor do livro *Emagreça & Apareça! - Descubra seu tipo Metabólico*, que promete eliminar 6Kg e é baseada na influência da genética sobre o ritmo do metabolismo e a forma de absorção dos nutrientes pelo corpo. Ele diferencia o sistema simpático do parassimpático e diferencia 3 grupos: proteína, carboidrato e misto. Sugere um cardápio para cada grupo metabólico, com 3 opções diárias cada. (revista *UMA*, nº 71, Abril de 2008). A mesma dieta é citada na revista *CORPO A CORPO* (nº 231, Março de 2008), mas com informações um pouco diferenciadas, pois na revista *UMA* a promessa é de perder 6 kg, mas não diz em quanto tempo, já na revista *CORPO A CORPO* a promessa é de eliminar 2 kg em uma semana, além disso, nessa revista se ressalta a eliminação da “barriguinha” e outros benefícios.

Essa dieta baseia-se num argumento genético, seguindo a atual tendência de atribuir explicações genéticas a questões comportamentais ou de outras ordens, assim como determinadas explicações fisiológicas e escolhas culturais a pré-determinações genéticas, como, por exemplo, a capacidade de engordar ou a disposição ao cigarro, dado que a tendência é atribuí-las à ação de genes e não simplesmente de influência do ambiente. Dessa forma, a dieta baseia-se na influência genética na disposição do organismo de absorver determinados nutrientes e no ritmo metabólico, por isso, não basta fazer dieta, é preciso antes descobrir o seu “tipo metabólico”, ou seja, se pertence ao grupo metabólico da proteína, do carboidrato ou do tipo metabólico misto, que indica a facilidade de absorção do organismo, determinada não pela preferência alimentícia, mas pela disposição genética.

Já o médico americano, Peter J. D'Adamo, naturopata¹⁶² e autor do livro *A dieta do tipo genético*, na revista *CORPO A CORPO*, cujo título da matéria é “Coisas de Genética” (nº 235, Julho de 2008), acredita que temos o poder de alterar o comportamento dos genes e o sucesso ou fracasso das dietas tem muito a ver com a genética de cada um, além, é claro, da motivação e comprometimento. Para ele, os genes também influenciam o ritmo do metabolismo e o modo como a gordura é absorvida pelo organismo. Por isso, determinados regimes podem funcionar para uns, mas para outros não. Para resolver essa questão, ele traçou 6 perfis genéticos: caçador, coletor, professor, explorador, guerreiro e nômade. A matéria apresenta quais são os traços físicos de cada perfil, as características psicológicas, os alimentos que ajudam a emagrecer, outros que devem ser controlados, os exercícios recomendados e os pontos forte e fraco de cada tipo genético.

É interessante notar como os genes podem aparecer como determinantes ao mesmo tempo em que é possível alterar seu comportamento. Ou seja, embora os genes determinem quem é e como reage o organismo do sujeito, ele próprio é responsável por alterar e “melhorar” o seu funcionamento genético e metabólico.

Há também um exemplo apresentado pela revista *DIETA JÁ* (nº 166, Dezembro de 2008) de cardápios de dietas baseados nos biotipos físicos - branco, negro ou oriental – que prometem garantir uma vida longa e saudável, além de eliminar 4Kg num mês. Segundo essa matéria, há duas linhas de pesquisa da nutrição (em andamento): a nutrigenômica, que analisa como os nutrientes influenciam o funcionamento dos genes, e a nutrigenética, que pesquisa como os genes afetam a forma pela qual o corpo assimila o alimento, elas sugerem dietas personalizadas, a partir do cruzamento das informações, que permitirá dizer quais são os alimentos que efetivamente fazem bem para cada pessoa. A matéria também apresenta um cardápio de sete dias para cada “etnia” – que pode ser estendido para um mês – e uma tabela com alimentos indicados. O grupo negro foi identificado como predisposto a hipertensão, doenças de pele e câncer de pulmão; o grupo oriental

¹⁶² Medicina natural, ou naturopatia, é uma medicina alternativa complementar

como tendo tendência para doenças cardiovasculares e diabetes; e no grupo branco tende a prevalecer mutações genéticas associadas a diabetes, doenças intestinais, endometriose, câncer de mama e câncer de próstata. Embora utilizem o termo “etnia” para fugir da categoria raça, a concepção de etnia trabalhada aqui não diz respeito a grupos culturais ou políticos, que de fato pouco influenciaria na predisposição a doenças ou na maneira como os genes afetam a forma que o corpo assimila o alimento, mas grupos diferenciados por fatores fisiológicos e genéticos, resgatando uma noção problemática de raça, dado que cada “etnia” apresentaria predisposições específicas e alimentos indicados para cada grupo a partir de determinações genéticas.

O que essas dietas baseadas em tipos “étnicos”, genéticos e metabólicos parecem sugerir é a necessidade de se pensar em dietas específicas, particulares e personalizadas. Apesar de normalmente recomendarem que os leitores procurem um médico antes de iniciar qualquer tipo de dieta, há sugestões de cardápios e orientações que prometem auxiliar na redução de peso de qualquer pessoa. Além disso, embora vistas como radicalmente distintas, há casos de dietas que são encontradas tanto nas revistas como nos blogs Pró-Anna e Mia, como é o caso da *Dieta das notas*¹⁶³, pois assim como alguns alimentos, há também as dietas que se tornam moda. Na revista Capricho, o tema surgiu numa entrevista com a atriz Carolina Dieckmann que, entre outras coisas, foi questionada sobre a verdade de ter ficado sem comer para ficar com um “corpão”.¹⁶⁴ Além da *Dieta das Notas*, outras práticas que a atriz diz recorrer na mesma matéria também aparecem nos blogs, como a prática de passar fome para emagrecer ou a prática de compensar no dia seguinte caso exagere algum dia, fazendo mais exercícios ou comendo menos. A compensação, no caso dos blogs, pode ser a prática de exercícios físicos, a restrição alimentar e a prática de NF, ou seja, *no food*, e LF, *low food*, que se trata de passar um período de tempo (que pode ser um dia, ou dois, ou três ou quantos dias resistir) sem se alimentar, ou alimentando-se minimamente, apenas à base de água e em alguns casos água, chás e refrigerantes dietéticos, ou algumas frutas e legumes no caso do LF.

Embora as práticas descritas nos blogs e nas revistas sejam similares em alguns aspectos, o que as diferencia parece ser a intensidade ou a radicalização. A prática da compensação, descrita em todas essas mídias, não é considerada por si só prejudicial à saúde. O que parece haver no caso dos

¹⁶³ De acordo com informações retiradas da revista Boa Forma de Agosto de 2008, na matéria cujo título é “Dieta nota 10”, a Dieta das Notas foi criada pelo endocrinologista Guilherme de Azevedo Ribeiro, do Rio de Janeiro, e se baseia numa tabela com notas que dão valores aos alimentos. Todos os alimentos são importantes e necessários (carboidratos, gorduras e proteínas), contanto que não ultrapasse o limite de notas por dia. Não há alimentos permitidos ou proibidos, se engordam ou emagrecem depende da quantidade de notas e da quantidade que se decide comer. Além disso, quem se exercita tem um bônus de 50 notas e a quantidade de notas ideais varia de acordo com o sexo e a altura. É uma dieta que se baseia na escolha pessoal, sendo que a maior regra é respeitar a quantidade de notas ingeridas.

¹⁶⁴ A atriz se envolveu em polêmica, após a gravidez, ao ter dito que passou fome para emagrecer. Como resposta à revista Capricho, ela disse: “Não fiz isso! Quando fiz dieta, eu sentia fome porque comia menos. É a dieta das notas. Foram 500 notas, o que é equivalente a mil calorias. Para mim, não tem outro jeito de emagrecer do que tirar calorias. E eu levo a dieta super a sério. No primeiro mês, emagreci 5 Kg e meio. Hoje, estou 2 Kg abaixo do normal. Acho que é por causa do trabalho”.

transtornos alimentares é uma radicalização da prática, que é considerada normal e divulgada nas revistas como uma técnica possível de emagrecimento e manutenção do peso. Assim, as orientações e práticas das *anoréxicas* e *bulímicas* não são apartadas da convenção no que diz respeito a concepções de saúde (que equivale a ser magro, pois a gordura é quase sempre vista como sinal de doença e esteticamente desvalorizada) e mesmo em relação às técnicas utilizadas (que não se diferenciam, apesar de sua radicalidade).

Deste modo, a presença da Dieta das Notas nas revistas e ao mesmo tempo nos blogs Pró-Anna e Mia evidencia o compartilhamento de práticas e o alcance das revistas, uma vez que nos blogs a dieta é citada, porém não explicada, o que parece indicar que os leitores dos blogs já tinham conhecimento e informações sobre tal dieta, provavelmente obtidas em outros meios de comunicação, como as revistas ou a TV. Assim, trata-se de uma dieta com total respaldo científico e que ganha legitimidade por ter artistas consideradas ícones de beleza e boa forma como exemplos de pessoas que são adeptas e que dizem alcançar uma “boa forma” com seu auxílio, borrando a linha entre práticas consideradas saudáveis e patológicas.

Outro exemplo elucidativo é um cardápio encontrado em um blog, que foi elaborado pela própria autora. O título do blog é PRÓ-ANA & MIA SEMPRE E + 1 DIA!¹⁶⁵ e a autora assina como Letícia Magra. Seu posicionamento em relação à Anna e Mia está explícito no título. No espaço dedicado ao seu perfil, ela diz: “*não sou ninguém importante mas sim mais uma tentando se enquadrar neste modelo de beleza imposto pela sociedade*”. Este blog pode ser analisado como um caso paradigmático, pois apresenta o material encontrado em quase todos os blogs Pró-Anna e Mia, compartilha dietas, ensina técnicas e tem grande alcance e seguidores. O cardápio apresentado é:

Em jejum: 1 xic de chá verde sem açúcar e sem adoçante.
Manha: 1 pot iogurt light
Lanche manha: chá 0cal
Almoço: 2 fatias pão integral c/1 colher sopa requeijão light
Lanche tarde: 1 pot iogurt light
Janta: 1 fatia pão integral c/ 1/2 colher sopa req. light
OBS1: comer de 3 em 3hs, esse detalhe é muito importante, prq vai ajudar a queimar calorias.
OBS: c sentir fome gelatina diet a vontade, não engorda 1 grama.
OBS3: agua, muita água.

Esse cardápio está baseado em inúmeras orientações ditas científicas, algumas já citadas acima por Regina, como a importância de comer carboidrato, pois é um combustível para o corpo, de preferência os integrais, pois além de mais saudáveis mantém o organismo saciado por mais tempo, além do fracionamento das refeições. Essas orientações também são encontradas nas revistas, como a orientação de comer de 3 em 3 horas, que é o fracionamento sugerido pelos profissionais da saúde e de nutrição como estratégia para “acelerar o metabolismo”, baseando-se na

¹⁶⁵ Fonte: <http://www.blog-br.com/magra/> (acessado pela última vez em: 02/02/2010).

idéia de que ficar muito tempo sem comer pode ser prejudicial à dieta, pois se o organismo “passar fome”, ou seja, passar por um período de restrição, irá armazenar quando receber alimentos, pois caso tenha que enfrentar novos períodos de restrição alimentar terá reserva de substâncias para gastar. Por isso, mesmo quem pretende cumprir um cardápio bastante restritivo, a orientação de que se coma alguma coisa de 3 em 3 horas, seja uma maçã, chá gelado, iogurte ou mesmo água, que aparece nos blogs em algumas situações como um “alimento”, se baseia na regra de acelerar o metabolismo, mantê-lo em funcionamento para que o organismo não armazene. Além da ingestão de tempos em tempos, a recomendação é que essas refeições sejam mais leves, com menor quantidade de alimentos a cada refeição, o que pode proporcionar emagrecimento, de acordo com essa teoria.

Além do fracionamento das refeições, outra técnica para acelerar o metabolismo se baseia na ingestão de alimentos ricos em fibras, alimentos a base dos chamados “carboidratos complexos”, ou seja, grãos integrais, pois estes levam mais tempo para serem digeridos e com isso aceleram o metabolismo. Talvez seja por isso que no cardápio acima a autora opte por pão integral no almoço e no jantar. Além de ser considerado um alimento mais saudável pela maioria dos profissionais da saúde e, embora na maioria dos casos possa ser mais calórico do que o alimento refinado, possui essa propriedade de acelerar o metabolismo e manter o organismo saciado por mais tempo, por isso é aconselhado para quem procura perder peso e para quem busca alimentar-se de maneira mais saudável.

Nota-se que a indicação do cardápio do blog no almoço é de duas fatias de pão integral e no jantar apenas uma. Essa indicação condiz com orientações presentes também nas revistas, que para alguns se baseia num mito, mas para outros é completamente coerente pensar que no final do dia o organismo precisará de muito menos combustível para se manter, portanto, não é necessário ingerir a mesma quantidade do que no almoço. Além disso, há a idéia de que carboidrato depois de determinada hora – não há um consenso sobre a hora, para alguns é depois das 19h, para outros depois das 20h e para outros depois das 22h – é sinal de acúmulo e excesso.

