

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA

Thaís de Castro Gazotti

**A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa: análise  
fenomenológica a partir de casos clínicos**

São Paulo

2023

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA

Thaís de Castro Gazotti

**A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa: análise  
fenomenológica a partir de casos clínicos**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de Doutora em Ciências.

Programa de Fisiopatologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás

São Paulo

2023

# Ficha Catalográfica

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gazotti, Thais de Castro

A vivência da anorexia nervosa em primeira  
pessoa : análise fenomenológica a partir de casos  
clínicos / Thais de Castro Gazotti. -- São Paulo,  
2023.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.

Programa de Fisiopatologia Experimental.

Orientador: Táki Athanássios Cordás.

Descritores: 1.Anorexia nervosa 2.Método  
fenomenológico 3.Fenomenologia 4.Psicopatologia  
5.Internação 6.Transtorno alimentar

USP/FM/DBD-157/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

## Folha de Aprovação

Nome: GAZOTTI, Thaís de Castro

Título: A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa: análise fenomenológica a partir de casos clínicos

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: 07 de julho de 2023.

### Banca Examinadora

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Daniela Cristina Ceron Litvoc

Instituição: Externo

Julgamento: Aprovada

Prof. Dr. Edson Shiguemi Hirata

Instituição: Externo

Julgamento: Aprovada

Prof. Dr. André Brooking Negrão

Instituição: FMUSP

Julgamento: Aprovada

## Agradecimentos

Agradeço a mim por enfrentar quatro anos e quatro meses de tremendo processo de lapidação pessoal e profissional e o ter percorrido durante uma pandemia. Definitivamente, saio outra mulher de quando iniciei.

Aos meus pais e ao meu irmão por sempre apoiarem minhas escolhas, darem segurança e cuidado, respeitarem o espaço que estudante de doutorado necessita e sempre torcerem imensamente por mim.

À minha filha pet, Rhaenyra, minha fiel sombra-escudeira do amor mais genuíno.

À psicóloga Samanta Martins pelo excepcional cuidado psicoterapêutico de tantos anos.

Às amigas Roberta Perosa, Paula Teixeira e Bianca Thurm por formarem a combinação perfeita de um grupo de amigas que evoluiu do profissional para o pessoal.

À amiga Izabel Abrahão por ser minha família em São Paulo e à amiga Carime Bittar por ser minha gêmea da vida.

À amiga Rebeca Monteiro, que me proporciona uma amizade verdadeira há mais de duas décadas e reaproximada pelo IPq.

À amiga Juliana Meirelles, pois todos deveriam ter uma Juliana em suas vidas.

Ao meu orientador Táki Cordás por aceitar meu projeto de pesquisa, abrir as portas para a psicopatologia fenomenológica adentrar o AMBULIM e me proporcionar grandiosa autonomia e confiança neste doutoramento.

Ao colega e coorientador informal Gustavo Castellana por ouvir minhas ideias, ser um desmedido alicerce para organizá-las e me motivar a continuar escrevendo minhas reflexões.

Aos colegas da Sociedade Brasileira de Psicopatologia Fenomenológica Estrutural por contribuírem na minha formação como psicopatologista fenomenológica e por me acolherem na Sociedade.

À equipe do AMBULIM pelos seis anos de pertencimento a esta equipe-família que me proporciona infinitas oportunidades de conhecimento e aprendizagem.

Aos participantes, pois sem suas disponibilidades e confianças não seria possível realizar esta pesquisa.

Minha mais genuína admiração, respeito e consideração aos profissionais de saúde do Brasil, em especial aos profissionais do HCFMUSP, que estiveram na linha de frente na luta contra a Covid-19. Meu maior respeito às pessoas que faleceram em decorrência da Covid-19, minhas sinceras condolências aos familiares e disponho este lugar de escrita à memória destes profissionais.

O meu eterno e sincero muito obrigada!

## **Normalização Adotada**

A pesquisa está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento de sua publicação:

Padrões da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP.

Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: parte I (ABNT)/Sistema Integrado de Bibliotecas da USP; Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, coordenadora; Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro [*et al.*]. 4.ed. rev. ampl. mod. São Paulo: SIBiUSP, 2020. 77p.

## Resumo

Gazotti, T. C. **A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa: análise fenomenológica a partir de casos clínicos.** (2023). Tese (Doutorado em Ciências – Faculdade de Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Este estudo buscou apreender e compreender a estrutura psicopatológica do transtorno mental categorizado como anorexia nervosa (AN). Foram realizadas entrevistas individuais não diretivas centradas na pessoa, gravadas em áudio e transcritas na íntegra, com pacientes de ambos os sexos diagnosticados com AN e internados na Enfermaria do Comportamento Alimentar. A análise de dados visou compreender as unidades de sentido das experiências e reconhecer a estrutura da consciência da AN. Pôde-se discorrer sobre cada uma das condições de possibilidade e diferenciá-las de outras estruturas como: desproporção borderline e desproporção obsessiva. Observou-se que os estudos sobre a experiência de pacientes com AN visam compreendê-la a partir da corporeidade. O corpo é símbolo desse transtorno, mas não a essência da experiência do indivíduo em sofrimento. Abre-se a oportunidade de dialogar sobre este ser um transtorno que envolve a busca pela construção de uma identidade que sustente o existir na interação com o mundo.

Palavras-chave: Anorexia nervosa. Método fenomenológico. Fenomenologia. Psicopatologia. Internação. Transtorno alimentar.

## **Abstract**

Gazotti, T. C. **The experience of anorexia nervosa in first person: phenomenological analysis based on clinical cases.** (2023). Thesis (Doctorate in Sciences – Faculty of Medicine). University of São Paulo, São Paulo, 2023.

The present study sought to apprehend and understand the psychopathological structure of the mental disorder categorized as anorexia nervosa (AN). Person-centered, non-directive individual interviews were conducted, audio recorded and fully transcribed, with patients of both sexes diagnosed with AN admitted to the Alimentary Behavior Infirmary. Data analysis aimed to understand the units of meaning of the experiences and recognize the structure of AN consciousness. It was possible to discuss each of the conditions of possibility and differentiate from: borderline disproportion and obsessive disproportion. It was observed that studies on the experience of AN aim to understand it from the point of view of corporeality. The body is a symbol of this disorder, but not the essence of the suffering individual's experience. Opens the opportunity to dialogue about being a disorder that involves the search for the construction of an identity that sustains the existence in the interaction with the world.

Keywords: Anorexia nervosa. Phenomenological method. Phenomenology. Psychopathology. Inpatient. Eating disorder.

## **Lista de Abreviaturas**

Internaç.

Internação

Trat.

Tratamento

## **Lista de Figuras**

FIGURA 1 BALANÇA DAS CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADE DA ESTRUTURA DA CONSCIÊNCIA ..... 83

## Lista de Símbolos

AMBULIM	Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
AN	Anorexia Nervosa
BED	Binge Eating Disorder
BN	Bulimia Nervosa
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECAL	Enfermaria do Comportamento Alimentar
EDNOS	Eating Disorder Not Otherwise Specified
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (São Paulo)
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (São Paulo)
IMC	Índice de Massa Corporal
IPq	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TDR	Transtorno Depressivo Recorrente
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TPB	Transtorno de Personalidade Borderline
TP OC	Transtorno de Personalidade Obsessivo Compulsivo

## Lista de Tabelas

TABELA 1 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ANOREXIA NERVOSA DSM-5 E CID-11 .....	35
TABELA 2 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SUBTIPO DO TRANSTORNO ALIMENTAR AN .....	52
TABELA 3 - DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS CRITERIOLÓGICOS E DADOS SOBRE A INTERNAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	53
TABELA 4 - CORPOREIDADE – PASSAGENS DAS ENTREVISTAS DOS PARTICIPANTES .....	56
TABELA 5 - INTERSUBJETIVIDADE – PASSAGENS DAS ENTREVISTAS DOS PARTICIPANTES .....	61
TABELA 6 - ESPACIALIDADE – PASSAGENS DAS ENTREVISTAS DOS PARTICIPANTES.....	65
TABELA 7 - IDENTIDADE – PASSAGENS DAS ENTREVISTAS DOS PARTICIPANTES.....	69
TABELA 8 - TEMPORALIDADE – PASSAGENS DAS ENTREVISTAS DOS PARTICIPANTES .....	75
TABELA 9 - SENTIDOS DO SOFRIMENTO – PASSAGENS DAS ENTREVISTAS DOS PARTICIPANTES ...	79

## Sumário

1. <i>Introdução</i> .....	15
1.1. Objetivo geral.....	16
1.1.1. Objetivos específicos .....	16
1.2. Método .....	17
1.2.1. Pesquisa qualitativa em saúde.....	17
1.2.2. Método fenomenológico .....	18
1.3. Justificativa .....	20
1.4. Desenho da pesquisa .....	21
1.4.1. Local de pesquisa.....	21
1.4.2. Participantes e critérios de inclusão e exclusão .....	22
1.4.3. Instrumentos.....	22
1.4.4. Procedimentos.....	23
1.4.5. Efeitos da pandemia de Covid-19 nesta pesquisa .....	23
2. <i>Anorexia Nervosa: histórico e diagnóstico criteriológico</i> .....	25
2.1. O comportamento anoréxico na história .....	25
2.2. A anorexia nervosa como doença mental .....	26
2.3. Sinais e sintomas da anorexia nervosa.....	31
2.4. O diagnóstico na CID-11 e DSM-5 .....	33
3. <i>A anorexia nervosa na perspectiva fenomenológica</i> .....	37
3.1. Psicopatologia e fenomenologia .....	37
3.2. Diagnóstico psicopatológico fenomenológico .....	41
3.3. Breve apresentação do caso Ellen West, de Ludwig Binswanger .....	42
3.4. Estudos fenomenológicos sobre anorexia nervosa .....	47
3.5. Anorexia nervosa sob a perspectiva da psicopatologia fenomenológica.....	49
4. <i>Resultados</i> .....	52
4.1. Participantes.....	52
4.2. Análise das entrevistas.....	55
5. <i>Discussão</i> .....	56
5.1. Corporeidade.....	56

5.2. Intersubjetividade.....	61
5.3. Espacialidade .....	65
5.4. Identidade.....	69
5.5. Temporalidade .....	75
5.6. Ser-sofrete .....	78
6. <i>Conclusão</i> .....	82
7. <i>Considerações finais</i> .....	85
8. <i>Referências Bibliográficas</i> .....	87
9. <i>Anexos</i> .....	95
Anexo A: Parecer da Diretoria Executiva do Instituto de Psiquiatria FMUSP .....	95
Anexo B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos FMUSP .....	96
Anexo C: Emenda Alteração de Título – Cappesq .....	99
Anexo D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido FMUSP .....	100
<i>Apêndice</i> .....	103

## 1. Introdução

A presente pesquisa pretende contribuir com o desenvolvimento de estudos sobre a anorexia nervosa sob a perspectiva de conhecimento da psicopatologia fenomenológica. Tal perspectiva ainda é pouco difundida na academia brasileira, apesar de sua extrema relevância para a população e para o aperfeiçoamento dos profissionais da saúde mental. Antes de discorrer sobre a psicopatologia fenomenológica, uma contextualização a respeito da anorexia nervosa será feita a seguir.