A ingestão de gelatina *diet* também é uma orientação que aparece em dietas “convencionais”, ditas “saudáveis”. Gelatina *diet* auxilia na redução de peso na medida em que é um alimento com zero caloria ou baixíssimo valor calórico. Além disso, o doce é quase sempre tido como um “vilão” por ter normalmente alto valor calórico e teor de gordura. Assim, a substituição de doces por gelatina pode “enganar” o organismo (o cérebro), saciando a necessidade de comer doce, com baixíssimo valor calórico e ainda “enganando” o estômago, pois preenche o espaço e dá sensação de saciedade. Isso sem falar no colágeno, que é uma substância que garante a sustentação da pele e que pode ser encontrada na gelatina, entre outros. Esses são argumentos encontrados nas

revistas quando se trata de defender a gelatina *diet* como aliada das dietas e são argumentos que possivelmente explicariam a escolha desse alimento no cardápio elaborado pela blogueira.

Para corroborar o argumento de que o cardápio do blog apresenta semelhanças e princípios baseados nas dietas das revistas, coloco abaixo um cardápio da revista Boa Forma – cujo intuito é “secar” 3Kg em uma semana para “enxugar” os excessos da páscoa – criada pela nutricionista Vivian Goldberger:¹⁶⁶

	Café da manhã	Lanche da manhã	Almoço	Lanche da tarde	Jantar	Ceia
Segunda	1 fatia mamão com flocos de aveia + 1 xícara de café ou cappuccino com adoçante	1 copo (200 ml) de água de coco	1 porção de pescada assada ou grelhado + 2 col. (sopa) de arroz integral com brócolis + legumes variados cozidos no vapor e temperados com azeite ou limão	1 copo de iogurte 0% de gordura	1 prato de sopa de legumes com torradas	1 taça de gelatina diet
Terça	1 fatia de pão integral 1 col. (sobremesa) de ricota + 1 copo (100 ml) limonada com adoçante	1 maçã	1 filé de frango grelhado + 2 col. (sopa) de purê de abóbora + 1 prato raso de salada de folhas temperada a gosto	1 pote de iogurte diet de frutas	1 omelete de claras, tirinhas de peito de peru e ervas finas	2 ameixas pequenas
Quarta	1 pote de iogurte natural desnatado com farelo de aveia	1 copo (200 ml) de suco de morango com adoçante	100g de iscas de filé bovino magro com legumes refogados + 2 col. (sopa) de arroz integral + 1 col. (sopa) de lentilhas	1 pera	1 prato fundo de canja de galinha	1 xícara de chá verde com hortelã
Quinta	1 fatia de pão integral com 1 fatia média de queijo branco 1 xícara de café com adoçante	1 col. (sopa) de uva passa com 2 castanhas	1 filé de pescada grelhada com batatas-bolinha cozidas, salpicadas com salsinha e sal a gosto legumes e verduras temperados a gosto	1 barrinha de cereal light	1 panqueca grande recheada com ricota temperada ao molho rosé	1 copo (100 ml) de água a gosto
Sexta	1 fatia média de melão salpicada com farelo de linhaça	1 pote de iogurte 0% gordura	1 filé de frango grelhado com 3 col. (sopa) de creme de espinafre	2 col. (sopa) de soja tostada	1 prato fundo de sopa de legumes com torradas	1 xícara de chá (a sua escolha) com mel
Sábado	2 torradas integrais com 1 col. (sopa) requeijão light + 1 xícara de café ou cappuccino com adoçante	1 copo (200 ml) de suco	4 col. (sopa) risoto de frango com legumes ao molho sugo, gratinado com lascas de parmesão	1 col. (sopa) de mix de frutas secas	1 wrap (1 fatia de pão de forma com patê de atum, cenoura ralada, beterraba ralada, folhas de alface em tiras e 1 col. (sobremesa) maionese light)	1 copo de 100 ml de limonada com adoçante
Domingo	1 taça de salada de frutas com granola regada com iogurte natural desnatado	1 maçã verde com casca	1 pedaço de frango assado sem pele + 1 concha de macarrão com brócolis e azeite	1 picolé de frutas	1 prato fundo de caldo de galinha ou carne com biscoito	1 taça de gelatina diet

¹⁶⁶ Encontrada no *site* da revista Boa Forma entre as “dietas de emergência”. (<http://boaforma.abril.com.br/dieta/dietas-de-emergencia.shtml>)

Embora muito mais “calórica”, e empregando alimentos ricos em proteínas e vitaminas, mais saudáveis, como frutas e legumes, alguns dos princípios encontrados em ambas as dietas parecem ser os mesmos, como a recomendação de comer grãos, pães integrais, granola, gelatina, fazer refeições fracionadas, produtos light e diet, etc. Podemos constatar, portanto, que as diferenças entre as revistas e os blogs parecem ser mais uma diferença de grau do que de tipo. Ou seja, o comportamento dito saudável encontrado nas revistas ou mesmo nas orientações nutricionais aprendidas pela *paciente* Regina no Ambulatório 1 parece se diferenciar do comportamento encontrado nos *transtornos alimentares* em termos de moderação ou radicalidade. Além do mais, a concepção comum e o que todos parecem buscar, no limite, é um “corpo perfeito”, sentir-se bem com o próprio corpo, pois essa é uma condição para “ser feliz”.

O intuito com essa aproximação não é banalizar o fenômeno dos *transtornos alimentares*, mas sim mostrar que a fronteira entre o que é considerado *normal* e *patológico* nesse caso é muito relativa. Além disso, não se pode afirmar que as práticas tidas como *patológicas* se diferenciam radicalmente das práticas *saudáveis*, o que torna a questão ainda mais complexa, pois tanto as disciplinas alimentares quanto os *transtornos alimentares* podem ser decorrentes de um mesmo fenômeno cultural. Por fim, as práticas alimentares *anoréxicas* e *bulímicas* talvez possam ser consideradas “deslocamentos” ou questionamentos das práticas consideradas *saudáveis*, bem como é possível questionar a funcionalidade de ambas para a real manutenção do peso corporal ou emagrecimento.

É possível recorrer aqui ao argumento e posicionamento de Susan Bordo (1993) para quem no contexto da experiência *anoréxica* há significados e expressão de ideais, anseios e desejos de mudanças sociais muito mais profundas do que a mera estética, ainda que não conscientemente. Na medida em que o “gatilho” para esses *transtornos* é justamente a tentativa consciente de adaptar-se aos padrões através de disciplinas alimentares, dietas, exercícios físicos e etc., ao extrapolar os limites vistos como adequados apontam para a inconformidade dos próprios ideais. Dessa forma, o comportamento tido como patológico das *anoréxicas* e *bulímicas* pode ser pensado como uma “crítica”, um “questionamento” às práticas consideradas *saudáveis*.

Além de radicalizar práticas consideradas *saudáveis* o que pode haver no contexto da experiência *anoréxica* e *bulímica* é um questionamento sobre a radicalidade das próprias práticas consideradas saudáveis, assim como o “emagrecimento” da boneca Barbie pode significar uma problematização ao padrão apresentado pela boneca em si, que é um modelo de beleza e comportamento inculcados desde a infância.¹⁶⁷ Por isso, assim como devemos nos indignar com a

¹⁶⁷ A Barbie pode ser não só considerada um modelo de beleza e ideal estético como também um modelo de comportamento desejado, associado às suas representações, como por exemplo, a Barbie princesa, a Barbie noiva, a Barbie *fashionista*, a Barbie família, a Barbie quero ser uma atriz de cinema, a Barbie quero ser estilista, a Barbie fada, etc.

Barbie emagrecida dos blogs Pró-Anna e Mia, não deveríamos nos indignar com o modelo imposto pela boneca Barbie, que continua sendo oferecida às crianças? O que precisa ser questionado, portanto, além dos padrões e imagens divulgadas pelo movimento Pró-Anna e Mia, bem como pela “indústria da moda” em geral, é o modelo de beleza hegemônico e também radical, que valoriza a magreza (não aquela evidenciada pelo movimento Pró-Anna e Mia, mas ainda uma magreza), e o tipo “ocidental”, branco, loiro e uniforme de beleza. Ademais, nota-se nas revistas pesquisadas que normalmente a noção de “saúde” se confunde com certa magreza, ou seja, ser gordo, ou ter gordura em algum lugar é comumente associado à doença, como se saúde estivesse sempre associada à falta de gordura.

Será possível, portanto, olhar para esse movimento como um fenômeno que nos evidencia a tênue e problemática fronteira entre comportamentos considerados *saudáveis* e *patológicos*?

4.4. “Eu só quero ser perfeita” – sobre os padrões e imagens de beleza

Ora, a identidade corporal feminina está sendo condicionada não pelas conquistas da mulher no mundo privado ou público, mas por mecanismos de ajuste obrigatório à tríade beleza-juventude-saúde. Leia-se: a mulher deve explicitar a beleza do corpo por sua juventude, sua juventude por sua saúde, sua saúde por sua beleza. (...) Argumentos publicitários, produtos de beleza e medicina vulgarizada nas revistas são mecanismos sutis, mas extremamente repressivos, que agem sobre o corpo feminino (PRIORE, 2000, p. 100).

Segundo Mary Del Priore (2000), o corpo é um produto social, cultural e histórico, que nossa sociedade fragmentou e recompôs, regulando seus usos, normas e funções. A autora mostra como transformações históricas e culturais atingiram o corpo de maneira particular no decorrer do século XX, marcadas por uma série de invenções como o batom, o desodorante, a transformação do espartilho em soutien, desaparecimento das luvas e aparecimento do esmalte e que, como a mulher se despiu no decorrer do século, a solução foi cobrir-se de cremes, vitaminas, silicones, colágenos, etc. Havia uma preocupação muito grande de salvar o corpo da rejeição social, e não mais de salvar as almas.

Para ela, o diagnóstico das revoluções feministas até o século XX é ambíguo, na medida em que há conquistas e também armadilhas, pois a tirania da perfeição física empurrou a mulher não para a busca de uma identidade, mas de uma identificação. A história da mulher passa pela história de seus corpos, dado que no passado o corpo da mulher era marcado pela exclusão, inferioridade e subordinação – as mulheres eram vistas como “senhora da beleza”, cuja sexualidade era perigosa. Atualmente o corpo feminino corresponde a uma tríade: BELEZA - SAÚDE - JUVENTUDE. A mulher continua submissa, mas agora a essa tríade de perfeição física, que, para ela, é um outro tipo

de subordinação, porém ainda pior do que a sofrida antes, pois agora não é mais o marido quem manda – o algoz não tem rosto: é a mídia. Priore apresenta o panorama das transformações histórias desde as índias e a chegada dos colonizadores, até o momento em que produtos de beleza passam a ser industrializados; a moda se desenvolve e instala-se um novo padrão de beleza, divulgados pela fotografia e pelo cinema. A moda aparece como articuladora do novo ideal estético, imposto, principalmente, pela indústria cinematográfica americana, transformando o corpo feminino em objeto de desejo fetichista, objeto de consumo.

Anônimas, as que não são belas, simplesmente recusam seus corpos, tanto mais quanto vivemos hoje a supremacia da aparência. A fotografia, o filme, a televisão e o espelho das academias dão à mulher moderna o conhecimento objetivo de sua própria imagem. Mas, também, a forma subjetiva que ela deve ter aos olhos de seus semelhantes. Numa sociedade de consumo, a estética aparece como motor do bom desenvolvimento da existência. O hábito não faz o monge, mas quase... A feiúra é vivida como drama. Daí a multiplicação de fábricas de ‘beleza’ cujo pior fruto é a clínica de cirurgia plástica milagrosa. Os pagamentos a perder de vista, com ‘pequenos juros de mercado’, parecem garantir, graças a próteses, a constituição de um novo corpo: formal, mecânico, teatral. Corpo que é a effigie do desejo moderno, desejo derrisório de uma perpétua troca das peças que envelhecem: de nádegas a coxas e panturrilhas (PRIORE, 2000, p. 80).

Apesar das generalidades, como o uso de termo “a mulher”, no singular, seu argumento me interessa à medida que procura mostrar que a indústria cultural marca a importância de se cuidar do binômio saúde-beleza, como um caminho seguro para a felicidade individual. No final do século XX a beleza instituiu-se como prática corrente e consagrou-se como condição para as relações sociais. No entanto, a questão do corpo é problemática, pois a atual tirania da perfeição física é extremamente opressora, subordinando as mulheres a um ideal homogêneo de beleza, juventude e saúde, impossibilitando-as de individualizarem-se e incentivando um padrão de beleza difundido pela mídia. Além do mais, para ela, as mulheres preocupam-se mais com a beleza do que com a saúde e alimentação saudável.

Embora compartilhe da ideia de que há um mecanismo sutil utilizado pelos argumentos publicitários e a medicina “vulgarizada” nas revistas e concorde também com a concepção de que o binômio saúde-beleza é descrito como caminho para a felicidade, seja lá o que isso signifique, é preciso ressaltar que as categorias saúde e beleza nem sempre estão estanques, podendo ser confundidas ou usadas como sinônimos. Orientações para melhorias estéticas podem coincidir com orientações para a saúde, como demonstrei acima, em relação ao conteúdo e orientações apresentadas pelas revistas femininas, assim como destaquei a existência de uma responsabilização do indivíduo por seu corpo. Sobre essa questão, ao falar sobre as novas configurações sociais relativas às etapas da vida, o que inclui também a concepção do corpo e a juventude como um valor, Guita Debert (2004) diz:

É próprio da sociedade de consumo fazer do direito de escolha um dever de todos. Os indivíduos que se mostram incapazes de aumentar sua auto-estima e fazer da vida uma experiência gratificante são vistos como uma espécie de consumidores falhos que não souberam adotar bens e serviços adequados. (DEBERT, 2004, p.5)

A juventude como valor, assim como o corpo visto como capital (Goldemberg, 2006), cercado de investimento de tempo e dinheiro, não pode conter gorduras, imperfeições ou falhas e devem ser conquistados à base de muito esforço e dedicação. Seguindo essa linha, diz Miriam Goldenberg (2002): “Cada indivíduo é considerado responsável (e culpado) por sua juventude, beleza e saúde: só é feio quem quer e só envelhece quem não se cuida” (p. 8).

Essa responsabilização do indivíduo pelo seu corpo é um ideal de autonomia individual que submete o corpo a coerções estéticas cada vez mais exigentes e imperativas dos modelos sociais do corpo. Nesse processo de responsabilização do indivíduo a mídia e a publicidade têm papel fundamental.

Mas não apenas com atrizes ou modelos tal exigência de boa forma física se torna implacável. Por intermédio do cinema, televisão, da publicidade e de reportagens de jornais e revistas, a exigência acaba atingindo os simples mortais, bombardeados cotidianamente por imagens de rostos e corpos perfeitos. (GOLDENBERG, 2002, p. 26).

Almeida (2004) ao analisar revistas e a mídia em geral, localizando discursos que reafirmam a responsabilização do indivíduo por sua imagem, argumenta que o “recado” passado é o de que qualquer pessoa, precisamente qualquer mulher, “só não é feliz com aparência se ‘não quiser’”. Desse modo, ela aponta para a caracterização de gênero desses discursos, na medida em que considera haver um inegável apelo ao mundo feminino. Nesse sentido, ela entende esses discursos como “tecnologia de gênero”, baseando-se em Teresa de Lauretis, considerando que a mídia constrói culturalmente, através de imagens e discursos, os ideais sociais de corpo, feminilidade, masculinidade e o que significa o masculino e o feminino. Do mesmo modo que se constitui o gênero por intermédio de discursos e imagens em diálogo e interação com as experiências vividas, dá-se também a construção do corpo, marcada fortemente por diferenças de gênero e ideais sociais:

As revistas, assim como entrevistas e matérias em programas femininos e de auditório, colocam o corpo – tanto de famosos da mídia, como de pessoas comuns retratadas – como um espaço que é preciso cuidar, trabalhar, arrumar, melhorar e “construir”, literalmente. É como se a idéia de Foucault de que a medicina é um saber que constitui um poder sobre os corpos tenha se tornado literal: esculpir, retirar a gordura, implantar próteses, refazer, modelar, “fix” (como dizem os americanos, termo que remete tanto a noção de fazer como de consertar). O consumo de bens e serviços que geram esses resultados sempre mencionados como positivos, melhoram a auto-estima e trazem felicidade para as mulheres, que parecem precisar fundamentalmente da beleza para serem felizes. (ALMEIDA, 2003, p.11)

Cabe agora um olhar mais atencioso aos padrões e imagens de beleza divulgada pelo movimento Pró-Anna e Mia para não correr o risco de generalizar e uniformizar as concepções apresentadas, investigando se há diferentes padrões, se esses padrões fazem referência àquele legitimado pela “indústria da moda”, procurando configurar um espectro de quais são os ideais encontrados ali.

As fotos apresentadas principalmente nos blogs Pró-Anna e Mia, utilizadas como *thinspiration*, ou seja, inspiração magra, inspiração para seguirem suas dietas ou jejuns e manterem-se determinadas em suas buscas pelo “corpo perfeito”, passam por fotos de modelos e artistas famosas, em fotos “glamurosas” e poses produzidas para ressaltar a beleza e qualidades das mulheres a fotos de partes de corpo e corpos cadavéricos.

Entre as modelos, uma das figuras muito presente é a brasileira Gisele Bündchen, assim como as modelos-propaganda da marca de lingerie e cosméticos Victoria’s Secret (citada por uma das entrevistadas como símbolo da incoerência de nossa sociedade/ cultura) e outras modelos e artistas cujo padrão de beleza se assemelha.

Fonte: Blog Diário de uma Ana (<http://psicosebulimica.blogspot.com.br/search?updated-max=2008-07-29T19:50:00-07:00&max-results=10&start=10&by-date=false>)

Gisele Bündchen é conhecida por ser uma modelo curvilínea – com peito, pernas e bunda mais “recheados” em relação a outras modelos mais magras – embora seja evidente um “perfil” e beleza associada ao campo da moda.¹⁶⁸ Além de ter um estilo próprio e por isso ser considerada

¹⁶⁸ Vale ressaltar que corpo curvilíneo refere-se normalmente a outro padrão de beleza, como, por exemplo, da atriz brasileira Juliana Paes. No entanto, Gisele Bündchen, em certa medida, rompe com um padrão de modelos mais magras. Atualmente diversos padrões coexistem, mas Gisele é normalmente associada ao surgimento de um novo perfil. A modelo Isabella Fiorentino revelou à revista Contigo (março de 2012) que teve *anorexia* no início da carreira, pois só havia modelos magras e andróginas. Por ter sido muito rejeitada ela tentou adequar-se ao padrão e praticamente parou de comer. Ela disse: "Estava mal, mas atendendo às expectativas do mercado. Parei de trabalhar um ano para me tratar. Quando voltei, coincidiu com o 'boom Gisele Bündchen', que apareceu nas passarelas com peitão e curvas. O mercado voltou a pedir uma mulher normal, como eu. Gisele me salvou". Fonte: <http://diversao.terra.com.br/gente/noticias/0,,OI5650477-EI13419,00-Isabella+Fiorentino+sobre+anorexia+Gisele+Bundchen+me+salvou.html>

umas das grandes *top models* da atualidade, Gisele é famosa por ser uma das modelos mais bem pagas do mundo e já fez parte do “elenco” da Victoria’s Secret. O desfile da Victoria’s Secret é uma grande produção, conhecida pelas modelos que desfilam por serem caracterizadas por sua sensualidade, diferente de outras modelos de passarela e marcas que privilegiam mulheres mais magras e até mais andróginas, que não aparecem tanto nos blogs Pró-Anna e Mia (exceto pela figura icônica da Twiggy e a Kate Moss).

A sensualidade dessas modelos é marcada por suas curvas e comportamento, ou seja, o olhar, a forma de caminhar, a postura, etc. Apesar de serem magras e normalmente mais “saradas”, com corpos visivelmente definidos e “carnudos” em comparação a modelos nos quais os ossos ganham maior destaque, ainda assim são controladamente “carnudas”, ou seja, a carne é firme, bem posicionada em determinadas partes do corpo, há ossos evidentes, mas também estrategicamente posicionados, como é possível observar na figura a seguir:

Fonte: blog # Bella # Mia (<http://lostcrazymia.blogspot.com/>)

Há nos blogs imagens de modelos mais magras e jovens, com corpos mais juvenis, como é o caso da imagem a seguir, na qual a sensualidade dá lugar a certa ingenuidade, sendo uma sensualidade ainda não tão marcada, com postura e comportamentos despretensiosos:

Fonte: blog Se não existe esforço, não existe progresso! (<http://anamiaaqueieagora.blogspot.com/>)

Ou esta, que além do corpo magro e juvenil valoriza uma postura e figurinos não tão “glamourosos”:

Fonte: Blog Pro Ana-Mia (<http://proana-mia.blogspot.com/>)

Além da presença constante de modelos, há nos blogs imagens de diversas artistas e atrizes, entre elas está Victoria Beckham, cantora, modelo, atriz e designer britânica que integrou o grupo musical Spice Girls, que fez muito sucesso na década de 90, e atualmente tem sua própria marca de roupa.¹⁶⁹ Recentemente apareceu bastante emagrecida na mídia, o que levantou suspeita de que sofresse de *transtornos alimentares*. Na imagem a seguir ela aparece magra e com os ossos saltados¹⁷⁰:

Fonte: Site dos Famosos (<http://www.sitedosfamosos.com.br/ultimas-dos-famosos/victoria-beckham-sofre-de-anorexia-vejam-que-pose-chocante>).

¹⁶⁹ Algumas das famosas que enfrentaram *transtornos alimentares* e que assumiram publicamente ou que há uma especulação, embora não tenham assumido, e que são constantemente acionadas nos blogs estão: a atriz Mary-Kate Olsen, a cantora mexicana Anahí (ex-integrante do grupo musical RBD), a princesa Diana, Caroline de Mônaco, a atriz Jane Fonda, a atriz e cantora Twiggy (que é conhecida como ícone dos anos 60 por sua beleza andrógina e magra, considerada a primeira *top model* do mundo), a cantora Karen Carpenter, a cantora Alanis Morissette e a atriz Chistina Ricci que aparece em fotos de antes e depois em alguns blogs Pró-Anna e Mia.

¹⁷⁰ Não encontrei essa foto em nenhum blog pró-Anna e Mia, mas foi uma imagem que repercutiu bastante em 2009, chocando pela magreza extrema. Além disso, a matéria da qual foi retirada diz que Victoria Beckham admitiu em entrevista ser obcecada pela magreza e já sofreu *distúrbios alimentares*. Uma matéria do jornal Daily Mail de 2006 aponta para magreza de Victoria e o fato de ter se tornado *thinspiration* para *anoréxicas*, sendo citadas em *websites* pró-*anorexia* (<http://www.dailymail.co.uk/tvshowbiz/article-392841/Anorexics-Posh-thinspiration.html>).

Outras famosas que sempre aparecem, e normalmente juntas, são Nicole Richie, conhecida pela vida glamourosa e luxuosa exposta no reality show *The Simple Life*, ao lado de Paris Hilton, e a atriz Lindsay Lohan:

Fonte: Blog A verdade de Ana e Mia (<http://mecomoamim.blogdiario.com/1225726080/>)¹⁷¹

Fotos comparativas de Nicole Richie também são comuns, uma em que apresenta um corpo mais “recheado” e outra na qual aparece bem emagrecida:

Fonte: Blog Uma vida, um caminho, uma meta (<http://ana-miaforever.blogspot.com.br/search?updated-max=2009-08-12T23:16:00%2B01:00&max-results=20&start=28&by-date=false>)

¹⁷¹ Vale ressaltar que essa primeira imagem de Lindsay e Nicole juntas acompanha o seguinte texto, como se representassem a Anna e a Mia:

- Ana e Mia são caminhos para chegar a perfeição.
- Ser Ana ou Mia significa querer a perfeição.
- A perfeição é física, mental e espiritual.
- Queremos nos ver lindas, queremos que ao nos olhar no espelho e dizer "sou uma princesa", vamos sentir que é verdade.
- Temos sonhos, e não é fácil cumpri-los quando a sociedade acha que estamos doentes ao tomar esse caminho.
- As páginas pro-ana e pro-mia, assim como os grupos, não são pro-enfermedade, nem pro-morte. Simplesmente são pro-perfeição.
- Queremos nos sentir orgulhosas e representar a perfeição, e vamos conseguir.
- O fim justifica os meios, e é isso que vamos fazer.
- Somos fortes, e vamos conseguir, porque Ana e Mia não são "assasinas", como as chamam, são a vontade que nos guia ao triunfo, a felicidade e ao cumprimento dos nossos sonhos. (Fonte: Blog A verdade de Ana e Mia)

Ambas são suspeitas de sofrerem de *anorexia*. Lindsay assumiu publicamente ter problemas com peso e que ter sofrido de *anorexia*.¹⁷² Nicole assumiu ter problemas com peso, mas não admitiu sofrer de *anorexia*. Na foto abaixo aparecem mais emagrecidas e com aspecto “menos saudável”:

Fonte: Blog Goo Anna Goo (http://gooannagoo.blogspot.com.br/2008_11_01_archive.html)

Fugindo das imagens de passarela e pessoas famosas, há imagens de modelos em poses mais “conceituais” e que não mostram tanto o corpo e que apresentam uma “atitude *fashion*” e uma beleza “glamurosa”, ou seja, maquiagem, vestimenta, iluminação e postura¹⁷³:

Fonte: blog Miss Ninnive (<http://miss-ninnive.blogspot.com/>)

¹⁷² Num dos blogs com fotos de Lindsay Lohan havia a frase: “Make me perfect like Lindsay Lohan anna!”. Já em outro blog encontrei: “Eu quero mesmo é ficar magra e mara, como a Lindsay. Magreza e riqueza nunca são demais!”