A anorexia nervosa é um transtorno mental caracterizado pela recusa alimentar autoimposta em vista de emagrecer ou por medo de engordar, podendo o indivíduo apresentar comportamentos compensatórios purgativos, com distorção da própria imagem corporal e peso abaixo do normal esperado de acordo com idade, altura e sexo. Trata-se de um transtorno de complexidade alta para seu tratamento. Os primeiros diagnósticos classificados como anorexia nervosa são datados de 1868, por Will Gull, na Inglaterra, e 1873, por Ernest Lasègue, na França. Habitualmente, este transtorno é diagnosticado por meio de critérios definidos na CID e DSM, no entanto, as pesquisas em psiquiatria direcionam-se a priorizar a compreensão do significado da experiência do paciente diante dos sintomas classificatórios de um transtorno mental.

Atualmente, um movimento de retomada da estrutura fenomenológica que subjaz a esses transtornos pode ser encontrado na literatura internacional, tais como: Stanghellini *et al.* (2019), Doerr-Zegers & Pelegrina-Cetrán (2021), Leder (2021), Brogna & Caroppo (2010) e Tan *et al.* (2003). No Brasil, este é o primeiro estudo interventivo experimental a partir do relato em primeira pessoa da experiência de pacientes de ambos os sexos com diagnóstico de anorexia nervosa sob a perspectiva da psicopatologia fenomenológica e uso de método fenomenológico.

Esta tese encontra-se dividida em seis partes. Na primeira, são apresentados os detalhes da pesquisa, tais como: objetivo geral e objetivos específicos, desenho da pesquisa, características da escolha da população participante, instrumento para coleta de dados, modo de análise dos dados e os efeitos da Covid-19 no desenvolvimento da pesquisa. A decisão de iniciar a tese com a apresentação das características científicas da pesquisa se deu em vista de preparar

o leitor para o modelo que irá encontrar, trazendo para a leitura fluidez na compreensão dos aspectos delineados.

Na segunda parte, a anorexia nervosa é abordada a partir de princípios históricos, salientando a significativa correlação entre corpo e comportamentos alimentares nas distintas formações de sociedade até o surgimento dos últimos critérios diagnósticos difundidos pelo CID-11e pelo DSM-5. Na terceira parte, são apresentados a teorização da psicopatologia fenomenológica e a construção do diagnóstico em psiquiatria, abarcando o caso mais emblemático no campo de estudo dos transtornos alimentares (o caso de Ellen West, descrito por Binswanger) bem como os estudos teóricos e experimentais a respeito da anorexia nervosa sob esta perspectiva. Na quarta parte, estão descritos os resultados obtidos junto aos participantes, tais como os dados sociodemográficos, diagnósticos e aqueles relativos à internação. Na quinta parte, é realizada uma análise teórico-reflexiva da autora sobre os elementos essenciais captados nas entrevistas dos participantes através de um formato baseado em cada condição de possibilidade da estrutura da consciência. Na sexta parte, de considerações finais, a autora pondera sobre algumas passagens específicas percorridas na tese e articula a temática dentro do que já existe publicado e o que encontrou ao realizar a pesquisa.

## **1.1. Objetivo geral**

Apreender e compreender a estrutura psicopatológica do transtorno mental categorizado como anorexia nervosa, a partir de entrevistas com pacientes internados na Enfermaria do Comportamento Alimentar do HCFMUSP.

### **1.1.1. Objetivos específicos**

- Aprender a experiência de pacientes com anorexia nervosa, sob a perspectiva da psicologia humanista e da psicopatologia descritiva.
- Analisar a estrutura da anorexia nervosa através da psicopatologia fenomenológica.
- Distinguir a anorexia nervosa de outras apresentações psicopatológicas através da perspectiva da psicopatologia fenomenológica.

## **1.2. Método**

Esta pesquisa, de caráter qualitativo, propõe o uso do método fenomenológico. Deste modo, não parte de hipóteses uma vez que tem em vista suspender os conhecimentos a priori para analisar o fenômeno tal como este se apresenta. Por esta razão, não deve ser classificada como uma pesquisa com base no método experimental-indutivo, e sim em uma pesquisa pura e descritiva. A diferença entre os dois tipos de pesquisa encontra-se no fato de que o primeiro tipo, o experimental, interessa-se por explicar e, para tanto, requer a construção de hipóteses que descrevam e prevejam a relação entre os fenômenos. O segundo tipo, a qualitativa por meio do método fenomenológico, intui compreender e captar o sentido de um evento subjetivo através da história de vida do sujeito, situada no contexto histórico único (MAHFOUD & MASSIMI, 2013), como será discutido a seguir.

### **1.2.1. Pesquisa qualitativa em saúde**

A prática diante da subjetividade, enquanto objeto de trabalho e de estudo, é compreendida como natural do campo da psicologia e da psicopatologia. Desse modo, pesquisas de método quantitativo, qualitativo e misto (quanti-quali) são bem aceitos e aderidos às diversas áreas de estudo da psicologia, tais como: neuropsicologia, organizacional, social, educacional, hospitalar e clínica. No entanto, quando se adentra o campo da medicina, incluída a especialidade da psiquiatria, o uso de método quantitativo se sobressai, isso sem deixar de citar as pesquisas documentais, meta-análises, revisões bibliográficas e históricas.

É válido, portanto, discorrer brevemente a respeito da pesquisa em saúde, incluída a especialidade médica psiquiátrica e a psicologia, que faça uso do método qualitativo para coleta e análise dos dados. Em medicina, o uso do método qualitativo costuma sofrer rejeição por não ser considerado científico, uma vez que acreditava-se consistir “em apenas histórias curiosas contadas por pessoas sobre os eventos de suas vidas, sem preocupações sistemáticas” (TURATO, 2005).

No entanto, segundo o autor, o método qualitativo proporciona à medicina uma melhor compreensão da vida dos pacientes, mas requer ser mais bem compreendido pelos pesquisadores. O método quantitativo é entendido como explicativo; já o qualitativo, compreensivo, não sendo, apenas, uma negativa diante do uso de porcentagens, recursos numéricos, ensaios randômicos e escalas ou questionários fechados.

A aplicabilidade do método qualitativo em saúde tem como intuito entender o significado individual ou coletivo do objeto de estudo, indo além do que é visível, palpável e mensurável. Compreender o objeto de estudo em seu significado para a população é favorável para aprimorar o olhar diante do processo de saúde-doença, dando a oportunidade de propostas humanizadas nas relações estabelecidas de cuidado à saúde.

Tal método apresenta alguns aspectos característicos, como a coleta de dados no ambiente natural do sujeito a ser estudado; o fato de o pesquisador ser o instrumento de pesquisa utilizando, usualmente, a entrevista como forma de contato com o participante; possuir rigor da validade devido à necessidade de observação acurada e de escuta em profundidade (TURATO, 2005). A generalização não parte de resultados matemáticos obtidos, mas dos conceitos conhecidos por meio da análise dos dados; e ocorre a saturação de dados quando o pesquisador constata que não há mais elementos comuns além dos já descobertos.

### **1.2.2. Método fenomenológico**

Na Psiquiatria, foi desenvolvida uma forma de olhar a psicopatologia de modo descritivo e compreensivo que traz uma crítica às ciências cartesianas, pois essas interpretam e analisam apenas as partes negligenciando o todo da experiência (JASPERS, 1977). A escolha do método fenomenológico para desenho desta pesquisa está de acordo com a linha psicológica e psicopatológica da pesquisadora, em consonância com sua postura e a visão de mundo.

Proposto pelo filósofo Husserl (1938), a fenomenologia é um método científico de rigor que busca conhecer o fenômeno de interesse na sua forma essencial, tal como é apresentado à consciência do ser humano que o vivencia. Seu intuito consiste em conhecer a essência do fenômeno da vivência intencional da consciência, em vista de passar do pensamento de valor

da universalidade empírica dos fatos para uma universalidade eidética, ou seja, a essência do fenômeno.

Desse modo, o autor enfatiza que a fenomenologia, enquanto ciência das essências e da experiência, descreve a estrutura do fenômeno enquanto fluxo imanente de vivências que constituem a consciência. Isso clarifica a distinção entre a intuição da essência e a percepção (consciência) dos fenômenos. A consciência, ao ser caracterizada por pensar, analisar a aparência e dar-lhe significado, proporciona o ato de conhecimento do fenômeno e intui sobre este (HUSSERL, 2002). Ao olhar para o fenômeno, este tem significado apenas enquanto correlato particular da intencionalidade do sujeito, de acordo com sua subjetividade e historicidade. Assim, para acessar o campo da consciência e realizar a análise intencional em uma ciência de rigor, é necessário fazer uso das três características do método fenomenológico, segundo Husserl (2002):

- Atitude fenomenológica (*epoché*) possibilita descrever o mundo como este se apresenta para a consciência, a partir da suspensão dos conhecimentos e preconceitos para conhecer aquilo que é imediatamente dado à consciência intencional, às vivências puras.
- Redução eidética, por sua vez, busca encontrar as essências do fenômeno em estudo, ou seja, as unidades de sentido que fazem do fenômeno ele próprio.
- Redução transcendental, um retorno à subjetividade em vista de compreender o sentido da experiência na estrutura de consciência do sujeito.

Assim, a fenomenologia é apresentada como ciência descritiva das essências dos atos da consciência, e o uso do método fenomenológico está atrelado à escolha do pesquisador de acordo com a trajetória de pesquisa que faça sentido para ele, em consonância com sua postura e visão de mundo. O interesse recai sobre buscar a realidade vivida, pelo meio do relato da experiência dos sujeitos-participantes, e intui analisar o mundo-da-vida enquanto experiência vivida para alcançar as unidades de sentido do fenômeno descrito nas experiências dos participantes.

Uma vez que o olhar fenomenológico possibilita o conhecimento da complexidade dos fenômenos humanos, favorecendo a construção de uma pesquisa científica não reducionista,

oferece conceitos operacionais para apreensão do fenômeno humano, garantindo a diversidade das vivências. Desse modo, apresenta uma antropologia filosófica, uma relação fecunda entre ciência e filosofia, contribuindo para o estudo clínico das psicopatologias, desde aqueles de Karl Jaspers, Ludwig Binswanger, Eugene Minkowski, Kurt Schneider, Ernst Kretschmer, Viktor E. von Gebsattel, Otto Dörr Zegers, Thomas Fuchs, Giovanni Castellini, entre outros psicopatologistas fenomenólogos. Pode-se afirmar, portanto, que o método fenomenológico apresenta promissora possibilidade de construção de uma pesquisa científica rigorosamente fundamentada (MAHFOUD & MASSIMI, 2008).

### **1.3. Justificativa**

Esta pesquisa, até onde se sabe, é a primeira no Brasil com a adoção de método fenomenológico para melhor compreender a psicopatologia da anorexia nervosa enquanto entidade própria e diferenciada, sob a perspectiva da psicopatologia fenomenológica, através de relatos de experiência em primeira pessoa. Uma vez que se opta por outra forma de entender a anorexia nervosa alternativa à psicopatologia criteriológica, pode-se reconhecer a expressão desta existência e valorizá-la para além dos critérios diagnósticos que venham a reduzir a complexidade desta estrutura psíquica.

Acrescenta-se à importância da compreensão sob a perspectiva da psicopatologia fenomenológica a relevância do reconhecimento da existência enquanto dialética do indivíduo consigo e com o mundo, constituindo a sua historicidade enquanto ser-no-mundo. Os diagnósticos psiquiátricos criteriológicos contribuem para uma comunicação unificada e globalizada sobre as expressões das doenças psiquiátricas e as intervenções necessárias; contudo, acabam por se limitar a um recorte da expressão da existência do indivíduo, reduzindo-o ao diagnóstico, muitas vezes categorizando inúmeros diagnósticos psiquiátricos coexistentes. Já a psicopatologia fenomenológica compreende de forma distinta a ideia de coexistência de diagnósticos psiquiátricos, algo de extremo valor para reconhecer a estrutura da existência do indivíduo.