¹⁷³ Os termos “glamour”, indústria da moda”, postura, atitude e outros são perigosos e mereceriam uma exploração maior que não cabe aqui. No entanto, estão sendo utilizados por representarem os valores das campanhas e propagandas de marcas conceituadas, bem como as imagens citadas nos blogs Pró-Anna e Mia. A ideia do que é ou não glamouroso pode ser diferente e varia de acordo com a referência, mas no caso das imagens compartilhadas nos blogs é possível inferir que o glamour está relacionado à magreza.

Essas também são imagens utilizadas como inspiração e trata-se também de mulheres magras, modelos, que se enquadram num perfil de beleza, além da postura e atitudes valorizadas pela “indústria da moda”, e que parecem ser o modelo de beleza que as autoras dos blogs almejam alcançar.

Na imagem a seguir o corpo mal aparece, mas a magreza pode ser percebida pelos braços da modelo e a profundidade do rosto, que evidencia seus ossos. Além disso, a postura, e os acessórios de moda parecem dar certo “glamour” à modelo:

Fonte: Blog Bélla Paranoid (<http://anorexicsite.blogspot.com/>)

Há as imagens que além de valorizarem certa magreza, valorizam também certa leveza, como a imagem abaixo:

Fonte: Blog Thin is beautiful (<http://xthinisbeautiful.blogspot.com.br/2010/08/motivation.html>)

Nessa imagem aparecem as inscrições “Thinspiration” e “Thin enough to float away”, referindo-se a uma magreza e leveza capazes de proporcionar a sensação de flutuar, que parece ser

uma sensação encontrada através do jejum e da magreza. A imagem é bastante poética e poderia ser encontrada em diversos anúncios e propagandas, especialmente de produtos juvenis.

Abro aqui um parêntese para falar sobre a sensação de pureza, leveza e o prazer sentido nas dietas e jejuns praticados pelas personagens dos blogs, bem como pelas *pacientes* entrevistadas apresentadas no capítulo anterior. Lembro-me da minha amiga descrevendo a sensação de leveza depois de passar várias horas ou dias sem ingerir nada, apenas líquidos ou pouquíssimos alimentos, e o prazer em sentir a sensação de fraqueza do corpo e das pernas, como se no próximo passo tamanha fraqueza pudesse fazê-la flutuar. A questão da pureza apareceu no discurso da Mônica, que revela que no período da *anorexia* não comia às quartas-feiras, pois esse era o dia de “purificar-se”. Essa ideia de purificação é curiosa, pois parece carregar uma sobrevivência de argumentos morais, como aqueles encontrados nas reformas alimentares baseadas em princípios religiosos, ou mesmo do jejum praticado por santos e religiosos, ou as chamadas “santas jejuadoras”, associadas em algumas teorias às *anoréxicas* da atualidade. A despeito da finalidade da purificação, o fato é que há um prazer evidente na sensação de fome, de fraqueza e de leveza, bem como um prazer em emagrecer cada vez mais, desafiar o próprio corpo, o que pode ser considerado umas das hipóteses explicativas para as constantes reformulações dos ideais, que estão sempre sendo reduzidos, e o “vício” em emagrecer. A personagem do blog citada no capítulo anterior é um exemplo característico dessa “revisão” das metas, pois quando inicia o blog sua meta é alcançar 40 quilos, e quando chega aos 44 reformula sua meta, passando para 30 quilos, tornando-se um ideal cada vez mais distante e impossível. Do mesmo modo Mônica falou sobre seu “descontrole” em relação à dieta, que está relacionada ao prazer de perder peso, o que provoca um gosto por emagrecer que a faz querer emagrecer sempre mais.

Talvez o prazer em sentir-se fraca, leve, flutuante esteja menos relacionado ao prazer da fome, dado que a dor da fome em si não é a finalidade, mas o meio de alcançar o prazer maior que é vivenciar o emagrecimento do corpo. Afinal, como diz uma das blogueiras: “A dor da fome passa, mas a perfeição fica!”.¹⁷⁴

Embora Regina, a outra entrevistada, não tenha falado explicitamente sobre esse prazer, deixou claro desde o início que tudo que queria era emagrecer. Além disso, disse ter uma dificuldade eterna em dosar, o que implica em ter alguém que a controle, pois deixá-la livremente é sinal de que comerá menos do que o necessário, uma vez que, embora sua alimentação fosse de qualidade, era insuficiente em termos de quantidade. Ela também falou sobre esse “círculo vicioso” do emagrecimento:

Eu pesava 55 quando saí do Ambulatório 1, aí eu perdi e fui pra 54. Você pensa: enquanto é só 1 quilo não tem problema, né? Cada vez que eu tinha que pesar (quando treinava)... bom, de 54 para 53 é normal para quem tem uma vida corrida!

¹⁷⁴ Fonte: <http://proana-mia.blogspot.com.br/>

Aí a psicanalista: 'Não pode passar dos 50. Não pode abaixar dos 50'. Tá bom. Comecei a trabalhar, fui com 49 e meio, mais ou menos, trabalhar no SESC. Cheguei a 45 e meio. Então quanto mais você emagrece, mais você quer emagrecer.

A mensagem a seguir, muito difundida entre os blogs, é reveladora dessas lógicas:

Mensagem de No food!¹⁷⁵
Você é mais do que COMIDA!!!
Você é forte, você não come...
Não come NADA!!!
Sabe o porquê?
Uma MORDIDA é o começo
do fim da sua FELICIDADE!!!
Uma mordida não pode fazer mal???
Então acredita em contos de fadas...
Quer ser uma princesa, certo?
Ninguém disse que seria fácil!
Quer ser uma fada?
Já viu uma fada comendo?
Seja mais forte, a comida está morta,
não se mexe e não faz questão de ser linda...
Já você quer ser linda?
Já você quer ser perfeita?
Cultive apenas borboletas no seu estômago!
Elas te deixaram leve, leve como uma fada!
É apenas mais um dia e a comida não faz parte dele...
É apenas mais uma hora, mais um minuto...
Até você ficar tão leve quanto uma borboleta
Você vai sentir a fragilidade de uma borboleta
e quando sua vista escurecer e sentir q vai desmaiar,
serás tão leve quanto uma linda e esguia borboleta
Só mais um dia,
APENAS COMO AS BORBOLETAS!

Essa mensagem explicita que a fraqueza desejada é aquela relacionada à leveza do corpo, e não à fraqueza dos ideais, ou seja, disposição de ceder às tentações ou à impulsividade diante da comida. Diante da comida é necessário força de vontade para resistir, buscando alcançar a almejada leveza e fraqueza do corpo. Por isso há nos blogs os lembretes de que comer é um mero prazer, e não uma necessidade, então é preciso resistir à comida, pois se trata de um veneno que além de poluir o corpo a faz engordar.

Voltando às imagens dos blogs, mais uma que remete à magreza e leveza:

¹⁷⁵ Encontrada em diversos blogs, entre eles: Anna/mia forever (<http://ana-mia-lia.blogspot.com.br/2008/12/mensagem-no-food.html>); Garota Bulímica (<http://garotabulimicanovavida.blogspot.com.br/2011/10/mensagem-no-food.html>); Bella Mia: Quem disse que era fácil ser uma princesa? (http://lostcrazymia.blogspot.com.br/2009_07_01_archive.html)

Fonte: Blog Pretty Thinspiration (<http://thinspotange.blogspot.com.br/search?updated-max=2009-12-27T13:52:00-08:00&max-results=1&start=13&by-date=false>)

Além da leveza, há imagens que comparam as mulheres à anjos, como a imagem a seguir, que acompanhava a frase “*Angels lose their wings too*”:

Fonte: Blog da Ana e Mia (<http://meumundoanaemia-mydiary.zip.net/>)

Nesse caso a magreza é aproximada à pureza, inocência e androgenia. A imagem a seguir refere-se a uma delicadeza e até certa fragilidade, envolta em uma atmosfera de leveza:

Fonte: Blog Uma vida, um caminho, uma meta (<http://ana-miaforever.blogspot.com.br/search?updated-max=2010-05-08T18:24:00%2B01:00&max-results=20&start=20&by-date=false>)

Outra ideia de pureza é associada à água, uma vez que há o desejo de ser pura como a água, bem como de flutuar no ar, ver ossos em todas as partes, ouvir que está magra e perdeu peso, em síntese: querer que a Anna as façam MAGRAS.

Fonte: Blog Pro Mia – Ana the way to be perfect (<http://sara-pro-mia.blogspot.com.br/search?updated-max=2009-02-07T15:13:00Z&max-results=7&start=7&by-date=false>)

Em contrapartida à leveza, há imagens de gordura, pessoas gordas e alimentos estragados, que devem provocar a sensação de repulsa, cujo intuito é o mesmo: incentivá-las a manter o jejum e a força de vontade em perder peso. Além dessas, há imagens das práticas purgativas. Entre elas:

Fonte: Blog Meu mundo de Ana e Mia (<http://anne.rafaelle.zip.net/>)

Fonte: Blog Poison Pride (<http://poisonpride.zip.net/>)

Fonte: Blog Nothing Tastes as Good as thin feels (<http://thinykitty.blogspot.com.br/>)

Há as imagens que carregam uma mensagem clara e, embora não valorizem a magreza em si, apresentam mensagens referentes à perda de peso e não ingestão de alimentos, como essas a seguir:

Fonte: Blog Ani (<http://viverprasermenor.blogspot.com/search?updated-max=2007-12-12T02:30:00-08:00&max-results=7&start=35&by-date=false>)

Fonte: Blog The Girl With the Thorn in her side (<http://apenasmarcy.blogspot.com/>)

Fonte: Blog Bélla Paranoid (<http://anorexicsite.blogspot.com/>)

Fonte: Blog Desventuras de uma garota (<http://annamaria-anamia.blogspot.com/?zx=e896a626dc65211a>)

Fonte: Blog Ana Mia Forever (<http://ana-miaforever.blogspot.com/?zx=1abd542bdd18d12e>)

Fonte: Blog Lizzie em busca do corpo perfeito (<http://dietperfect.blogspot.com.br/>)

Fonte: Blog Bélla Paranoid (<http://anorexicsite.blogspot.com/>)

Fonte: Blog Bélla Paranoid (<http://anorexicsite.blogspot.com/>)

Fonte: Blog Nothing Tastes as good as thin feels (<http://thinykitty.blogspot.com.br/search?updated-max=2009-08-04T23:37:00-03:00&max-results=3&start=15&by-date=false>)

Fonte: Blog Ana Mia Forever (<http://ana-miaforever.blogspot.com/search?updated-max=2009-08-12T23:16:00%2B01:00&max-results=7&start=21&by-date=false>)

Fonte: Blog Anallie – o que ninguém sabe (<http://analiie.blogspot.com/?zx=db04405189b01a44>)

Foto 1, Fonte: Blog Lizzie em busca do corpo perfeito (<http://dietperfect.blogspot.com.br/search?updated-max=2009-09-18T11:44:00-07:00&max-results=7&start=7&by-date=false>). Foto 2: Angelina Jolie, Fonte: Blog Quod me nutrit me destruit (<http://quodmenutritmedestruit90.blogspot.com.br/2011/04/hee.html?zx=ae0bd366c4dc701e>)

A frase da imagem acima “*quod me nutrit me destruit*” ficou conhecida por ter sido tatuada na barriga pela atriz Angelina Jolie e significa “o que me alimenta me destrói”. Nos blogs Pró-Anna e Mia o conteúdo da frase parece expressar, assim como a frase anterior “*Stop poisoning your body with food*”, que a comida pode ser um veneno e que, portanto, é preciso evitá-la. Mais do que a magreza desejada, há uma aversão à comida em geral. As imagens anteriores, sem frase alguma, apenas um laço amarrando a boca, com a frase “control” e “stop eating” parecem transmitir a mesma ideia, de maneira bastante dramática e olhos marcantes, cujo conteúdo é claro: não comer, abster-se de qualquer alimentação, comer o mínimo. A mesma ideia que é transmitida no título do blog “Perfeição não inclui comida”.

Há as imagens comparativas:

De que lado querem estar?

Fonte: Blog Ana Mia Forever (<http://ana-miaforever.blogspot.com/search?updated-max=2010-04-20T20:47:00%2B01:00&max-results=7&start=14&by-date=false>)

A mensagem da imagem acima parece ser bem clara, apresentando duas posições possíveis: ser magra e ter amigas, ou estar acima do peso e sozinha. Assim como essa, muitas outras imagens exploram duas possibilidades dicotômicas e extremas:

Fonte: Blog Ani (<http://viverprasermenor.blogspot.com/search?updated-max=2007-12-12T02:30:00-08:00&max-results=7&start=35&by-date=false>)

Há ainda imagens de partes de corpos emagrecidos, ossos à mostra, como as imagens a seguir, cuja magreza venerada não parece ser tão “glamourosa” como as primeiras imagens de modelo apresentadas acima (embora ainda tenha imagens que buscam unir o “glamour” e magreza, como a primeira imagem):

Fonte: Blog Bélla Paranoid (<http://anorexicsite.blogspot.com/>)

Fonte: Blog Pretty Thinspiration (<http://thinspotange.blogspot.com.br/search?updated-max=2010-01-02T12:27:00-08:00&max-results=1&start=5&by-date=false>)

Fonte: Blog Pretty Thinspiration (<http://thinspotange.blogspot.com.br/search?updated-max=2009-12-27T14:50:00-08:00&max-results=1&start=8&by-date=false>)

Há também fotos de partes dos corpos das próprias blogueiras, que não são produzidas como as fotos publicitárias ou imagens que se encontram na internet, mas transmitem o recado esperado, que é mostrar seus ossos e a magreza conquistada graças ao apoio da Anna, e que servem de inspiração para outras blogueiras, como essas:

Fonte: Blog Ana Y Mia (<http://courage-anymia.blogspot.com/>)

Fonte: Blog Ana Mia Forever (<http://ana-miaforever.blogspot.com/search?updated-max=2010-04-20T20:47:00%2B01:00&max-results=7&start=14&by-date=false>)

Fonte: Blog Pretty Thispiration (<http://thinspotange.blogspot.com.br/search?updated-max=2010-01-02T12:27:00-08:00&max-results=1&start=5&by-date=false>)

Fonte: Blog Meu mundo de Ana e Mia (<http://anne.rafaelle.zip.net/>)

Por fim, outro tipo de imagem – pouco ou nada glamourosa e muito dramática – são aquelas de mulheres magras e aparentemente infelizes, como essas:

Fonte: blog Querido diário (<http://anaemia8.blogspot.com.br/2011/06/pro-ana-e-mia-inspiracao.html>)

Uma atitude frequente é apresentar fotos de antes e depois de pessoas que eram gordas e emagreceram, especialmente de “pessoas normais”, ou seja, não famosos. Além disso, algumas blogueiras consideram que as verdadeiras inspirações são as pessoas que foram gordas e conseguiram emagrecer, pois quem sempre foi magro não entende o que a pessoa gorda sofreu e quanto sacrifício é necessário para perder peso. Vale ressaltar que essa estratégia de mostrar o antes e depois de pessoas que emagreceram é um recurso muito utilizado por revistas e programas de televisão, especialmente aquelas especializadas em dieta e nutrição. Além do mais, assim como alguns leitores dessas revistas estimulam-se quando encontram “pessoas reais” capazes de emagrecer, as blogueiras Pró-Anna e Mia também parecem admirar esse feito.

Outra imagem que gostaria de apresentar é de uma pirâmide alimentar encontrada em vários dos blogs Pró-Anna e Mia, como esta:

Fonte: Blog Uma vida, um caminho, uma meta (<http://ana-miaforever.blogspot.com.br/search?updated-max=2009-08-12T23:16:00%2B01:00&max-results=20&start=28&by-date=false>)

A pirâmide alimentar legitimada pelo conhecimento nutricional baseia-se nas necessidades alimentares dos seres humanos, dividindo os alimentos em grupos alimentares e estabelecendo qual é a medida de cada grupo a ser ingerida diariamente, como vemos na imagem a seguir:

Fonte: <http://blogamos.com/siga-uma-dieta-saudavel-pela-piramide-alimentar>

Nota-se que a regulação alimentar do movimento Pró-Anna e Mia mais uma vez baseia-se num mecanismo legítimo, porém distorcendo seu sentido e suas lógicas. A base da pirâmide alimentar nutricional é ocupada por cereais, pães, tubérculos, raízes e massas, onde se encontram os alimentos que geram energia para o corpo. Na pirâmide Pró-Anna e Mia a base é ocupada pela água. O grupo composto por frutas, que é similar ao das hortaliças, é ocupado na pirâmide Pró-Anna e Mia por refrigerante diet e remédios para emagrecer. No lugar do leite e seus derivados, carne, ovos e leguminosas estão o café e o cigarro. No topo da pirâmide, que é ocupada por óleos, gorduras e açúcares, um grupo que deve ser consumido com moderação, na pirâmide Pró-Anna e Mia está a comida. Enfim, uma completa perversão dos sentidos, baseando-se nos mesmos princípios, ou seja, o de que há diferentes grupos e todos devem ser consumidos, mas em diferentes quantidades e compostos por diferentes elementos.

O que no limite essas imagens e concepções do movimento Pró-Anna e Mia parecem sugerir é que há apenas duas possibilidades (e se uma imagem realmente vale mais do que mil palavras, expressarei em imagem, como o fazem as personagens dos blogs):

Fonte: Blog Meu mundo de Ana e Mia (<http://anne.rafaelle.zip.net/>)

Então, é preciso optar pelo que se quer ser:

Fonte: Blog Barbie Girl – E quem disse que é fácil ser uma princesa? (<http://barbielima.blogspot.com/search?updated-max=2007-12-17T10:07:00-03:00&max-results=7&start=7&by-date=false>)

Essa comparação torna explícito que o que está em jogo não é apenas ser magra. É preciso ser magra, branca, loira, com traços “ocidentais”, rica, bem sucedida, pois só assim é possível ser feliz. Tudo se passa como se houvessem apenas duas opções: ser magra e feliz ou ser obesa e infeliz. Mas a relação entre beleza, corpo e felicidade não é novidade e pode ser largamente encontrada nos discursos mais diversos, como aqueles encontrados nas revistas voltadas ao público feminino. O que se pretende ao conjugar a ideia de beleza, saúde, bem estar e felicidade num mesmo pacote? Que ideais e valores estão em jogo? Novamente, ressalto que não pretendo banalizar os *transtornos alimentares* com essa aproximação, mas é preciso levar em consideração as sutilezas dos discursos e as tênues fronteiras.

E o que dizer quando pessoas ou veículos legítimos se aproximam da linguagem ou imagens dos blogs Pró-Anna e Mia, como a foto publicada por Adriane Galisteu?

Fonte: <http://revistaquem.globo.com/Revista/Quem/0,,EMI290488-9531,00-ADRIANE+GALISTEU+MOSTRA+FOTO+EM+QUE+APARECE+DE+BIQUINI.html>

A própria modelo e apresentadora foi quem postou sua foto no Instagram¹⁷⁶, na qual está usando apenas biquíni. A postura e exaltação de seus ossos e cavidades remetem muito às fotos encontradas nos blogs Pró-Anna e Mia, que se distanciam daquelas que prezam uma beleza mais “recheada”. Não é uma imagem que apresenta as posturas típicas que exploram a sensualidade e formas corporais, mas pelo contrário busca explorar os ossos. Adriane Galisteu, que engravidou do seu primeiro filho em 2010, no sétimo mês de gravidez resolveu ir a um SPA no interior de São Paulo,¹⁷⁷ onde passou praticamente os últimos dois meses para não ganhar peso além dos 8 quilos que já havia ganhado nos primeiros meses da gravidez.¹⁷⁸ No ano seguinte a modelo posou nua para

¹⁷⁶ Instagram é um aplicativo de compartilhamento gratuito de fotos.

¹⁷⁷ A foto postada repercutiu na mídia e foi notícia em diversos sites, como o site de notícias da revista Quem, que publicou a foto em 21/01/2012.

¹⁷⁸ Informação retirada do site Divirta-se: http://www.divirta-se.uai.com.br/html/sessao_9/2010/04/30/ficha_mexerico/id_sessao=9&id_noticia=23616/ficha_mexerico.shtml

uma revista masculina¹⁷⁹ e admitiu ter emagrecido não só por causa da produção da revista, mas também porque gosta de ser magra. Ela já revelou diversas vezes que gosta de ser bem magra, mais magra “do que os homens costumam gostar” e diz que se a chamam de gostosa ela se sente gorda, pois a “gostosa” estaria acima do peso que considera ideal. Embora possa ser criticada por alguns e vista como magra demais para o “gosto popular”, ela parece ser um exemplo de alguém que admira a magreza, nem por isso patológica, embora admita ter feito loucuras para emagrecer. Não pretendo aqui posicionar-me em relação aos padrões publicitários das imagens e a exploração da sensualidade, nem tampouco defender a exposição de ossos. Cabe questionar, no entanto, o efeito dessa imagem. Independente das formas corporais de cada um, que podem variar, o que questiono aqui é a exaltação dos ossos e a legitimidade de mostrá-los em revistas e páginas regulamentadas vistas como radicalmente distintas dos blogs pró-Anna e Mia, que são perseguidos e proibidos por serem moralmente indecentes.

Então, trazer todas essas imagens, especialmente aquelas dos corpos, modelos e ideais de beleza contidos na imensa diversidade de blogs, tem por objetivo demonstrar a disparidade entre elas, passando pelas imagens mais extremas, cujo ideal de beleza é uma magreza radical, até imagens de corpos próximos àqueles encontrados nas revistas, na TV, amplamente divulgadas, vendidas como reais e possíveis a todos. Além disso, trazer essa diversidade de imagens permite explorar a ausência de limites entre os meios de comunicação considerados legítimos ou não, uma vez que é possível conceber a proximidade de algumas imagens encontradas nos blogs àqueles consideradas legítimas, bem como a ilegitimidade de algumas imagens que extrapolam os limites das páginas pró-Anna.

A mensagem da imagem a seguir não é nada sutil e explicita um modelo absurdo de beleza, que dificilmente pode estar associado a uma imagem de saúde:

Fonte: <http://bribriilove.blogspot.com.br/2011/07/pro-anamia-sites.html>

¹⁷⁹ Revista Playboy de Agosto de 2011.

Mas a distância entre a imagem acima e a imagem a seguir é pequena e perigosa, pois a imagem abaixo é socialmente sancionada:

Fonte: Blog Pretty Thispiration (<http://thinspotange.blogspot.com.br/search?updated-max=2010-01-02T09:51:00-08:00&max-results=1&start=6&by-date=false>)

As próximas imagens, chocantes e extremas, são também frutos da chamada “indústria da moda”, como muitas outras perfeitamente ajustadas à moral social:

(Fonte: <http://bbulimiaaanorexia.blogspot.com.br/search?updated-min=2011-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2012-01-01T00:00:00-08:00&max-results=18>)¹⁸⁰

<http://bbulimiaaanorexia.blogspot.com.br/search?updated-min=2011-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2012-01-01T00:00:00-08:00&max-results=18>

¹⁸⁰ Essa foto parece ter sido extraída de um desfile de modas (embora a origem seja desconhecida) e foi encontrada em um blog que alerta para os perigos da *anorexia* e *bulimia*, seus significados e tratamentos, cujo intuito parece ser chocar o leitor. Apesar de não ser pró-Anna e Mia nesse blog encontram-se imagens comuns àqueles blogs, porém o tom aqui é “educativo” e chocante. O intuito é alertar e educar com imagens que em outros contextos podem aparecer como *thinspiration*.

A despeito da discussão sobre saúde, cuja mensuração é complexa – é possível olhar para uma pessoa e dizer que ela é doente só por ser gorda ou magra? Quais são os critérios de saúde? É possível julgar a saúde de alguém apenas olhando? Claro que talvez extremos de magreza e gordura podem necessariamente implicar em danos à saúde, mas e quando saímos dos extremos? – o que questiono aqui são as imagens de beleza divulgadas na mídia e como seus significados não são fixos e podem mudar de um contexto para o outro. A mesma magreza “glamourosa” em um contexto pode ser sinônimo de reprovação e repugnância em outro.

Observemos a imagem a seguir, não se parece com inúmeros anúncios de produtos diversos encontrados em revistas?

Fonte: blog da Ana e Mia (<http://meumundoanaemia-mydiary.zip.net/>)

Além de todas as concepções e técnicas citadas acima, a ideia de responsabilização do indivíduo, que é o discurso encontrado nas revistas e outros meios de comunicação, é também aquele encontrado nos blogs Pró-Anna e Mia. Esse discurso pode ser ilustrado pela apropriação de uma frase de um filme de sucesso, dita pelo diretor do espetáculo de balé à sua aluna mais dedicada e responsável pelo papel principal: “A única coisa que está em seu caminho para a perfeição é você mesma”.¹⁸¹

Para encerrar, procurei demonstrar nesse capítulo que as técnicas consideradas saudáveis e legítimas podem ser apropriadas das maneiras mais perversas possíveis, e desse modo nos alertar para sua radicalidade e seus perigos. Não se trata de fazer apologia à gordura ou à magreza, mas sim problematizar o que é considerado “normal” e legítimo.

¹⁸¹ A frase citada no blog é do filme Cisne Negro (Black Swan, dirigido por Darren Aronofsky, 2010). Ao fundo da tela do blog há imagens de bexigas coloridas voando (<http://anaforever2.blogspot.com.br/2011/11/unica-coisa-que-esta-em-seu-caminho.html>). Outro blog no qual a frase aparece: <http://proannabunny.blogspot.com/search?updated-max=2011-02-18T17:05:00-02:00&max-results=5&start=45&by-date=false>

Considerações finais

Como todo trabalho ou processo suscetível a imprevistos e imponderáveis em meio ao seu percurso, essa pesquisa, embora já se caracterizasse como uma etnografia multi-situada (Marcus, 1995), modificou-se, ajustando-se às possibilidades. Deste modo, diante do impedimento de investigar profundamente as experiências dos sujeitos e da fascinante possibilidade de aprofundar-me nas concepções da instituição já etnografada – que se mostrava uma interessante e profícua perspectiva, além de um diferencial para a pesquisa – as elaborações psicanalíticas e as concepções e práticas da clínica acabaram tornando-se protagonistas dessa dissertação. Não seria possível, contudo, isolar essa instituição e pensar suas práticas e concepções autonomamente, uma vez que esta protagonista estabelece importantes diálogos e interações com outros atores em cena. Por isso, falar sobre as concepções psicanalíticas da clínica referentes aos *transtornos alimentares* implica em problematizar as concepções psiquiátricas e nutricionais que estão envolvidas na abordagem especializada dessas patologias. Assim, falar sobre a clínica é levar em conta também outras instituições e profissionais com os quais compartilha *pacientes*, métodos e teorias, ainda que em contraste. Do mesmo modo, investigar o fenômeno relativo à *anorexia* e *bulimia* implica em problematizar as disciplinas alimentares, os padrões de beleza e ideal de magreza, sem desconsiderar as visões que as definem como *estilos de vida* – e não patologias.