Salienta-se também a importância da compreensão da psicopatologia fenomenológica para um melhor entendimento e escuta ao indivíduo e sua experiência. Tal escuta auxilia a estruturação de intervenções de tratamento eficazes, tendo em vista que muitos diagnósticos de

anorexia nervosa são fechados pelo viés criteriológico em conjunto com outros diagnósticos, o que justificaria a existência de uma estrutura psíquica diferente sob a perspectiva da psicopatologia fenomenológica.

## **1.4. Desenho da pesquisa**

### **1.4.1. Local de pesquisa**

A pesquisa foi realizada na Enfermaria do Comportamento Alimentar (ECAL) do Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq HC-FMUSP). O AMBULIM foi criado em 1992, sendo o primeiro centro especializado em tratamento para transtornos alimentares no Brasil; atualmente, engloba especificidades ambulatoriais em grupos especializados para o atendimento dos diversos diagnósticos de transtornos alimentares. Seu quadro de profissionais é construído por voluntários da psicologia, nutrição, fisioterapia, educação física, psiquiatria e neuropsicologia, todos formados na especialização oferecida pelo AMBULIM. O tratamento é oferecido totalmente pela modalidade do SUS de atenção quaternária da saúde mental.

Até a criação da ECAL, os pacientes em estado grave dos transtornos alimentares eram internados na Unidade Primeira Feminina; em 1996, com a construção da nova ala do hospital, passaram a ser atendidos na Enfermaria Mista, junto à geriatria. A ECAL foi criada em 2004, constituída por dez leitos oferecidos à população feminina, masculina e intersexo, sendo distribuídos à saúde pública (SUS) e à saúde complementar (convênios e particular).

O protocolo de tratamento segue uma média de 90 dias, variando de acordo com a evolução e necessidade particular do paciente, estimulando internações voluntárias para envolver e responsabilizar os pacientes com o seu tratamento. Os profissionais da psicologia, fisioterapia e neuropsicologia são voluntários e especializados em transtornos alimentares, com exceção dos residentes de psiquiatria e a equipe de enfermagem e nutrição do HC. O regime da internação comporta diversas atividades, são elas: equipe de enfermagem, acompanhamento semanal psiquiátrico, nutricional, psicoterapêutico (individual e familiar) e grupos (grupo

terapêutico de imagem corporal, eutonia, *mindfulness*, grupo de habilidades DBT, cãoterapia). A participação dos pacientes em todas as atividades, tanto individuais quanto em grupo, é compreendida como fundamental para a melhora do quadro clínico e conscientização do transtorno psiquiátrico.

#### **1.4.2. Participantes e critérios de inclusão e exclusão**

A amostra foi constituída por pacientes internados na ECAL no ano de 2017, como projeto piloto, e no período entre 2019 e 2022, na vigência do programa de doutoramento. Os critérios de inclusão no estudo foram: ter diagnóstico de transtorno alimentar Anorexia Nervosa, sexo feminino ou masculino, estar interno na ECAL, ter IMC > 17 kg/m<sup>2</sup> e estar em atendimento completo pela equipe do Programa. Já os critérios de exclusão foram: quadro de psicose, lesão neurológica comprometendo a comunicação com o entrevistador, IMC < 17kg/m<sup>2</sup> e diagnósticos psiquiátricos coexistentes que impossibilitem o diálogo reflexivo.

O convite para participar da pesquisa ocorreu quando o paciente dispunha de data de alta marcada e lhe foi assegurado que a entrevista, assim como seu conteúdo, não influenciaria no processo da alta. As participações foram de caráter voluntário, portanto, não houve qualquer recompensa material, financeira ou de tratamento aos participantes. Para realizar o encontro, valorizou-se a escolha de uma sala que preservasse a privacidade e o sigilo da entrevista.

Ao se tratar de uma pesquisa que busca valorizar a dimensão experiencial de cada participante, não foi pré-estipulado um número específico de participantes por não se adequar ao método de pesquisa, uma vez que o limiar de conhecimento do conteúdo pesquisado é norteado pela saturação dos dados coletados (MAHFOUD & MASSIMI, 2013). De todo modo, intuiu-se por dividir igualmente o número de participantes do sexo masculino e do sexo feminino.

#### **1.4.3. Instrumentos**

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista individual não diretiva, com base na Abordagem Centrada na Pessoa, proposta por Carl Rogers (1961-2001). Esta

modalidade de entrevista caracteriza-se por ser aberta, não-estruturada e iniciada por uma pergunta norteadora que enfatizou o objetivo da pesquisa e as experiências subjetivas de cada participante, qual seja: “gostaria que você me contasse como é a sua experiência em ter AN”.

#### **1.4.4. Procedimentos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FMUSP, sob o parecer de nº 2.956.672. Antes de iniciar a entrevista, foi explicado o tema e o objetivo da pesquisa e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura. As entrevistas não diretivas centradas na pessoa aconteceram individualmente, em uma sala privada nas acomodações da ECAL.

A coleta de dados ocorreu por meio de gravação por áudio dos relatos e transcrição das entrevistas na íntegra, com o intuito de manter a fidedignidade do conteúdo a ser analisado. A estratégia metodológica utilizada para análise dos dados coletados seguiu os passos propostos por AmatuZZi (2009) e AmatuZZi & Carpes (2010) em relação à pesquisa em psicologia humanista fenomenológica existencial.

Os passos foram: 1) delimitação de um objeto de estudo com a adequação de um campo e enfoque epistemológicos, 2) encontro pessoal com o objeto de estudo, 3) análise dos dados encontrados para obter uma visão de conjunto e buscar captar e descrever o essencial encontrado nas entrevistas, 4) busca pelas unidades de sentido do conjunto de dados coletados, 5) articular as unidades em um texto unificado para apresentação dos resultados da pesquisa, 6) construção de um diálogo para uma compreensão mais abrangente do fenômeno enquanto parte da discussão e conclusão do trabalho, e 7) realizar a comunicação da pesquisa. A partir dessa estratégia, AmatuZZi (2009), AmatuZZi e Carpes (2010) e Mahfoud e Massimi (2013) enfatizam a atitude do pesquisador alicerçada na redução fenomenológica.

#### **1.4.5. Efeitos da pandemia de Covid-19 nesta pesquisa**

Em março de 2020, o Brasil, em sequência ao que vinha ocorrendo no restante do mundo, foi acometido pelo coronavírus SARS-COV-2, cuja doença é denominada Covid-19,

ocasionando uma pandemia. Em decorrência dessa crise sanitária, de consequências com proporções até então inimagináveis, houve diversas readequações nas instalações hospitalares, de modo a priorizar a atenção primordial aos infectados com a Covid-19.

Assim, primeiramente foram liberados os leitos dos pacientes da ECAL que poderiam dar seguimento ambulatorial ao tratamento de seus respectivos transtornos alimentares com a equipe de profissionais designados, fossem pacientes do AMBULIM, de outra instituição psiquiátrica ou em acompanhamento particular. Tal adequação teve o intuito de designar profissionais da saúde para as instalações de internações por Covid-19 quando a primeira onda da infecção ocorreu, no primeiro semestre de 2020. No semestre seguinte, a ECAL teve redução para cerca de quatro leitos, realocados à outra enfermaria do Instituto de Psiquiatria da FMUSP, podendo assim dar continuidade à sua assistência quaternária em saúde mental. Para que o paciente fosse recebido e alocado na enfermaria, que não era mais a instalação da ECAL, ele passava por 14 dias em uma ala de observação para possíveis sinais de infecção por Covid-19, para depois ser alocado ao leito destinado.

Até a metade de 2021, os pacientes da ECAL eram atendidos presencialmente pela equipe de enfermagem e pelos psiquiatras assistentes e residentes da psiquiatria. Os demais profissionais da equipe da ECAL seguiram seus acompanhamentos no modo *on-line*, o que acarretou alguns percalços, uma vez que nem todos os pacientes internados possuem poder aquisitivo para disporem de um celular com tecnologia *wi-fi* ou plano de operadora de telefonia e câmera ou um computador com tais facilidades.

Com relação a esta pesquisa, o convite aos pacientes para participarem e a autorização para uso dos dados coletados foram prejudicados. Durante o período de máxima crise sanitária pandêmica, foi possível realizar somente duas entrevistas com pacientes da ECAL, sendo que somente uma participante retornou o e-mail com o TCLE assinado; o outro participante não retornou o TCLE assinado, apesar de realizadas diversas tentativas de contato via e-mail e mensagens em aplicativo de comunicação. Desse modo, sua contribuição foi descartada.

## **2. Anorexia Nervosa: histórico e diagnóstico criteriológico**

Entender a anorexia nervosa como um transtorno mental requer um aprofundamento histórico do conceito. Neste item, explora-se como seu diagnóstico foi progressivamente incorporado à prática médica, passando pelas primeiras descrições – ainda como manifestações no contexto religioso – aos critérios diagnósticos atuais.

### **2.1. O comportamento anoréxico na história**

O comportamento alimentar de jejuar e ter o corpo emagrecido em sua decorrência são aspectos presentes na humanidade em diferentes contextos e carregam diferentes explicações. Para tanto, é necessário historicizar a compreensão da existência do ser humano em relação à comida e ao seu corpo, atrelado à sociedade e à cultura ao longo dos séculos.

O corpo magro e o corpo gordo já foram representações de classes sociais. O corpo magro era representativo de doença, mesquinha e avareza, trazendo à sua personificação os seres do mau; já o corpo gordo era referenciado como sinal de formosura, fartura daquele que vive bem, sendo a sua abundância vista em seu corpo (WEINBERG & CORDÁS, 2006). Com o passar dos séculos, existiu uma readequação dos padrões corporais de acordo com as condições sociais.

Na Grécia clássica (séculos V e IV a.C.), cultivava-se a saúde representada em mente e corpo – “mente sã em corpo são” – ao valorizar uma alimentação refinada, com a escolha de alimentos adequados a partir de seu valor nutritivo, e a prática de exercícios físicos com moderação, respeitando sexo, idade, hora do dia e estação do ano (WEINBERG & CORDÁS, 2006). As práticas de jejum, vômitos e enemas eram entendidas como cuidados corporais de cura e realizadas sob orientação e prescrição médica.

No Antigo Egito (3.100 a.C. a 30 a.C.), a prática de jejuar era disseminada entre os povos para fins religiosos, sendo a abstinência alimentar uma maneira de purificação. O intuito por detrás da prática era entrar em um estado de transe e receber visões sagradas, através da demonstração de devoção, não enquanto uma forma de mortificação (WEINBERG & CORDÁS, 2006). Já em outras religiões, como as representadas por Jina (Jainismo), Buda

(Budismo), Moisés (Judaísmo e Islamismo) e Jesus (Cristianismo), o jejum prolongado gerava o afastamento do mundo material, possibilitando a libertação da alma de seu próprio corpo (CORDÁS, 1993; WEINBERG & CORDÁS, 2006). O jejum autoimposto como prática comum das devoções religiosas está representado nas artes, como pinturas e literatura histórica.

Dentre as histórias religiosas, em 363 d.C. é registrado o falecimento de uma jovem mulher romana, Blessila, aos 20 anos, atribuída ao excesso de jejuns rigorosos. Blessila foi incentivada por São Jerônimo, que a aconselhava: “deixe suas companhias femininas, empalideça e emagreça com jejuns diários, diga com verdadeira determinação: eu tenho o desejo de deixar velhos costumes e ser com Cristo”. Nessa época, a busca das mulheres por uma vida de devoção pode ser compreendida como uma forma de construírem uma vida fora dos padrões de comportamento socialmente aceitos, de renunciar à sua sexualidade e, assim, conquistar certo poder sobre seu corpo e sua vida (WEINBERG & CORDÁS, 2006).

Dentre as mulheres celibatárias, algumas vieram a se tornar santas e inspirações a outras devotas, como Santa Vilgefortis, nos séculos VIII e X em Portugal; Santa Clara de Assis, no final do século XII na Itália; Santa Catarina de Siena, no século XIV na Itália; Santa Maria Madalena de Pazzi, no século XVI na Itália; Santa Rosa de Lima, nos séculos XVI e XVII no Peru; e Santa Veronica Giuliani, no século XVII na Itália (FORCEN, 2013; FORCEN & FORCEN, 2015; GRIFFIN & BERRY, 2003; HARRIS, 2014; HULINE-DICKENS, 2000; RAMPLING, 1985; WEINBERG & CORDÁS, 2006).

As histórias de vida dessas seis santas expressam a busca por conquistar objetivos pessoais diante das condições sociais da época. Nesse sentido, tinham o intuito de se isolar das obrigações atreladas aos papéis sociais, se opor à soberania familiar em nome da liberdade de escolha sobre a própria vida e corpo (sexual). A aparição da imagem de Jesus seria um sinal de aprovação de suas escolhas. A devoção religiosa e o isolamento nos conventos demonstram o desejo de libertar-se intencionado por todas, dadas as vivências até o momento celibatário, e as práticas de jejuns, vômito autoinduzido e práticas punitivas podem ser compreendidas como referências ao isolamento e ao custo para conquistar um lugar de paz.

## **2.2. A anorexia nervosa como doença mental**

A partir do desenvolvimento da medicina frente às doenças mentais, ampliou-se a escrita da psicopatologia, ou seja, do modo de funcionamento psíquico das pessoas que apresentavam sintomas comportamentais tidos como disfuncionais que não se enquadravam em doenças orgânicas conhecidas. O processo de descrição sindrômica da anorexia nervosa foi iniciado enquanto investigação de doença orgânica e, posteriormente, como descrição psicopatológica criteriológica. Isso porque os médicos não encontravam embasamento em possíveis doenças orgânicas para justificar a inapetência ou enjoamento frente à comida, o qual levava a um quadro de desnutrição e emagrecimento excessivo autoimpostos, levando a considerar aspectos psicológicos envolvidos na doença.

De acordo com a revisão histórica da anorexia nervosa, iniciada pelo conhecimento do comportamento anoréxico caracterizado pelos jejuns severos autoimpostos (PEARCE, 2004), Lacey (1982) discorre a respeito da lenda de Santa Vilgefortis – de tradição católica – com uma análise crítica ao longo dos séculos:

[...] nesta lenda são descritas claramente as características do transtorno, como também os medos psicológicos subjacentes que o geraram. O que nós vemos agora como uma doença produzida por um conjunto complexo de dinâmicas emocionais, sociais, familiares e existenciais, foi visto na Europa pré-medieval como milagre. Uma tentativa de mentes não iluminadas pela renascença de explicar o medo das implicações da sexualidade e casamento em uma série de meninas bem-sucedidas. (p. 1817).

A primeira descrição médica dessa condição de comportamento foi feita pelo médico britânico Richard Morton (1637–1698), em 1689, a partir de dois casos, o primeiro de uma mulher, Miss Duke, em 1684 (PEARCE, 2004):

[...] in the year of 1684 and the eighteenth year of her age, in the month of July fell into a total suppression of her monthly courses from a multitude of cares and passions of her mind but without any symptom of the green-sickness following upon it (...) but it is attended with a want of appetite, and a bad digestion, upon which there follows a languishing weakness of nature, and a falling away of the flesh every day more and more. (p. 191).

Em tradução livre, Morton descreve uma suspensão das refeições mensais por uma imensidão de preocupações e desejos da mente, mas sem a presença de qualquer sintoma de anemia hipocrômica (*green-sickness*). Adicionalmente à descrição desse caso, estão os sintomas de amenorreia, falta de apetite, má digestão, falta de vigor, enfraquecimento e um

emagrecimento cada vez mais acentuado. A perplexidade de Morton diante da escolha da paciente pelo jejum autoimposto e recusa de ajuda, o fez abrir espaço para atribuir aspectos emocionais à doença (SILVERMAN, 1985; WEINBERG & CORDÁS, 2006).

Em 1764, Robert Whytt (1714–1766), médico escocês, incluiu à descrição da anorexia a presença de braquicardia e nomeou o emagrecimento como “atrofia nervosa”; e, em 1859, Louis-Victor Marcé (1828–1864), psiquiatra francês, descreveu outro paciente com jejum autoimposto (PEARCE, 2004). No século XIX, existiram dois médicos, independentes e de países distintos, que descreveram casos nomeados como anorexia, um deles foi Sir William Withey Gull (1816-1890), médico inglês, e o outro foi Ernest Charles Lasègue (1816-1883), médico francês.

Gull (1997) descreveu, em 1868, uma forma peculiar de doença caracterizada por excessivo emagrecimento que comumente ocorria em mulheres jovens, frequentemente referida como tuberculose latente e isquemia mesentérica. Apesar de serem do sexo feminino, entre 16 e 23 anos, Gull chegou a encontrar as mesmas condições da doença em rapazes da mesma idade. O primeiro caso descrito por Gull foi Miss A, a quem assistiu de 1866 a 1868, tendo Miss A recobrado melhor aspecto de saúde física ao aumentar o peso corporal de 37,19 para 58,05 quilos.

Miss A iniciou seu tratamento aos 17 anos e finalizou aos 21; seu estado consistia na falta de apetite para comida animal e para quase todos os outros alimentos, apresentando abdômen encolhido e liso. No relato de caso, Gull pontuou que a condição era de simples inanição, sendo considerado caso de anorexia sem a presença de qualquer alteração clínica. Foram receitados remédios, mas sem efeitos perceptíveis. Junto ao protocolo de tratamento constava a renutrição com alimentos variados, mas que não resultava em alteração no apetite da paciente, a qual apresentava, excepcionalmente, apetite voraz por um ou dois dias. A paciente não reclamava de dor e apresentava-se descansada e ativa, com um humor irritadiço e sentimentos de ciúmes.

Sendo todas as avaliações clínicas negativas, seu estado poderia ser explicado pela anorexia, podendo levar à inanição e depressão de todas as funções vitais (amenorreia, baixo pulso e respiração lenta). Nesses casos, a morte é consequência da inanição e deve ser apresentado ao paciente como maneira a propor um tratamento adequado. Contudo, a

perspectiva do paciente não é de grande valia nos estágios graves da doença, dada a inclinação de manter a inanição.

Gull citou conhecimento do trabalho de Lasègue, publicado em 1873, ao descrever as características da doença em aspectos semelhantes aos seus casos estudados. Lasègue (1998) descreveu a doença como iniciada por um mal-estar em consequência da alimentação, com sensação vaga de plenitude, de angústia e gastralgia, o que leva a paciente a concluir que o melhor para o seu mal-estar seria diminuir a alimentação. Após algumas semanas, as repulsas não são vistas como passageiras e a recusa alimentar se prolonga por tempo indefinido. Sendo assim, a inanição voluntária se torna um estado patológico a longo prazo. A repugnância em se alimentar segue devagar o seu curso ao reduzir cada vez mais as refeições, quase sempre eliminando aos poucos determinado tipo de comida: o pão, a carne, certos legumes, por vezes substituindo-os antes de eliminá-los por completo. O descuido do médico está em tratar a doença como fantasia sem importância, acreditando no tratamento por meio de remédios, conselhos amigáveis e pela intimidação.

O relato de dor gástrica das pacientes varia na intensidade, acompanhada de fraqueza, palidez, suores e calafrios, sem vômito ou real vontade de vomitar, embora seja dito que uma quantidade a mais provocaria vômito. Contudo, essa sensação dolorosa não existe somente durante as refeições, persistindo ao longo do intervalo entre elas, sendo por vezes incômoda, por vezes diminuída, queixada como um mal-estar geral sem um aspecto específico.

Segundo as descrições de Lasègue (1998), a paciente perdeu a sensação de apetite, portanto, para que ela retorne a se alimentar é preciso vencer o medo da dor física gástrica mesmo que não haja apetência por comida que a leve a comer; pois, ao abster-se em se alimentar, ela satisfaz as duas questões ao mesmo tempo. Outro aspecto observado pelo médico é o fato de a redução alimentar não ter diminuído as forças musculares, ao contrário, havia um aumento para a aptidão a movimentos como andar a cavalo e fazer longas caminhadas, com a paciente sentindo-se mais leve e ativa.

À medida que a doença se prolonga, percebe-se o agravamento do estado mental da hística, ocasionando uma inquietação e condenação moral por parte dos familiares e amigos. Devido à pressão familiar por tratamento, ocorre a excessiva resistência da paciente, resultando em perversão mental, o que caracterizaria a denominada “anorexia hística”. Gradualmente, a

anorexia da paciente se torna o objeto das preocupações e conversas, tornando-se parte da atmosfera da qual a paciente não escapa em nenhum período do dia.

O estado mental da histérica é representado por uma quietude e falta de interesse frente a uma cura dado o agrado pela sua condição, tendo substituído o “não posso comer, porque sofro” por “não sofro, portanto estou bem de saúde” (LASÈGUE, 1998). É reconhecido que o meio no qual a paciente convive exerce grande influência em seu estado de saúde e não deve ser ignorado ou desconhecido.

Lasègue (1998) explica a escolha pelo nome “anorexia histérica” e não “inanição histérica”, pois reconhecia na palavra anorexia uma “fenomenologia menos superficial, mais delicada como também mais médica”. Reconhece que o termo anorexia é utilizado para representar um estado patológico sem correspondente fisiológico, pois, em suas observações, o apetite desaparece sem qualquer sensação do paciente a não ser a falta de uma excitação que o leve a comer; por vezes, sentem uma repulsa por certos alimentos ou aversão a qualquer alimento em vista de evitar uma dor hipotética antecipadamente temida.

Gull (1997), a partir da descrição e estudo do caso de Miss A, considerou que, devido à ausência de qualquer doença gástrica, a falta de apetite estaria atrelada a uma condição mental mórbida, sendo notório que os estados mentais podem influenciar no apetite e mulheres da faixa etária citada seriam mais suscetíveis a doenças mentais. Sendo assim, modificou a nomenclatura da doença, inicialmente chamada “apepsia histérica” (ausência ou anomalia da função digestiva pela transformação da ansiedade em estado físico), para “anorexia histérica” e, posteriormente, para “anorexia nervosa”. O termo nervosa possibilita a inclusão do sexo masculino às condições para diagnóstico e justifica-se por provavelmente se tratar de uma doença do sistema nervoso central, e não periférico (GULL, 1888; GULL, 1997; SILVERMAN, 1988). Enfatizou-se a importância de discriminar tais características dos casos, pois estas poderiam influenciar um prognóstico errôneo ou tratamento mal direcionado por não ser adequado a pessoas em estado mental doente.