O trabalho de campo na instituição escolhida (ou que me escolheu, na medida em que aceitou minha participação, permitindo assim a realização da pesquisa) consistiu em acompanhar suas atividades, reuniões, discussões de casos, textos e triagens, participar de eventos e debates, o que permitiu-me estabelecer “contato” com as psicanalistas que a constituem. O intuito era compreender as concepções sobre os *transtornos alimentares*, o que significam e representam, em que contexto estão incluídos, como se classifica e diagnostica esses *transtornos*, além de acompanhar a vida diária e *manejo* das *pacientes*, teorias e hipóteses psicanalíticas. Foi necessário compreender alguns métodos psicanalíticos, entre eles a noção de *enquadre* ou *setting* psicanalítico e a associação livre, na tentativa de compreender o que se passa entre *analista* e *analizando* (ou *analisante*), entre *psicoterapeuta* e *paciente*. Além disso, para compreender as principais hipóteses e explicações psicanalíticas sobre esses *transtornos* foi necessário investigar concepções básicas sobre as “fases de desenvolvimento” e relação entre mãe e filha. Compreender o lugar da psicanálise no Brasil, ainda que de modo geral, e as particularidades dessa instituição no contexto dos *transtornos alimentares* mostrou-se fundamental para compreensão dos meandros das elaborações psicanalíticas sobre a *anorexia* e *bulimia*.

Um ponto importante a ser destacado é a distinção entre *sintomas* biomédicos e psicanalíticos, pois é um conceito que altera o modo de olhar e tratar as *pacientes*. Enquanto os

sintomas biomédicos são entendidos como alterações da percepção normal que cada pessoa tem do seu corpo, do seu metabolismo, de suas sensações, que podem ou não ser indícios de uma patologia, para a psicanálise os *sintomas* não são necessariamente alterações e também não precisam ser eliminados, como os *sintomas* biomédicos. Os *sintomas* biomédicos são aqueles descritos e diagnosticados por meio dos manuais DSM-IV e CID-10 e são, portanto, mais “padronizados”, enquanto o *sintoma* psicanalítico é mais “particular de cada sujeito” – é a solução encontrada por ele para os seus conflitos. De acordo com uma das psicanalistas, o *sintoma* biomédico, além de ser algo que deve ser eliminado, não tem seu significado dado pelo próprio *paciente*, mas sim pelo médico. No *sintoma* psicanalítico, entretanto, o significado é encontrado na experiência analítica pelo sujeito e deve ser substituído por “algo enigmático”, como um conflito, que deve ser decifrado. Desse modo, as *pacientes* que chegam à instituição psicanalítica com *sintomas* de *anorexia* e *bulimia* encontrarão ali um espaço no qual poderão construir um *sintoma* psicanalítico particular. Ambas as concepções estão presentes e são consideradas na clínica e nem sempre essas categorias aparecem distintas ou claramente estabelecidas nas falas das interlocutoras.

Assim, a psicoterapia é o espaço de construção da individualidade, de afastar-se das “concepções prontas” sobre os *transtornos alimentares* e elaborar os *enigmas* que estão por trás dos *sintomas* alimentares. Lévi-Strauss (2003), ao aproximar o método psicanalítico ao xamanismo, argumenta que ambos referem-se à manipulação da doença, seja por meio da manipulação dos órgãos, como no caso da cura xamanística, ou pela manipulação de ideias, no caso da psicanálise, com a ajuda de símbolos, ou seja, equivalentes significativos do significado, provenientes de uma ordem de realidade diversa.¹⁸² Para ilustrar, ele apresenta dados relativos a um encantamento realizado por um xamã, cujo intuito é ajudar num parto difícil. Segundo ele, a intervenção do xamã e a cura consistiriam em: “tornar pensável uma situação dada inicialmente em termos afetivos, e aceitáveis para o espírito as dores que o corpo recusa a tolerar” (Lévi-Strauss, 2003, p. 228). Nesse contexto, a narrativa visaria reconstituir uma experiência real, na qual o mito substituiria os protagonistas.

É interessante notar como Lévi-Strauss, ao aproximar os métodos psicanalíticos e xamanísticos, argumenta tanto a favor de suas semelhanças, sem excluir as diferenças desse paralelismo. Esses métodos se aproximariam, segundo o autor, pelo lugar da linguagem no processo terapêutico:

(...) O xamã fornece à sua doente uma *linguagem*, na qual se podem exprimir imediatamente estados não-formulados, de outro modo informuláveis. E é a passagem a esta expressão verbal (que permite, ao mesmo tempo, viver sob uma forma ordenada e inteligível uma experiência real, mas, sem isto, anárquica e

¹⁸² É curioso como o autor se apropria da psicanálise como um meio para compreender o que se passa no processo ritual de um encantamento xamanístico – sem a qual não o compreenderia, pelo menos não nesses termos – e ao mesmo tempo utiliza a cura xamanística para iluminar os próprios procedimentos psicanalíticos.

inefável) que provoca o desbloqueio do processo fisiológico, isto é, a reorganização, num sentido favorável, da sequência cujo desenvolvimento a doente sofreu (LÉVI-STRAUSS, 2003, p. 228)

O autor, então, aproxima o lugar da linguagem, da expressão verbal e seu papel ordenador e capaz de tornar inteligível o processo de cura xamanística, assim como se dá no método psicanalítico, conhecido popularmente por curar pela palavra. Ambos os métodos propõe conduzir à consciência conflitos e resistências mantidos até então inconscientes. Esses métodos se diferem, no entanto, no que diz respeito à origem do mito invocado (ou construído) em seus processos – que no caso do xamanismo é um mito recebido do outro (xamã) e encontrado na tradição coletiva, enquanto na psicanálise é um mito encontrado e concebido como um tesouro individual, segundo Lévi-Strauss. Questiono-me, entretanto, até que ponto o mito vivido e construído no *setting* psicanalítico é de fato individual, ou se essa concepção é o mito que a própria psicanálise criou a respeito do seu método, apropriado (e ao mesmo tempo um reforço) ao individualismo? Paradoxalmente, a própria psicanálise (ou algumas elaborações psicanalíticas) reconhece haver uma herança psíquica de conteúdos não elaborados, como demonstrei acima, o que indicaria a construção de conteúdos (mitos) não tão individuais assim, mas de certa forma instaurados numa tradição coletiva.

Entretanto, Lévi-Strauss reforça a “procura do tempo perdido”¹⁸³ como a chave terapêutica psicanalítica, o que se evidencia nos dados aqui apresentados, uma vez que, para a concepção psicanalítica referente aos *transtornos alimentares*, trata-se de buscar explicações principalmente nos primeiros tempos de vida, especialmente na relação e primeiros contatos e cuidados materno.

A partir das trajetórias particulares e afinidades teórico-metodológicas distintas de algumas das psicanalistas da clínica, é possível notar a existência de diferentes posicionamentos e referenciais diversos. No entanto, para além das questões teórico-metodológicas particulares, as principais elaborações e hipóteses compartilhadas referentes aos *transtornos alimentares* dizem respeito à *relação simbiótica entre mãe-filha*, problemas no que diz respeito ao investimento libidinal, além de conceberem esses *transtornos* como *patologias do agir*.

Apoiadas em dados empíricos, as psicanalistas ressaltam o vínculo de dependência e relação bastante tumultuada entre mãe e filha (baseiam-se em estudos psicanalíticos que apontam para a dificuldade dos laços mais arcaicos da relação materna) como fatores importantes no desencadeamento e manutenção da *anorexia*. Além do vínculo de dependência, há uma hipótese de que pode ocorrer um *investimento libidinal materno* pouco adequado (insuficiente ou excessivo), podendo ocasionar “falhas na constituição do corpo como objeto psíquico”. Considera-se, portanto,

¹⁸³ No entanto, para Lévi-Strauss, todo mito é uma procura “do tempo perdido”, o que faz dessa chave terapêutica apenas uma modalidade de um método mais fundamental. Para ele, o que interessa não é a origem do mito – individual ou coletiva – pois a forma tem precedência sobre o conteúdo da narrativa.

haver falhas na constituição do processo de subjetivação e do corpo, instalada pelo *vínculo simbiótico* entre mãe e filha, devido ao *investimento libidinal materno* inadequado. Diante disso, para proteger a mente de uma possível desorganização, defesas são criadas pelo *ego*, que, no caso dos *transtornos alimentares*, encontram no corpo e na comida uma forma de expressão.

O que cabe à psicanálise, sobretudo, é possibilitar que a *paciente* elabore e descubra o que há por trás dessa obsessão pela magreza, controle e busca de um ideal. Nesse sentido, menos do que preocupar-se e ocupar-se dos *sintomas* relativos à alimentação, ou seja, os sintomas biomédicos, trata-se de ocupar-se da obsessão, da compulsão, da forma de relacionar-se e posicionar-se diante dos “conflitos”, que são *sintomas* que interessam na medida em que representam questões *inconscientes*, *recalcadas*, secretas e enigmáticas. Há algo por trás dos *sintomas alimentares e biomédicos*, que são apenas expressões de conflitos maiores, entendidos como os “verdadeiros problemas” e que precisam ser “desvendados”.

Não é possível esclarecer os motivos e causas das *questões alimentares*, de acordo com a psicanálise, uma vez que os sujeitos não escolhem seus *sintomas*, mas o desejo de emagrecer, de tornar-se leve, pura, transparente, é expresso pelas *pacientes* e está presente em algumas das imagens apresentadas acima. As questões alimentares, no entanto, não são os “verdadeiros *sintomas*”, ou os *sintomas* que interessam à abordagem psicanalítica, pois são apenas expressões de angústias e sofrimentos psíquicos anteriores.

Em relação ao tratamento dos *transtornos alimentares*, é curioso que algumas das técnicas comportamentais utilizadas, como o uso do *diário alimentar*, parece reforçar a obsessão em relação ao controle alimentar. Nesse sentido, em alguns casos o tratamento recupera a lógica do controle do corpo e da alimentação, repondo o mesmo artifício, reforçando aquilo que se espera eliminar e que é construído pelas *pacientes* em seu cotidiano. De certa forma, essas práticas são vistas criticamente pela abordagem psicanalítica, como técnicas não apropriadas à sua prática, mas que podem ser eficazes e devem ser utilizadas. Desse modo, espera-se que haja algum profissional ou especialidade responsável por aplicá-las, especialmente nos casos de maior gravidade ou no momento de *remissão dos sintomas*.

Aproximar as concepções do que é considerado patológico do ponto de vista biomédico, nutricional e psicanalítico ao discurso dos *transtornos alimentares* como *estilos de vida* possibilitou-me investigar as fronteiras entre comportamentos, visões de mundo e concepções de *normal* e *patológico*, além de problematizar o que é legitimamente entendido como “normal” e aceitável.

Ainda que interrompido, meu contato com duas informantes, *pacientes* da instituição – ao lado de dados colhidos nos blogs Pró-Anna e Mia e dados apresentados pela pesquisadora Daniela Ferreira Araújo Silva (2004, 2011) – permitiram-me investigar os modos de constituição da

subjetividade, de experienciar o corpo e o *transtorno* e de apropriar-se e ressignificar os discursos biomédicos e psicanalíticos. Os *transtornos alimentares* aparecem no discurso das interlocutoras como decorrências dos padrões de beleza, consumo, noções de feminilidade, juventude, saúde, elegância, bem estar e felicidade, cujo “gatilho” disparador é quase sempre uma dieta, incitada por um comentário, um “olhar externo” a respeito dos seus corpos e inadequação de sua forma física.

O aumento do número de casos desses *transtornos* e o evidente destaque dado à *anorexia* e *bulimia* nos últimos anos estão relacionados tanto ao surgimento de centros especializados, o que possibilita contabilizar e problematizar essa incidência, assim como à centralidade do corpo para a constituição de identidades e subjetividades atualmente. O corpo é tido como um capital, cercado de investimento, esforço e dedicação. Trata-se de um corpo construído culturalmente por meio de técnicas que visam à eliminação e interdição a qualquer forma de gordura e “imperfeição”, cabendo aos indivíduos os “cuidados” necessários à sua manutenção e aprimoramento.