No século XIX, alguns médicos apresentaram outras hipóteses diagnósticas para os comportamentos anoréxicos. Jean-Martin Charcot (1825-1893), neurologista francês, também utilizou o termo “anorexia histérica” e defendeu com prudência o isolamento do paciente como tratamento inicial para salvar sua vida. Morris Simmonds (1855-1925), médico alemão, apresentou, em 1914, seu estudo sobre a insuficiência pituitária, então conhecida como a doença

de caquexia pituitária, que levaria à perda de peso em alguns pacientes. Já John Berkman pontuou que o hipopituitarismo seria secundário à inanição e não a sua causa e, por fim, Hilde Bruch (1904-1964), psicanalista americana nascida na Alemanha, acrescentou à descrição da anorexia nervosa o medo patológico de engordar ligado a uma imagem corporal anormal (PEARCE, 2004).

### 2.3. Sinais e sintomas da anorexia nervosa

A construção do diagnóstico criteriológico do transtorno mental deve levar em conta o processo de transformação das descrições dos sintomas ao longo dos anos, observado no caso da anorexia nervosa em relação à frequência de casos semelhantes encontrados na história, assim como sua forma e sua manifestação (RUSSELL, 1985). O transtorno mental apresenta um desenvolvimento na humanidade e pode ser compreendido como processo de evolução ao longo do tempo, conforme as citações a seguir:

[...] diseases, like species, represent the balance of a process by which living organisms struggle to adjust to a continually changing environment. The main difference is that diseases change much more quickly than species do. And perhaps psychiatric diseases change much more quickly than others because their expression is largely psychological and follows changing fashions (HARE, 1981 *apud* RUSSELL, 1985).

From (a history of illness) we can learn how the picture of illness shifts though scientifically the illness may be identical; the neuroses in particular have a contemporary style-they flourish in certain situations and are almost invisible in others (JASPERS, 1959 *apud* RUSSELL, 1985).

Em tradução livre da citação de Hare, as doenças, do mesmo modo que as espécies, representam um equilíbrio do processo pelo qual o organismo vivo luta para se ajustar a uma constante mudança do ambiente. A principal diferença é que as doenças mudam mais rapidamente do que as espécies e, possivelmente, as doenças psiquiátricas mudam muito mais rapidamente do que outras porque as suas expressões são, em sua maioria, psicológicas e seguem as mudanças da época. Já a citação de Jaspers diz respeito a aprender o modo como a imagem da doença muda ao longo do tempo, conformando uma história das doenças; por mais que sejam idênticas em aspecto científico, existem momentos históricos em que se apresentam mais e em outros que são quase invisíveis.

É notório que as descrições realizadas por Lasègue e Gull enfatizam os aspectos clínicos, hoje considerados sintomas, do que hoje é chamado de transtorno alimentar anorexia nervosa. Na época da maior parte dessas descrições, não houve atenção às características atuais consideradas centrais para a AN, tais como a preocupação mórbida com o peso corporal e o pavor da gordura, podendo-se dizer que aconteceram mudanças na expressão desta doença ao longo do tempo (RUSSELL, 1985).

O autor pontua três aspectos que influenciaram as mudanças na descrição da AN: o primeiro é o aumento da incidência de pacientes com AN, explicado por mudanças socioculturais, dentre elas o aumento da pressão social sobre o corpo feminino mais magro, considerado fator patogênico, principalmente em população de idade vulnerável ou trabalhos com ênfase na forma ou tamanho corporal.

O segundo diz respeito a uma alteração na psicopatologia do transtorno alimentar anorexia nervosa, anteriormente associado às histerias, a um estado mental mórbido que levava à falta de apetite, a uma defesa contra o desenvolvimento sexual e, nos anos mais recentes, a uma maior preocupação com o peso corporal e o medo excessivo frente à gordura corporal, tendo na distorção da imagem corporal um critério diagnóstico. Já o terceiro é o surgimento do transtorno alimentar bulimia nervosa (BN) e sua diferenciação da anorexia nervosa.

No decorrer da evolução da doença, observou-se que a ingestão alimentar de pacientes com AN está relacionada à consciência do seu tamanho corporal. Quando essa consciência está distorcida, o paciente se vê como maior do que é, o que o influencia na escolha por jejuar ou reduzir drasticamente a quantidade dos alimentos ingeridos com o intuito de diminuir as suas dimensões corporais para o que imagina serem proporções normais (RUSSELL, 1977). Hilde Bruch (1962) foi a responsável por ressaltar a importância e influência da distorção nos campos perceptuais e conceituais relacionados ao corpo. A autora pontuou como característica central e própria da AN a distorção da imagem corporal em proporções ilusórias que, associada à distorção do autoconceito, explica a doença como um transtorno mental específico. Em vista do tratamento, considerou que, apesar do reganho de peso e do progresso em psicoterapia, é necessária uma mudança na imagem corporal para que a melhora não seja apenas uma remissão temporária.

Segundo a autora, outro aspecto que apresenta distorção nesses pacientes é a percepção consciente das sensações de fome e apetite, a qual os leva a temer a perda de controle diante da

comida, caracterizando uma distorção na função cognitiva de autorregulação. A experiência dos pacientes com as sensações corporais é percebida como estranha e desconcertante, de modo que não conseguirão descrevê-la a não ser que sejam instigados pelo profissional. Assim, a distorção da imagem corporal é consequência direta da má nutrição apresentada pelo paciente e as atitudes anormais frente à alimentação e ao tamanho corporal são responsáveis, pelo menos, por perpetuar a doença (RUSSELL, 1977).

#### **2.4. O diagnóstico na CID-11 e DSM-5**

A revisão histórica do comportamento alimentar de jejuar, o uso de métodos compensatórios purgativos, a excessiva atividade física e o significado de um corpo leve descrevem a existência e expressão de uma patologia ao longo dos séculos. No caso da anorexia nervosa, é possível observar, na história, como seus sintomas foram representados enquanto uma psicopatologia que carrega aspectos patogenéticos e patoplásticos. São eles: características mórbidas invariáveis (sintomas essenciais descritivos de um transtorno mental) e características acessórias influenciadas pela cultura (como aspectos da personalidade do paciente), respectivamente (CORDÁS & CLAUDINO, 2002).

De acordo com Cordás (2004), o termo anorexia é de origem grega: “an-” significa deficiência ou ausência de, e “orexis” significa apetite. A palavra também pode significar aversão à comida, enjoo do estômago ou inapetência. Contudo, o uso atual deste termo em AN não está diretamente relacionado ao sentido etimológico da palavra, uma vez que o início da doença ocorre a partir da recusa alimentar autoimposta em vista de emagrecer ou por medo de engordar, sendo a perda de apetite uma característica do estágio mais avançado da doença (CORDÁS, 2004). Ao longo dos séculos em que a doença se manifestou na população e durante seu período de descoberta, ela foi considerada um sintoma inespecífico possível de ser manifestado em muitos outros diagnósticos psiquiátricos, tais como: histeria (LASÈGUE, 1998), esquizofrenia (NICOLLE, 1939 *apud* CORDÁS & CLAUDINO, 2004), transtorno obsessivo (DUBOIS, 1949 *apud* CORDÁS & CLAUDINO, 2004) e doença afetiva (CANTWELL, STURZENBERGER, BURROUGHS, SALKIN & GREEN, 1977 *apud* CORDÁS & CLAUDINO, 2004).

Ao se tratar de um transtorno psiquiátrico, é necessário que todos os requisitos criteriológicos estipulados sejam satisfeitos, ou que uma quantidade de critérios representativos da anormalidade ou do grau de distúrbio, como a quantidade de peso perdido, esteja presente (FEIGHNER, ROBINS, GUZE, WOODRUFF, WINOKUR, MUNOZ, 1972 *apud* RUSSELL, 1977). O histórico da padronização dos critérios de diagnóstico para AN iniciou-se em 1970, baseado nos distúrbios psicobiológicos e psicopatológicos. A partir das décadas de 1970 e 1980, com as classificações do CID-9 e DSM-III, a AN foi incluída nos manuais de transtornos mentais em vista de melhor atender às necessidades clínicas e de pesquisa (CORDÁS, 2004). Ao longo dos anos, houve modificações nos critérios diagnósticos da AN, como pode ser visto na última atualização dos manuais diagnósticos de transtornos mentais da versão DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) para a DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os manuais diagnósticos criteriológicos possibilitam uma aproximação na comunicação entre diferentes teorias da psiquiatria e proporcionam consenso internacional diante das psicopatologias (NUNN, 2001). Assim, com diversas adequações descritivas da doença na atualização dos manuais para o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), nessa versão, o transtorno alimentar da anorexia nervosa é descrito da seguinte forma: “categorizado por ser uma doença psicológica onde o paciente apresenta perda de peso acentuada voluntariamente ocasionada por uma recusa espontânea e/ou redução drástica da quantidade da alimentação, devido a um medo excessivo de engordar e necessidade de emagrecer, podendo se apresentar associada a uma insatisfação corporal extrema”. Tal descrição deixa mais claro o fato de que a restrição da ingestão calórica ocorre de forma voluntária, incluindo a presença de comportamento persistente que interfere no ganho de peso. Ela também exclui como critério a ausência do ciclo menstrual, além de detalhar melhor os critérios já existentes.

Tabela 1 - Critérios diagnósticos para anorexia nervosa DSM-5 e CID-11

<b>Anorexia nervosa</b>	
<b>DSM-5</b>	<b>CID-11</b>
<p>A. Restrição da ingestão alimentar relacionada às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo, no contexto da idade, sexo, etapa do desenvolvimento e saúde física. Um peso significativamente baixo é definido como o peso que é menor que o minimamente normal, ou para as crianças e adolescentes, menor do que o mínimo esperado.</p> <p>B. Medo intenso de ganhar peso ou se tornar gordo, ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo com o peso significativamente baixo.</p> <p>C. Perturbação na forma que vivencia o peso e a forma corporal. Influência indevida do peso ou forma corporal sobre a sua autoavaliação ou persistente falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso atual.</p> <p>Especificar o tipo atual:</p> <p>Tipo restritivo – durante os últimos 3 meses, o indivíduo não apresentou episódios de compulsão alimentar ou comportamentos purgativos (vômitos autoinduzidos ou uso inapropriado de laxativos, diuréticos ou enemas).</p> <p>Tipo compulsão alimentar/purgação – durante os últimos 3 meses, o indivíduo apresentou episódios de compulsão alimentar ou comportamento purgativos (vômitos autoinduzidos ou uso inapropriado de laxativos, diuréticos ou enemas).</p> <p>Especificar se:</p> <p>Em remissão parcial: depois de preencher todos os critérios de anorexia nervosa, o critério A (baixo peso corporal) não está sendo preenchido por um período de tempo mantido, porém, ou o critério B (intenso medo de ganhar peso ou se tornar gordo ou comportamento que interfira com o ganho de peso) ou o critério C (distúrbio na autopercepção do peso ou forma) é ainda preenchido.</p> <p>Em remissão completa: depois de preencher todos os critérios de anorexia nervosa, nenhum critério</p>	<p>Peso corporal significativamente baixo para a altura, idade, estágio de desenvolvimento e histórico de peso do indivíduo que não se deve à indisponibilidade de alimentos e não é mais bem explicado por outra condição médica. Uma diretriz comumente usada é o IMC menor que 18,5 kg/m<sup>2</sup> em adultos e IMC para idade abaixo do percentil 5 em crianças e adolescentes. A rápida perda de peso (por exemplo, mais de 20% do peso corporal total em 6 meses) pode substituir a diretriz de baixo peso corporal, desde que outros requisitos de diagnóstico sejam atendidos. Crianças e adolescentes podem apresentar falha no ganho de peso conforme o esperado, com base na trajetória de desenvolvimento individual e não na perda de peso.</p> <p>Padrão persistente de comer restritivo ou outros comportamentos que visam estabelecer ou manter um peso corporal anormalmente baixo, geralmente associado ao medo extremo do ganho de peso. Os comportamentos podem ter como objetivo reduzir a ingestão de energia, em jejum, escolhendo alimentos de baixa caloria, comendo excessivamente devagar pequenas quantidades de alimentos e ocultando ou cuspiendo alimentos, bem como comportamentos de purgação, como vômitos autoinduzidos e uso de laxantes, diuréticos, enemas ou omissão de doses de insulina em indivíduos com diabetes. Os comportamentos também podem ter como objetivo aumentar o gasto de energia por meio de exercícios excessivos, hiperatividade motora, exposição deliberada ao frio e uso de medicamentos que aumentam o gasto de energia (por exemplo, estimulantes, medicamentos para perda de peso, produtos à base de plantas para redução de peso, hormônios da tireoide).</p> <p>O baixo peso ou forma corporal é supervalorizado e é central para a autoavaliação da pessoa, ou o baixo peso ou a forma corporal da pessoa são</p>

tem sido preenchido por um período de tempo mantido.

Especificar gravidade atual (o nível mínimo de gravidade é baseado, para adultos, no IMC, ou, para crianças e adolescentes, no percentil de IMC; o nível de gravidade pode ser aumentado para refletir os sintomas clínicos, o grau de comprometimento funcional e a necessidade de supervisão):

Leve:  $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderada:  $IMC = 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave:  $IMC = 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

Extrema:  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

incorretamente percebidos como normais ou até excessivos. A preocupação com o peso e a forma, quando não declarada explicitamente, pode se manifestar por comportamentos como verificar repetidamente o peso corporal usando balanças, verificar o formato do corpo usando fitas métricas ou reflexos em espelhos, monitorar constantemente o conteúdo calórico dos alimentos e buscar informações sobre como perder peso ou comportamentos extremos de esquiva, como se recusar a ter espelhos em casa, evitar roupas apertadas ou recusar-se a saber o peso ou comprar roupas com o tamanho especificado.

Classificação:

AN com IMC significativamente baixo:  $IMC = 14-18,5 \text{ kg/m}^2$  ou 0,3-5º percentil)

AN com IMC perigosamente baixo:  $IMC < 14 \text{ kg/m}^2$  ou  $< 0,3$  percentil

AN em recuperação com peso corporal normal:  $IMC > 18,5 \text{ kg/m}^2$  ou  $> 5^\circ$  percentil, associado à manutenção de um peso saudável e ausência de comportamentos destinados a reduzir o peso corporal

Outra AN especificada

AN inespecífica

Tipos:

Padrão restritivo: restrição da ingesta alimentar ou jejum associado ou não ao aumento do gasto energético.

Padrão de compulsão-purgação: o baixo peso corporal é mantido através de restrição alimentar, comumente acompanhado de comportamentos purgativos no intuito de se livrar do alimento ingerido (i.e., autoindução de vômitos, abuso de laxantes ou enemas).

---

Fonte: (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; HILUY *et al.*, 2019).

### 3. A anorexia nervosa na perspectiva fenomenológica

Na clínica psiquiátrica encontramos pessoas que encaram o mundo e se comportam de maneira diferente dos outros. O que elas fazem decorre de julgamentos, percepções e sensações que os circunstantes não compartilham. As manifestações “diferentes”, inconformes com os hábitos, as mudanças injustificadas de conduta, são, em geral, o que faz os circunstantes considerarem que se trata de uma doença, uma alteração que exige intervenção. [...] O oposto de ‘normal’ seria ‘anormal’, o que não é, do ponto de vista médico, obrigatoriamente ‘patológico’. Doença é um constructo médico, de modo que tem seu lugar na ‘psiquiatria’, como medicina das alterações mentais. [...] Fazemos psiquiatria para pessoas no seu mundo (SONENREICH & ESTEVÃO, 2007).

A psicopatologia fenomenológica corresponde a uma perspectiva que busca compreender os fenômenos psíquicos à luz das vivências dos próprios indivíduos. Isso não significa que ela se oponha aos manuais diagnósticos ou negue a presença dos transtornos mentais. Pelo contrário, sua ênfase está em descrever os fenômenos vivenciados pelos pacientes a partir do relato de suas experiências, para melhor diagnosticar e, subsequentemente, propor uma melhor intervenção de tratamento. Por isso, ela é considerada complementar à psicopatologia criteriológica-sintomatológica (KRAUS, 2001) apresentada nos manuais diagnósticos. A seguir, são exploradas as principais contribuições dos autores aliados à tradição fenomenológica para a compreensão do transtorno.

#### 3.1. Psicopatologia e fenomenologia

Uma perspectiva biomédica criteriológica da psicopatologia foca em sintomas e diagnósticos a serem reduzidos e reconhecidos enquanto efeitos de alguma disfunção neurobiológica não observável (CASTELLINI & RICCA, 2019). Entretanto, o sintoma possui um significado para o indivíduo em sofrimento. Desse modo, a psicopatologia também pode ser compreendida como método, uma vez que aplica uma forma de estudar os sintomas mentais através da psicopatologia descritiva, oferecendo uma descrição do estado psíquico que o paciente verdadeiramente experiencia (JASPERS, 1963, p. 55 *apud* CASTELLINI & RICCA, 2019).

A psicopatologia criteriológica possibilita a definição das identidades diagnósticas específicas, de modo a possibilitar prever a história natural e a resposta ao tratamento. Já a psicopatologia descritiva possibilita diferenciar diagnósticos de transtornos mentais através de uma caracterização descritiva dos sintomas. O seu principal objeto de estudo é a experiência do paciente, sendo que a forma de apresentação da experiência é mais importante do que o seu conteúdo (CASTELLINI & RICCA, 2019). Portanto, a psicopatologia descritiva elucida o fenômeno experienciado do transtorno diagnosticado na psicopatologia criteriológica.

Essa forma de conhecimento na psicopatologia se associa à filosofia fenomenológica desenvolvida por Edmund Husserl, tendo em vista o método fenomenológico de voltar “para as coisas como elas são” (HUSSERL, 2002). Karl Jaspers (1883-1969), em 1913, através da sua obra “Psicopatologia Geral”, apresentou os primeiros desdobramentos da vertente filosófica da fenomenologia na experiência psicopatológica por meio da ênfase na descrição do fenômeno (TAMELINI & MESSAS, 2022).

Em 1922, Ludwig Binswanger (1881-1966) e Eugène Minkowski (1885-1972) apresentaram a possibilidade de tomar a fenomenologia como método central da psicopatologia, propondo realizar um exame da consciência para alcançar as características essenciais e acidentais de um fenômeno e, assim, poder examinar as estruturas essenciais da consciência humana (TAMELINI & MESSAS, 2022). Essa forma de exploração fenomenal resulta em uma descrição qualitativa das experiências vividas pelo paciente, uma coleção rica e detalhada de sua autodescrição (STANGHELLINI & ROSSI, 2014 *apud* CASTELLINI & RICCA, 2019).

Tem-se, então, o surgimento da psicopatologia fenomenológica, abordagem que explora as experiências do paciente em sua integralidade, não apenas por meio da descrição, mas também de forma hermenêutica (na busca de sentidos), ao focar na experiência pessoal tal como apresentada na consciência do paciente e re-experienciada pelo ouvinte empático (CASTELLINI & RICCA, 2019). Através desse método de investigação do psiquismo, encontram-se as propriedades essenciais e invariantes que permitem compreender e distinguir as entidades nosológicas (TAMELINI & MESSAS, 2022).

Amplia-se, portanto, a compreensão do fenômeno experiencial de um modo de ser da experiência subjetiva, do eu e do seu mundo, o mundo-vivido (*lived world*), que diz respeito à realidade interna de uma pessoa com seu próprio estilo de experiências subjetivas (CASTELLINI & RICCA, 2019). Assim, o psiquismo passa a ser concebido não mais como

uma somatória de funções isoladas, mas enquanto uma totalidade estruturada e constituída por determinantes básicos, a saber: temporalidade, espacialidade, corporeidade, intersubjetividade e identidade/ipseidade (TAMELINI & MESSAS, 2022). Esses determinantes são chamados de condições de possibilidade da estrutura da consciência. Em termos gerais, as condições de possibilidade correspondem a determinações e restrições impostas à existência interna, o mundo-vivido, por meio das quais a experiência emerge. Situadas para além do campo das experiências, tais condições são responsáveis por determinar os limites e definir as características das experiências (MESSAS, 2021). De modo simplificado, as condições de possibilidade são compostas dos seguintes elementos:

**Temporalidade.** É o que possibilita constituir a historicidade da existência, uma vez que o existir é um movimento de desdobrar-se sobre o tempo. Desse modo, toda a existência, seja ela representativa de um transtorno mental, apresenta uma marca particular da temporalidade (MESSAS, 2021). Torna-se, portanto, uma orientação para o diagnóstico e manejo terapêutico. Essa condição de possibilidade desenha-se como longitudinal e transversal.

É essencial ressaltar que os estágios da vida, transtornos mentais ou estados existenciais são fatores responsáveis por modificar as proporções das dimensões temporais (MESSAS, 2021). Assim, os movimentos estruturais longitudinais mais intensos da transformação nas proporções da temporalidade transversal são conhecidos como crises existenciais. Nesses casos, ocorrem mudanças nas proporções antropológicas constituintes da temporalidade.

**Espacialidade.** É a condição da qual parte toda manifestação da existência em relação a si mesma, ao outro e ao mundo. As polaridades espaciais expressam mais claramente a dialética das demais proporções, correspondendo à perspectiva principal para a compreensão da dialética proporcional da existência (MESSAS, 2021). As oposições que desenharam a espacialidade de forma dialética são: distância-proximidade, centralidade-perifericidade, integridade-fragmentação, compressão-relaxamento e horizontalidade-verticalidade.

**Intersubjetividade.** O prefixo *inter* define que o objeto de estudo está na integração, não mais em polaridades, correspondendo à dialética da proporção dos polos da experiência, a qual envolve o eu, a identidade, a corporeidade e o *self* histórico individual na relação entre si e com o mundo (MESSAS, 2021).

A intersubjetividade é a condição de possibilidade de toda experiência interpessoal (SASS, 2019). Já a espacialidade, tal como a temporalidade, precede o contato interpessoal. Logo, a relação com o outro aparece de duas formas no indivíduo: como condição de possibilidade da intersubjetividade espacial e temporal, constituindo a subjetividade, e como uma pessoa histórica constituída (MESSAS, 2021).

Os transtornos mentais mais graves afetam a dimensão da intersubjetividade, gerando mudança na dimensão interpessoal.

**Corporeidade.** Uma vez que a existência, em sua integralidade, está imersa no mundo como intersubjetividade, o outro é percebido imediatamente, através da visualidade, empatia e linguagem, como uma totalidade. E é necessária uma base carnal para que o outros seja materializado e reconhecido em sua existência – uma forma corporificada. A corporificação é a experiência mais estável e evidente de presença, movimento, permanência, sensação e interação com o mundo (MESSAS, 2021).

Dessa forma, o corpo (*körper*) representa a forma mais pura e simples de uma existência enquanto massa biológica, e o corpo vivido (*leib*) de uma existência como lugar de habitação em um mundo cheio de significados (BLANKENBURG, 2007; ZUTT, 1963).

**Identidade.** A identidade possui relação direta com a temporalidade pois, é através do fluir do tempo que se adquire a capacidade de reter uma similaridade a si mesmo. Sendo assim, ela é potencialmente aberta a novas adições e, portanto, a mudanças nas proporções da sua própria composição (MESSAS, 2021). A identidade é, então, construída através da relação dialética que caracteriza a experiência do *self* (ZAHAVI, 2018). Desse modo, a identidade pertence a um eu/*self* que afirma e permite a sua existência.