São *transtornos* numérica e caracteristicamente femininos, relacionados a um ideal de feminilidade, assim como associados à adolescência, período decisivo em nossa sociedade por estar relacionado à aquisição de “caracteres sexuais”, estabelecimento de uma “individualidade”, ao aprendizado do cuidado de si, estabelecimento de rotinas e disciplinas individuais, diferenciação em relação aos pais e gerações anteriores. Esse distanciamento possibilitado e característico do que é entendido como adolescência é apresentado pelas psicanalistas como uma possibilidade de “afastar-se” dos pais, o que não é visto necessariamente como uma rebeldia, mas uma possibilidade de construir a própria vida e estabelecer pra si uma vida “independente”.

O desejo de emagrecer e enquadrar-se em padrões valorizados socialmente confunde-se com uma obsessão pela magreza, pelo controle (especialmente no que diz respeito ao “tipo ideal” da *anorexia*), pela leveza e purificação. Emagrecer significa não apenas ficar magra, mas ficar leve. Se realizar dietas radicais por um lado representa um sofrimento, por outro é o sacrifício necessário para alcançar um corpo magro, desejado. Menos que a dor da fome, pela qual descobrem certo “prazer viciante”, o que importa é a sensação de leveza, pureza e a busca pelo corpo perfeito, expressos nas metáforas de borboletas – tanto de serem borboletas, quanto de cultivarem apenas borboletas no estômago, da leveza aproximada ao ar, da transparência à água. No entanto, é necessário ressaltar que não só o corpo perfeito é inalcançável, como o que ocorre é uma deformação do corpo pela excessiva magreza. No limite, nas experiências relatadas, nas imagens dos blogs, a sensação é de que elas querem “sumir” no ar, ser transparente como a água, evaporar, desaparecer. O desejo de “desaparecer” manifesta tacitamente o questionamento às “normas” sociais consideradas legítimas.

Deparamo-nos aqui com um mecanismo de obsessão encontrado em outros contextos atualmente, característicos de algumas esferas de nossa sociedade. Refiro-me à compulsão pela

aparência física, representada por aqueles que se viciam em cirurgias plásticas, dietas, exercício físico e etc., que dão origem a uma série de novas categorias, para além da *anorexia* e *bulimia*, como a *vigorexia*, caracterizada como a insatisfação constante com o corpo que leva à prática intensa de exercícios físicos, a *dismorfofobia*,¹⁸⁴ caracterizada pela preocupação excessiva com aparência física e imperfeições, que pode levar o indivíduo a realizar sucessivas cirurgias estéticas corretivas, ambas associadas à distorção da imagem corporal, ao excesso, à perda dos limites vistos como “toleráveis”. Desse modo, cuidar de si, da aparência, fazer dieta, controlar a alimentação (especialmente diante de tantas tentações e excessos presentes em nossa sociedade) são imperativos culturais atualmente, mas o excesso de preocupação e uso das técnicas e práticas provavelmente se caracterizará como um dos inúmeros *transtornos* classificados recentemente. Se, por um lado, no limite, esses “excessos” são de fato problemáticos porque podem levar à morte, por outro lado, parece haver um discurso de que tudo em excesso é ruim, porque foge à norma.

Para quem chegou até aqui ofereço um esclarecimento, ainda que não necessário, pois poderia deixar em aberto, possibilitando interpretações particulares. Trata-se de elucidar os motivos da escolha da expressão utilizada no título. “Diário de peso” foi uma expressão encontrada em um dos blogs Pró-Anna e Mia. Além de impactante, a expressão parecia nomear adequadamente a dissertação na medida em que faz referência ao *diário alimentar* pedido pelas nutricionistas às *pacientes*, assim como faz referência aos próprios blogs, que são uma espécie de diário virtual modernizado e atomizado, pois se organizam e são classificados de acordo com os temas de interesse. Não posso deixar de referir-me também aos meus próprios diários de campo, que muitas vezes carregavam conteúdos muito pesados e complexos, geradores de angústias mesmo a um “observador”, isto é, a alguém que não estivesse comprometido com o atendimento ou formas de resolução de conflitos, mas apenas tentando compreendê-los. Sejam os meus próprios, os alimentares ou aqueles encontrados nos blogs, são todos diários de peso na medida em que carregam angústias e ansiedades, narrativas que materializam experiências de sofrimento.

¹⁸⁴ Termo utilizado por um médico entrevistado por Andrea Tochio de Antonio (2008), em sua dissertação de mestrado sobre cirurgia plástica, que fala sobre a queixa dos médicos a respeito dos pacientes que tem “alterações” de imagem corporal, ou “transtorno de personalidade”, o que dificulta muito o trabalho dos cirurgiões, na medida em que é difícil identificar esses “transtornos” antes das cirurgias. Esse médico faz uma oposição entre pacientes que possuem algum tipo de “transtorno de personalidade” e outros “psicologicamente normais”. Segundo ela: “o residente opõe, assim, a demanda por cirurgia plástica como uma forma de reparar a falta de auto-estima do paciente aos casos em que não há indicação cirúrgica porque é a ‘somatização’ que ganha destaque” (p.93).

BIBLIOGRAFIA

ADAMI-LAUAND, Christiane Baldin. “As heranças transgeracionais nos transtornos alimentares”. Cadernos da Ceppan – Revista de Transtornos Alimentares. Edição n.9, outubro de 2011.

ALMEIDA, Heloísa Buarque de. “A construção do corpo na sociedade de consumo”. XXVII Encontro Anual – ANPOCS, 2004.

_____. “Família e Relações de Parentesco – Contribuições Antropológicas”, in: CARVALHO, José Sérgio (org.): *Direitos Humanos e Educação para a Democracia*, Vozes, 2004 (b).

ALMEIDA, Miguel Vale. “Corpo Presente – Antropologia do corpo e da incorporação”, in: *Corpo Presente – Treze reflexões Antropológicas sobre o Corpo* (Organizador: Miguel Vale de Almeida). Celta Editora, 1996.

ALVARENGA, Marle. “A mudança na alimentação e no corpo ao longo do tempo”. In: *Transtorno Alimentares – Uma Visão Nutricional*. Organização: Philippi, Sonia Tucunduva e Alvarenga, Marle. Barueri, SP: Manole, 2004.

ALVARENGA, Marle; LARINO, Maria Aparecida. “Terapia Nutricional da Anorexia e Bulimia Nervosas”. Revista Brasileira de Psiquiatria 2002; 24(Supl III):39-4.

ANDRADE, Thais Fonseca. “Cenários do Inconsciente: Anorexia e Bulimia em adolescentes do sexo masculino”. In: *Psicanálise de Transtornos Alimentares*. Organização: Gonzaga, Ana Paula e Weinberg, Cybelle. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

ANTONIO, Andrea Tochio de. “Corpo e estética: Um Estudo Antropológico da Cirurgia Plástica”. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Unicamp, 2008.

ANTONIO, Maria Carolina de Araujo. “A Metonímia do Desejo: um estudo etnográfico da clínica lacaniana em Londrina-PR”. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, da UFSCAR, 2010.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro - Editora Graal, 1979.

BORDO, Susan. *Unbearable Weight – Feminism, Western Culture, and the Body*, University of California Press, Berkeley – Los Angeles – London, 1993.

_____. “No Império das Imagens”: Prefácio para o décimo Aniversário da Edição de “Este Peso Insuportável”, Labrys - *Estudos Feministas*, número 4, agosto/dezembro 2003.

BOURDIEU, Pierre. “Gostos de classes e Estilos de vida”, in *Pierre Bourdieu: Sociologia*. Organizador (da coletânea) Renato Ortiz. Grandes Cientistas Sociais; 39. São Paulo: Ática, 1983.

- BRUSSET, Bernard. “Conclusões terapêuticas”. In: Urribarri R (org.) *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta; 1999.
- BUCKROYD, Júlia. *Anorexia e Bulimia – esclarecendo suas dúvidas*. Editora Ágora, 2000.
- BUTLER, Judith. “Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do ‘sexo’”. In: Louro, Guacira Lopes. *O Corpo Educado – pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
- _____. “Desdiagnosticando o Gênero”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 (1): 95 – 126, 2009.
- _____. “Inscrições corporais, subversões performativas”. In: *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003. p. 185-201.
- CALTABIANO, Mariana. *Jujubalândia*. São Paulo: BRINQUE-BOOK, 1997.
- CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CARDOSO, Jaqueline Pinto. “Anorexia e Bulimia Nervosas: interfaces no discurso”. *Cadernos Ceppan – Revista de Transtornos Alimentares*. Edição n.5, outubro de 2009.
- _____. “O diagnóstico diferencial na Anorexia”. In: *Psicanálise de Transtornos Alimentares*. Organização: Gonzaga, Ana Paula e Weinberg, Cybelle. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.
- CASTRO, Ana Lúcia. *Culto ao corpo e sociedade – Mídia, estilos de vida e cultura de consumo*. São Paulo: Annablume, 2003.
- CICCO, Marina Fibe de. “Transtornos Alimentares e a função do analista na clínica do não representado”. In: *Psicanálise de Transtornos Alimentares*. Organização: Gonzaga, Ana Paula e Weinberg, Cybelle. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.
- COBELO, Alícia Weisz. “O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares”. In: *Transtornos Alimentares: uma visão nutricional*. Philippi, Sonia Tucunduva; Alvarenga, Marle. Barueri, São Paulo: Manole, 2004.
- CSORDAS, Thomas J. “Introduction: the body as representation and being-in-the-world”, in: *Embodiment and Experience – the existential ground of culture and self*. Cambridge University Press, 1994.
- CUNHA, Manuela Carneiro da. “Etnicidade: da cultura residual, mas irreduzível”. In: CUNHA, Manuela Carneiro da. *Antropologia do Brasil: mito, história, etnicidade*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

DAS, Venna. “Fronteiras, Violência e o Trabalho do Tempo: alguns temas wittgensteinianos”. Revista Brasileira de Ciências Sociais – RBCS. Volume 14, n° 40, junho de 1999.

_____. “The act of the Witnessing – Violence, Poisonous Knowledge, and Subjectivity”. In: Violence and Subjectivity. Edited by Venna Das, Arthur Kleinman, Mamphela Ramphele and Pamela Reynolds. Los Angeles: University of California Press, 2000.

DEBERT, Guita Grin. “A cultura adulta e a juventude como valor”. XXVII Encontro Anual – ANPOCS, 2004.

DIEHL, Eliana, MANZINI, Fernanda, BECKER, Marina. “‘A minha melhor amiga se chama fluoxetina’- consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde.” In: Gênero, Saúde e Aflição – abordagens antropológicas. Organizadoras: Maluf, Sônia Weidner e Tornquist, Carmen Susana. Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

DOUGLAS, Mary. Pureza e Perigo. São Paulo: Perspectiva, 1976.

FAVRET-SAADA, Jeanne. “Ser afetado”. Revista Cadernos de Campo. Ano 14, 2005.

FENDRIK, Silvia. *Viagem ao País do Nunca-comer*. São Paulo: Via Lettera, 2003.

FERNANDES, Maria Helena. “O corpo recusado na anorexia e o corpo estranho na bulimia”. In: *Psicanálise de Transtornos Alimentares*. Organização: Gonzaga, Ana Paula e Weinberg, Cybelle. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

FLANDRIN, Jean Louis. *História da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

FISCHLER, Claude. “Obeso benigno, obeso maligno”, in *Políticas do Corpo*. Org. Denise Bernuzzi de Sant’Anna. SP: Estação Liberdade, 1995.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade 1 – A vontade de Saber*. 17° Edição – Editora Graal – São Paulo, 2006.

_____. *História da Sexualidade 2 – O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984 (13° Edição – 2009).

_____. *História da Sexualidade 3 – O cuidado de si*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985 (10° Edição – 2009).

_____. *Vigiar e Punir – Histórias da violência nas prisões*. 33° Edição – Editora Vozes: Petrópolis, 2007.

GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade – Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas*. São Paulo: Editora Unesp, 1993.

GOLDENBERG, Mirian. *Nu & Vestido – Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

_____. “O corpo como capital: para compreender a cultura brasileira”. *Arquivos em movimento – Revista eletrônica da Escola de Educação Física e Desportos - UFRJ*. Vol. 2, N. 2, Julho/ Dezembro, 2006.

GONZAGA, Ana Paula. “‘Se esse corpo fosse meu...’ – Considerações sobre o estranhamento na Anorexia”. In: *Psicanálise de Transtornos Alimentares*. Organização: Gonzaga, Ana Paula e Weinberg, Cybelle. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

GONZAGA, Ana Paula; WEINBERG, Cybelle. “A violência dos ideais na Anorexia Nervosa: o eu corporal em ruínas”. In: *O eu em ruína – perda e falência psíquica*, org.: Eliane Micheliní Marraccini. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

_____. “Anorexia e feminilidade: uma pesquisa psicanalítica”. *Cadernos Ceppan – Revista de Transtornos Alimentares*. Edição n.5, outubro de 2009.

IDA, Sheila Weremchuk. *Anorexia e Bulimia – Uma Perspectiva Social*. Porto Alegre, 2008.