Qualquer experiência subjetiva deve ser entendida na articulação com o todo da existência, constituindo uma relação dialética entre estabilidade e transformação. Assim, cada experiência ganha o seu próprio significado a partir da relação estabelecida com a totalidade da existência (MESSAS, 2021). Desse modo, o papel do psicopatologista fenomenólogo é adentrar o conteúdo da experiência subjetiva descrita pelo indivíduo, e, através da hermenêutica,

compreender o significado da experiência (MESSAS & FUKUDA, 2018). A busca pelo sentido requer reconhecer a estrutura da consciência do indivíduo, na qual as unidades da existência são organizadas e asseguradas, dado que toda experiência é baseada e enraizada no mundo através das condições de possibilidade da consciência (MESSAS, 2021).

Tais condições de possibilidade são pré-requisito para qualquer biografia pessoal ser desenvolvida e expressa no mundo (MESSAS, 2021). Uma vez que as condições se alteram, a estrutura apriorística da consciência também é modificada. Tal estrutura corresponde às características essenciais de elucidação de quadros psicopatológicos e diferenciação entre entidades clínicas que, apesar de compartilharem sobreposição semiológica, são radicalmente distintas do ponto de vista estrutural (TAMELINI & MESSAS, 2022).

### **3.2. Diagnóstico psicopatológico fenomenológico**

O método fenomenológico aplicado à psicopatologia possibilita conhecer as constituições apriorísticas da consciência que correspondem à totalidade estruturada da existência humana. Desse modo, possibilita apreender e compreender a experiência subjetiva do mundo vivido do paciente (TAMELINI & MESSAS, 2022), no caso, em sofrimento.

Ele é caracterizado por uma dialética através da qual é possível examinar as relações recíprocas estabelecidas entre as condições de possibilidade, pois interagem em oposição, tensão, absorção e ambiguidade, também justifica que a existência humana seja enriquecida e modificada pela sua trajetória biográfica (MESSAS, 2021). Assim, a experiência subjetiva surge através da articulação das condições de possibilidade entre si, trazendo a manifestação da integralidade da existência estruturada. Traduzem, portanto, o modo de ser do ser-no-mundo.

A busca pelo sentido da experiência adentra a estrutura em que a existência é organizada e assegurada (MESSAS, 2021). Para tanto, a descrição direta da experiência subjetiva do paciente oferece ao psicopatologista uma perspectiva em primeira pessoa sobre o objeto psicopatológico que, contudo, não é suficiente para acessar as condições de possibilidade da experiência. Assim, deve ser adicionada uma segunda pessoa que acesse, através do exercício da compreensão (atitude) fenomenológica, o conteúdo contido na descrição subjetiva da experiência do paciente; que realize a redução eidética, na qual busca-se conhecer a essência

constitutiva do fenômeno; e, por meio do ato hermenêutico, alcança-se a compreensão do sentido das experiências (MESSAS & FUKUDA, 2018).

A segunda pessoa, no caso, o psicopatologista, adentra como ser interessado por conhecer a experiência narrada pelo paciente. Tal interação preconiza uma relação interpessoal mais bem estabelecida através da ressonância afetiva, também conhecida como *praecox feeling* (RÜMKE, 1990 *apud* GOZÉ & NAUDIN, 2017), “diagnóstico por penetração” (MINKOWSKI, 1970) ou “diagnóstico por sentimento” (BINSWANGER, 1977), que corresponde à habilidade em reconhecer, de forma passiva, o contato com o mundo do paciente através do mundo pessoal do psicopatologista, caracterizando um fenômeno dual (MESSAS *et al.*, 2022; MESSAS & FUKUDA, 2018). A ressonância afetiva ocorre em todas as relações em que é possível conectar-se com os mundos interno e externo (o outro) a partir de uma porção específica das dualidades (subjetividades) envolvidas (MESSAS *et al.*, 2022).

Esta experiência intersubjetiva apresenta duas formas de manifestação: a consoante, na qual existe uma unificação entre os sentimentos relatados pelo paciente e o psicopatologista; e a dissonante, em que os sentimentos evocados no psicopatologista são distintos ou opostos dos relatados pelo paciente (MESSAS *et al.*, 2022). Estas porções da consciência em ressonância geram uma essência interpessoal denominada terceiro dual, ou seja, uma terceiridade que existe somente na vigência dessa presença ressonante, sendo um elemento decisivo para a eficácia do ato diagnóstico (MESSAS *et al.*, 2022; MESSAS & FUKUDA, 2018).

Com base nessa compreensão sobre a constituição do diagnóstico na psicopatologia fenomenológica, segue uma breve apresentação do caso emblemático de Ellen West (1944-1945), descrito por Ludwig Binswanger como uma experiência esquizofrênica (BINSWANGER, 1957). Atualmente, é considerado caso de referência nos estudos dos transtornos alimentares.

### **3.3. Breve apresentação do caso Ellen West, de Ludwig Binswanger**

Em um artigo submetido à revista *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea* (GAZOTTI & CORDÁS, no prelo), foi defendida a ideia de que o caso Ellen West pode ser lido como de transtorno alimentar. Tal postulado é corroborado por outros estudos (BRAY,

2001; PIENKOS, 2022). A seguir, é apresentado o resumo do caso com o objetivo de iluminar o debate sobre as possibilidades de diagnóstico diferencial entre TA e outros diagnósticos psiquiátricos.

Ellen West apresentou sintomas psíquicos e físicos até então em vias de serem compreendidos pela psicopatologia fenomenológica, tendo sido cuidada, na época, por diversos psiquiatras e psicoterapeutas. O relato de seus sintomas embasou um estudo de caso referência para compreensão da estrutura esquizofrênica, conforme a análise feita por Binswanger. Por meio dele, foi apresentado o principal conteúdo teórico do autor para tratar da compreensão da condição de possibilidade da espacialidade em vertical e horizontal.

Conforme Binswanger (1957) relata, “Ellen foi uma criança vivaz, teimosa e irascível. [...] havia dias em que tudo lhe parecia vazio e sofria com uma pressão que ela própria não conseguia compreender. [...] Era boa aluna, gostava de ir à escola; era muito ambiciosa, podia chorar durante horas quando não tirava o primeiro lugar nas matérias de que mais gostava e não queria faltar às aulas nem por ordem médica, receosa de não acompanhar a classe ou de perder alguma coisa importante” (p. 3). Em sua adolescência, foi possível observar uma pronunciada labilidade emocional presente em seus poemas: “uma hora o coração dispara de alegria, logo em seguida o céu escurece e os ventos sopram lúgubres” (p. 4).

Observa-se a presença de uma percepção sensível à vivência, sempre buscando conhecer, questionando, justificando ou explicando o possível sentido dado ao seu sentir do que é viver, existir. Seus poemas expressam sentires profundos e apresentam a dualidade de uma tensão existencial interna através de grandes questionamentos sobre o sentido da vida humana, da dor carregada quando não há “ópio” para distrair dessa percepção; “o trabalho é ópio para sofrimento e aflição” (p. 5).

É quando Ellen torna-se jovem adulta que o corpo toma outra conotação para expressar a experiência da existência. Nesse momento, surge algo novo em suas queixas experienciais, um medo específico de engordar. “Ao retornar das férias da Sicília, seu humor apresenta-se claramente ‘depressivo’. Ellen é constantemente torturada pela ideia de que está muito gorda e, por isso, faz longas caminhadas. Ela retoma o seu diário, queixa-se de não sentir-se em casa em lugar algum, nem mesmo em sua própria casa, e não conseguir encontrar aquela atividade que procura; queixa-se de não ter paz, de sentir-se torturada quando precisa ficar quieta, de que todos os seus nervos estejam tremendo e de que seu corpo, de um modo geral, padeça das

mesmas inquietações de sua alma: ‘Meu eu interior está tão estreitamente ligado ao meu corpo – que ambos formam uma só unidade e constituem o meu eu – sem lógica, nervoso e individualista.’ Ellen sente-se absolutamente sem valor e sem utilidade e tem medo de tudo – da escuridão e do sol, do silêncio e do ruído [...] reduzida a uma criatura covarde e miserável: ‘eu me desprezo!’ [...] Ellen sente-se apequenada e completamente esquecida em um mundo que ela não consegue compreender” (p. 8).

Após um ganho de peso seguido de chacotas das amigas, selecionadas por ela como etéreas, começa a restringir a alimentação e a fazer exercícios em excesso. “‘A cada dia eu fico um pouco mais gorda, mais velha e mais feia’. [...] ‘Se ela ainda me deixar esperando por muito tempo, a grande amiga, a Morte, eu partirei em sua busca’. [...] ‘Tudo me é tão insípido, tão indiferente; não sinto alegria, nem medo’” (p. 9). Para Binswanger, Ellen não se apresenta depressiva, mas apática, demonstrando ausência de esperança de um fim, o que torna a sua existência insuportável.

O surgimento dos movimentos agitados e exagerados, são por ela entendidos como uma forma de se sentir viva, pois questiona que a vida como é dada a prende, sufoca, sentindo que o corpo a aprisiona: “eu me asfixio nessa mesquinha vida cotidiana” (p. 11). “Deixar-se apodrecer, tão jovem, pela feiura e pelo ar sufocante da rotina diária. Ainda sinto o ultraje de minha prisão. Que cheiro a mofo tem este buraco de porão. O perfume das flores não consegue mascarar o cheiro da podridão” (p. 12). Ellen descreve como a relação com o mundo externo é carregada de sofrimento e aflição agonizante, traduzida pela experiência corpórea no mundo, o ser através da sua corporeidade.

Então, nota-se a autodescrição do seu ser, da sua identidade: “sentindo apenas ‘o quanto ela decaiu’, não apenas se distanciando de seu antigo ideal, mas daquilo que ela realmente era no passado” (p. 13). Ellen expõe o fato de não ter havido uma constituição de sua identidade de forma estruturada.

O peso máximo de Ellen foi de 75 quilos, chegando a retomar os exercícios excessivos e de longa duração, a restrição alimentar, alguns episódios de compulsão, o uso excessivo de laxantes, reduzindo seu peso para 42 quilos. Relata ainda que “não consegue se libertar de sua ideia fixa” (p. 14), “ficava triste ao mirar-se no espelho, odiava seu corpo e, muitas vezes, batia-se com os punhos” (p. 17), “tem a esperança de livrar-se de sua ‘ideia fixa’, mas isso não acontece” (p. 17). Todos os seus pensamentos e suas ações são direcionados ao corpo, enquanto

objeto, por representar a conexão do seu ser com um modo de existência que lhe traz questionamento e a sufoca, gerando sofrimento.

Ao longo do autorrelato, a percepção de sua tensão interna evidencia-se quando ela diz que deseja “voltar a ter saúde, mas não quero ter que pagar o preço” (p. 20), reconhecendo que “é assim que agora eu preciso primeiro olhar para o meu ideal, esse ideal de ser magra, de não ter um corpo e reconhecer: ‘ele é uma ficção’. Aí poderei dizer sim à vida” (p. 21). Constata-se a descrição da autopercepção da estranheza do seu ser no mundo, quando não reconhece a existência de uma identidade formada que permanece para a construção de um eu biográfico, um eu no tempo.