KAFKA, Franz. Um artista da fome. In: *Essencial Franz Kafka*. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2011.

KELNER, Gilda. “Transtornos Alimentares – Um Enfoque Psicanalítico”. *Estudos de Psicanálise. Belo Horizonte*, n° 27, p33-44, Agosto, 2004.

LAWRENCE, Marilyn. “Amando-os até a morte: a anoréxica e seus objetos”. *Livro Anual de Psicanálise*, XVII, p175-186, 2003.

LEVENSTEIN, Harvey A. “Dietética contra gastronomia: tradições culinárias, santidade e saúde nos modelos de vida americanos”. In: FLANDRIN & MONTANARI. *História da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

LÉVI-STRAUSS, Claude. “A Eficácia Simbólica”. In: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

LOUREIRO, Inês. “Psicanálise e Sexualidade: Crítica e Normalização. In: *Sexualidade e Saberes: Convenções e Fronteiras*. Organização: Adriana Piscitelli, Maria Filomena Gregori, Sérgio Carrara. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

MARCUS, George E. “Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography”. *Annual Review of Anthropology*, Vol. 24, 95-117, 1995.

MAUSS, Marcel. “As Técnicas Corporais”, in *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.

MINNER, Horace. “Ritos Corporais entre os Nacirema”. Fonte: A.K. Ronney e P.L. de Vore (Orgs), *Dou and Others. Readings in Introductory Anthropology* (Cambridge, Winthrop Publishers, 1973), pp. 72-76 (Tradução: Erlich)

MIRA, Maria Celeste. “O Masculino e o Feminino nas narrativas da cultura de massas ou o deslocamento do olhar”. *Cadernos Pagu* (21) 2003:13-38.

MIRANDA, Marina Ramalho. “O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol.38 (2): 309-334, 2004.

_____. “A complexidade da relação mãe-filha nos transtornos alimentares: um olhar da psicanálise”. *Cadernos Ceppan – Revista de Transtornos Alimentares*. Edição n.7, março de 2009.

_____. “A representação simbólica nas perturbações alimentares à luz da complexidade da relação mãe-filha”. In: *Psicanálise de Transtornos Alimentares*. Organização: Gonzaga, Ana Paula e Weinberg, Cybelle. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

_____. “Conversando com Marina Ramalho Miranda”. Entrevista concedida à Christiane Baldin Adami-Lauand e Talita Azambuja Nacif. *Cadernos Ceppan – Revista de Transtornos Alimentares*. Edição n.9, outubro de 2011.

MOYA, Tatiana, COMINATO, Louise. “Complicações Clínicas”. In: *Transtornos Alimentares na Infância e na Adolescência – uma visão multidisciplinar*. Organização: Weinberg, Cybelle. São Paulo: Sá Editora, 2008.

NACIF, Talita Azambuja. “Considerações sobre a contratransferência em pacientes de difícil acesso”. In: *Psicanálise de Transtornos Alimentares*. Organização: Gonzaga, Ana Paula e Weinberg, Cybelle. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

PARSONS, Talcott: “The Kinship System of the Contemporary United States” in: *American Anthropologist*, Jan/March 1943, vol.45, n. 1, pp. 22-38.

PEIRANO, Mariza G. S. “Antropologia no Brasil (alteridade contextualizada)”. In: *O que ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Editora Sumaré: Anpocs, 1999.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. “Violência, gênero e cotidiano: o trabalho de Venna Das”. *Cadernos Pagu* (35), julho-dezembro de 2010: 357-369.

PINZON, Vanessa Dentzien. “Anorexia e Bulimia Nervosa: quadro clínico e comorbidades”. *Transtornos Alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. Organização: Cybelle Weinberg, São Paulo: Sá Editora, 2008.

- PINZON, Vanessa; NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. “Epidemiologia, Curso e Evolução dos Transtornos Alimentares”. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4); 158-160, 2004.
- PINZON, Vanessa; GONZAGA, Ana Paula; COBELO, Letícia; LABADDIA, Eunice; BELLUZZO, Patrícia; FLEITLICH-BILYK, Bacy. “Peculiaridades do tratamento da anorexia e bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD”. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4); 167-169, 2004.
- PIRANDELLO, Luigi. *Um, Nenhum e Cem Mil*. São Paulo: Editora Cosac & Naify, 2010.
- PISCITELLI, Adriana. “Interseccionalidades, categorias de interação e experiências de imigrantes brasileiras”. *Sociedade e Cultura*, v.11, n.2, jul/dez. 2008, p. 263-74.
- PRIORE, Mary Del. *CORPO A CORPO com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2000.
- RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Celia. “Novas tecnologias conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro”. Campinas, SP. 2003.
- RIBEIRO, Marina. “Mães e Filhas”. *Cadernos Ceppan – Revista de Transtornos Alimentares*. Edição n.4, março de 2009.
- ROMANO, Érika Checon Blandino; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. “O que é compulsão alimentar? O que é um episódio bulímico?”. In: *Transtorno Alimentares – Uma Visão Nutricional*. Organização: Philippi, Sonia Tucunduva e Alvarenga, Marle. Barueri, SP: Manole, 2004.
- ROSE, Nicolas. “Psicologia como uma ciência social”. *Psicologia & Sociedade*; 20 (2): 155-164, 2008.
- RUSSO, Jane. “Sobre a ‘Neutralidade’”. In: *Psicanálise e Ciências Sociais*. Organização: Sérvulo Augusto Figueira. Rio de Janeiro. Livraria Francisco Alves, 1980.
- _____. *O Mundo Psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.
- _____. “A Difusão da Psicanálise no Brasil na Primeira Metade do Século XX – da Vanguarda Modernista à Rádio-Novela”. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 2, n° 1, 1° semestre de 2002 (b).
- _____. “Do desvio ao transtorno: A medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea”. In: *Sexualidade e Saberes: Convenções e Fronteiras*. Organização: Adriana Piscitelli, Maria Filomena Gregori, Sérgio Carrara. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

_____ e VENÂNCIO, Ana Tereza A. “Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM-III”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX, 3, 460-483, 2006.

SAHLINS, Marshall. *Cultura e razão prática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

SAIKALI, Carolina Jabur; SOUBHIA, Camila Saliba; SCALFARO, Bianca Messina and CORDAS, Táki Athanássios. “Imagem corporal nos transtornos alimentares”. *Revista de psiquiatria clínica*, vol.31, n.4, pp. 164-166, 2004.

SILVA, Daniela Ferreira Araújo. Dissertação de Mestrado – Unicamp. “Do outro lado do espelho: anorexia e bulimia para além da imagem – uma etnografia do virtual”, Dezembro de 2004.

_____. “Contextos sócio-culturais dos transtornos alimentares: gênero e intersecções”. *Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder*/ 2008.

_____. *Histórias de vida com Transtornos Alimentares: Gênero, Corporalidade e a Constituição de Si*. Tese de doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2011.

TUSTIN, Francis. “Anorexia Nervosa em uma Adolescente”. In: *Barreiras Autistas em Pacientes Neuróticos*. Artes Médicas: 1990.

VIGLIETTI, Gonzalo Varela. “Os pais na anorexia nervosa. Uma abordagem psicanalítica”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 35 (1): 97-106, 2001.

WACQUANT, Loïc. *Corpo e Alma – Notas etnográficas de um aprendiz de boxe*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

_____. “Notas para Esclarecer a Noção de Habitus”. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 6 (16): 5 – 11, Abril de 2007.

WEINBERG, Cybelle. *Do Altar às passarelas – Da anorexia santa à anorexia nervosa*. São Paulo: AnnaBlume, 2006 – 1º Edição.

_____. “As meninas-roseira”. *Viver Mente & Cérebro São Paulo : Duetto*, v. 14, n. 171, abr. 2007, p. 76-83

_____ e GONZAGA, Ana Paula. “Transtornos alimentares: uma questão cultural? A negatização do corpo na Bulimia e Anorexia Nervosa”. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, VIII, 1, 30-39, mar/ 2005 (página da internet: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/3.pdf>).

ANEXOS

Anexo I – Critério de classificação econômica Brasil

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

A adoção do mercado a um Critério de Classificação Econômica comum, restabelece a unicidade dos mecanismos de avaliação do potencial de compra dos consumidores, após alguns anos de existência de dois critérios.

O novo sistema, batizado de **Critério de Classificação Econômica Brasil**, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida pelas entidades é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Não tem	T E M			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 ponto
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pontos
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pontos
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pontos
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 ponto

Observações Importantes

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 50.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de

ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa - Fone: (11) 3078.7744 - www.anep.org.br - anep@anep.org.br 3
Dados com base no Levantamento Sócio Econômico - 2000 - IBOPE

classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo “... *conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B...*” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

Distribuição da população por região metropolitanas

CLASSE	TOTAL	GDE FORT	GDE REC	GDE SALV	GDE BH	GDE RJ	GDE SP	GDE CUR	GDE POA	DF
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
A2	5	4	4	4	5	4	6	5	5	9
B1	9	5	5	6	8	9	10	10	7	9
B2	14	7	8	11	13	14	16	16	17	12
C	36	21	27	29	38	39	38	36	38	34
D	31	45	42	38	32	31	26	28	28	28
E	4	17	14	10	4	3	2	5	5	4

Renda familiar por classes

Classe	Pontos	Renda média familiar (R\$)
A1	30 a 34	7.793
A2	25 a 29	4.648
B1	21 a 24	2.804
B2	17 a 20	1.669
C	11 a 16	927
D	6 a 10	424
E	0 a 5	207

Anexo II – Questionários do blog #Bella #Mia

Questionário 1

1. Você é casada? *Não*
2. Tem quantos filhos? *Nenhum*
3. Fuma? *Parei*
4. Bebe? *Frequentemente*
5. Tem compulsão por algum tipo de comida? *Varias. Em especial Big Tasy.*
6. Prefere Calor ou Frio? *Depende*
7. Prefere Doce ou Salgado? *Salgado*
8. Qual sua profissão? *Secretária executiva*
9. Último filme que você viu? *Paranóia*
10. Qual foi o dia mais feliz da sua vida? *O dia em que descobri que a Mia havia voltado e que se eu “fosse uma boa menina” poderia chegar a Anna.*

Questionário 2

Tatuagens?

R: Ainda não, mas assim que alcançar os 50 kg farei uma.

Piercings?

R: não, mas penso em por no nariz.

Já ficou bêbada?

R: varias vezes.

Já chorou por alguém?

R: Já, e muito.

Peixe ou carne?

R: Carne.

Música preferida?

R: São tantas... Não consigo eleger uma unica.

Cerveja ou Champanhe?

R: Cerveja.

Metade cheio ou Metade vazio?

R: Metade vazio, quanto menos melhor.

Lençóis de cama lisos ou estampados?

R: Depende do meu humor.

Filme preferido?

R: Crepúsculo

Flores?

R: Rosas

Coca-Cola simples ou com gelo?

R: Tanto faz desde que seja ligh.

Quantas vezes você deixa tocar o telefone antes de atender?

R: O mínimo possível.

Pior sentimento do mundo?

R: Inveja

Melhor sentimento do mundo?

R: Amor, Felicidade, Saudade...
Programas de TV que assistia quando criança?
R: Nossa... Tv Colosso, Fada Bella, Caverna do dragão...
Comidas Favoritas?
R: PREFIRO NÃO COMENTAR
Lugar em que desejaria estar agora
R: No meu quarto, trancada.
Primeiro pensamento do dia.
R: Tenho mesmo que acordar?
Antes de dormir
R: Assim que dormir essa fome passa.
O que gostaria de ser?
R: MAGRA
O que você nunca tira?
R: Fita de Nossa Senhora da Penha no tornozelo
O que você tem debaixo da cama?
R: Minha balança
O que vc esta lendo?
R: Amanhecer de Stephenie Meyer
Do que vc tem saudade?
R: Da época que conseguia me olhar no espelho e sorrir
A característica tua?
R: Companheira

Questionário 3

Quanto tempo de dieta? *9 anos com interrupção de 3 anos*
Vomita e/ou toma laxantes? *Sim os dois; porem, não uso laxante com tanta frequência.*
O que te levou a fazer dietas restritivas? *Cansada de ouvir todos dizem que estava gorda. De ir a praia e ver minhas amigas exibirem sua falta de barriga e eu ter que tentar esconder a minha.*
Faz tratamento para transtornos alimentares? *Não*
Já abandonou o tratamento? Por quê? *Nunca fiz tratamento.*
Gostaria de ter a cura para o T.A.? *Não.*
Como foi parar no tratamento de transtornos alimentares? ---
Já foi diagnosticada com outros transtornos psiquiátricos? *Não. Nunca fui a nenhum medico que pudesse me analisar.*
Já se auto mutilou? Por quê? *Não, pq não sou forte o suficiente nem para me punir.*
Toma algum medicamento para emagrecer? Com receita? *Sim, com receita. Eu tomo, anfepramona, e um "coquitel" com hidroclorotiazida, tiratricol, cloridrato de fluoxetina, efedra, passiflora, clorella.*
Já desmaiou na rua? *Nunca desmaiei.*
Já foi internado? *Não.*
Você abandonaria o T.A? *Não*