Contudo, seus questionamentos duais seguiam expressando a aflição da experiência da tensão interna de sua existência: “o que significa esse terrível sentimento de vazio, essa chocante sensação de insatisfação que se instala depois de cada refeição?” (p. 24); “consegui, portanto, alcançar minha meta. [...] onde se encontra o erro de cálculo? Pois eu me sinto absolutamente miserável e parece-me tolo dizer: é justamente isto que eu desejo: sentir-me miserável.” (p. 27); “quero emagrecer, mais e mais, mas não quero precisar cuidar sempre e não quero abrir mão de nada; é esse dilema constante entre querer ser magra e não abrir mão de nada na alimentação que me desgasta” (p. 43); “a única melhora verdadeira é: extinção do desejo de tornar real o mundo ideal, do ódio contra o mundo que a cerca, do deslumbramento de enxergar no ideal algo que vale a pena” (p. 21).

Binswanger pontua que Ellen “‘sabe’ de tudo o que ocorre à sua volta, tem ‘consciência’ de tudo, o que a impede de conseguir simplesmente estar no mundo e viver” (p. 33). Porém, “quando ela ‘se apegava à crença’ de que sua vida ainda tenha um sentido, surge o medo e ‘sufoca a fraca centelha de vida novamente.’” (p. 33). Então, Binswanger conclui que Ellen “não poderá continuar vivendo se não conseguir ‘interromper o circuito’ e conseguir sair desse ‘aprisionamento do eu.’” (p. 34).

A breve, porém, significativa, descrição do caso de Ellen West sob a perspectiva de Binswanger evidencia: “o humor de base é desesperado. [...] Parece-nos que ela não está em um estado depressivo autêntico, mas que se sinta emocionalmente vazia e morta, totalmente oca – e que ela sofra justamente porque não consegue trazer à tona qualquer expressão de afeto verdadeira. [...] Chama nossa atenção a objetividade com a qual ela relata sobre assuntos, dos quais, na verdade, se esperaria que provocassem fortes afetos. Curso de pensamento não

apresenta fuga de ideias, nem é desconexo; mas ela consegue concentrar-se apenas com muita dificuldade, uma vez que seus pensamentos sempre giram em torno de seu ‘complexo’.” (p. 39).

O relato e estudo de caso finaliza-se com o fechamento de um diagnóstico psicopatológico de Binswanger: “eu precisei fazer um diagnóstico de psicose esquizofrênica (esquizofrenia simples), pude dar ao marido poucas esperanças” (p. 45). “Kraepelin teria descartado a neurose obsessiva suposta pelo primeiro analista, diagnosticando uma melancolia pura e teria explicado a ela que os pensamentos obsessivos desapareceriam, com a melancolia; o que ocorreria depois com a ideia fixa – esperaríamos para ver” (p. 37). “Para Bleuler, a presença de uma esquizofrenia era indubitável. O segundo psiquiatra declara diagnosticar uma esquizofrenia somente no caso de estar presente um déficit intelectual. No presente caso, ele preferiria falar em uma constituição psicopatológica com progresso ininterrupto. [...] A ‘ideia’ de querer tornar-se magra, com razão, ele não classifica como delirante (uma vez que falta a motivação lógica) e, com menos razão, como uma ideia sobrevalorizada. Todos eles concordam que não se trata de uma neurose obsessiva, nem de um transtorno maníaco-depressivo e que não existe um tratamento eficaz, nem seguro” (p. 46).

Com tais descartes de opções diagnósticas, e ao observar uma hiperpolarização da espacialidade ao sul da verticalidade, Binswanger propõe uma correlação a um estado de esquizoidia por haver pouco ou nenhum contato adequado da paciente, Ellen West, com o mundo ao seu redor, uma vez que se sente ameaçada e desconexa com o mesmo. Tais sintomas são observados no humor apático e no total desinteresse de viver uma vida lutando contra seu sofrimento, que lhe parece ser o único conforto desconfortável no qual encontra referência a si em sua própria vida.

Os avanços atuais da psicopatologia fenomenológica permitem um olhar crítico à análise diagnóstica do caso de Ellen West. Para Binswanger, Ellen não sofre de um transtorno “somatopsíquico” ou de um “transtorno representativo do corpo”, que mostra o relevante papel que a corporeidade possui de modo geral na construção do mundo, sendo este o olhar dado por alguns fenomenólogos aos casos de anorexia nervosa (BRAY, 2001, p. 131). Deve-se levar em conta o contexto sociocultural atrelado ao estudo desse caso, tendo em vista que Ellen foi uma mulher de família judia vivendo em uma sociedade caucasiana nas prévias do advento do holocausto. Desse modo, para Binswanger, Ellen estaria impedida de colocar em prática suas

ambições, estando “ancorada pelo seu corpo a um papel que ela tenta resistir” (BRAY, 2001, p. 133).

A aparente obsessão de Ellen por comida e pelo corpo pode ser compreendida como um estranhamento do corpo, de forma a desejar alcançar um ideal etéreo, mostrando em seu diário que a íntima e inevitável conexão entre corpo e consciência lhe é tortuosa (PIENKOS, 2022). No entanto, segundo o autor, as alterações afetivas e emocionais de Ellen não são específicas da esquizofrenia, podendo ser encontradas em diversas condições, patológicas ou não. Isso abre a possibilidade de considerar as descrições fenomenológicas como uma alternativa de transtorno, atrelada aos transtornos alimentares, conforme outros estudos sugeriram (AKAVIA, 2008; CASPER, 1983; CHERNIN, 1989 *apud* PIENKOS, 2022).

### **3.4. Estudos fenomenológicos sobre anorexia nervosa**

Usualmente, o interesse em pesquisar a anorexia nervosa decorre de dois sintomas emblemáticos desse transtorno mental: o corpo excessivamente emagrecido e a recusa autoimposta ao ato de se alimentar. A maioria dos estudos realizados sobre a experiência da anorexia nervosa foca na forma como os pacientes experienciam seus corpos, buscando uma compreensão mais aprofundada a respeito da relação e do lugar que o corpo ocupa para estes indivíduos.

Foi realizada uma busca bibliográfica por pesquisas interventivas que utilizaram método e compreensão fenomenológicas. Dentre os artigos encontrados, alguns não tratam exclusivamente do transtorno alimentar anorexia nervosa, podendo incluir outros diagnósticos descritos pelo DSM-5 na categoria de Transtornos Alimentares. A população pesquisada incluiu grupos com público somente feminino, somente masculino e misto, e a faixa etária englobou adolescentes e adultos.

Foram encontrados três artigos brasileiros (GIORDANI, 2009; NUNES & DE VASCONCELOS, 2010; PETRY *et al.*, 2017) produzidos na Região Sul do país, que visaram compreender a experiência de pacientes em ter AN. Em suma, essas pesquisas abordaram a descrição da experiência corporal de pacientes mulheres com AN e o sentido atribuído às práticas corporais de restrição e purgação; o significado da experiência vivida por adolescentes com AN e BN relacionados à alimentação; e por fim, a experiência de mulheres em processo

de recuperação da AN frente aos pensamentos e comportamentos alimentares durante e após o diagnóstico.

Na análise dos relatos, observou-se a resistência estabelecida pelo corpo ou por um saber experimentado pelo corpo, não intelectualizada, com a compreensão de que o corpo vivido como anoréxico é confundido com o próprio ser, havendo uma fusão entre a ‘anoréxica’ e a ‘menina normal’ que se tornam uma única subjetividade (GIORDANI, 2009). A respeito do padrão alimentar, observou-se que cada pessoa irá desenvolver um fenômeno singular, de modo que tais comportamentos não estão presentes apenas na relação com a comida, mas também frente à vida e aos sentimentos (NUNES & DE VASCONCELOS, 2010). Também se observou uma diversidade de sentimentos, desde felicidade por controlar a quantidade de comida ingerida, controle e satisfação ao tolerar/negar a fome, prazer e liberdade nos momentos de desistência do controle, raiva, tristeza, vergonha, culpa e angústia em relação aos episódios de compulsão, além de evitação dos sentimentos de culpa e de medo ao expressarem não quererem ser escravas da anorexia (PETRY *et al.*, 2017).

Já os estudos realizados na Europa (GUEGUEN *et al.*, 2012; MULKERRIN *et al.*, 2016; PETTERSEN *et al.*, 2016) buscaram explorar a relação entre os valores pessoais e o transtorno alimentar; investigar o que a população masculina com AN experienciou como facilitador no processo de recuperação e compreender se há ou não diferenciação na experiência de pacientes mulheres e homens com AN. Os resultados mostraram que a AN é experienciada como uma manifestação ou símbolo de alguns dos valores centrais dos participantes, como autocontrole, disciplina, trabalho duro, conquista e força de vontade; contudo, os valores pessoais parece estar relacionado ao estágio de recuperação do paciente (MULKERRIN *et al.*, 2016).

Em relação ao processo de recuperação, as pesquisas observaram a relevância de se reconhecer que aquele é um problema com consequências negativas, ao passo que recordam os períodos vividos com AN como caóticos e sem sentido, reconhecendo que o transtorno alimentar havia sido estratégia de sobrevivência por anos e o desafio foi lidar com a ambivalência da mudança (PETTERSEN *et al.*, 2016). Sobre haver semelhança ou não na experiência com AN na população dos sexos feminino e masculino, poucas diferenças foram encontradas entre os pacientes quanto à etiologia, sintomatologia, resposta ao tratamento e recuperação (GUEGUEN *et al.*, 2012; PETTERSEN *et al.*, 2016).

As discussões e conclusões desses estudos primeiramente citados mostram a importância de haver compreensões psicológicas e psiquiátricas mais aprofundadas que não se atenham apenas aos sintomas categorizados do transtorno, tais como os comportamentos alimentares, o modelo neurocognitivo dos pacientes e questões fisiológicas relacionadas ao transtorno alimentar. Não se despreza a importância de tais problemas, uma vez que as pesquisas em transtornos alimentares partem da relação entre a obsessão por comida e o peso corporal para compreender o modo de ser do indivíduo diagnosticado com anorexia nervosa. Contudo, deve-se levar em consideração e aprofundar a compreensão das experiências subjetivas para além dos padrões comportamentais.

### **3.5. Anorexia nervosa sob a perspectiva da psicopatologia fenomenológica**

As discussões em geral buscam compreender a forma particular com que o indivíduo percebe seu corpo – em si e na presença do outro – e como estabelece relações com e através do corpo. Por ser frequentemente abordada em termos de obsessão por magreza e distorção da imagem corporal, tal perspectiva não exaure ou reflete precisamente as diversas experiências corporais subjetivas existentes (MAIESE, 2021), deixando de ser compreendida, primordialmente, como tentativa de desmaterializar, ou seja, libertar o indivíduo da coisa inerte que é o corpo (LEDER, 2021).

Há poucas psicopatologias em que o distúrbio da corporeidade é tão evidente e dramático como na AN, o que leva à pergunta sobre qual é a relação do anoréxico com seu corpo e com o mundo (DOERR-ZEGERS & PELEGRINA-CETRÁN, 2021). Observa-se o quanto a AN pode desafiar as visões simplificadoras, uma vez que não corresponde a um transtorno degenerativo e pode haver efeitos adicionais distintos na identidade do paciente (TAN *et al.*, 2003).

As demais pesquisas encontradas, ocorridas com população unicamente feminina de adolescentes e adultos, aprofundaram a compreensão da psicopatologia fenomenológica. (BROGNA & CAROPPO, 2010; TAN *et al.*, 2003). Dentre os diagnósticos classificatórios, o primeiro estudo incluiu, além da AN, outros transtornos alimentares (BN, BED e EDNOS) e o segundo incluiu somente AN.

Tais pesquisas aprofundaram as temáticas do “eu-corpo”, demonstrando que, nos pacientes com diagnóstico de transtorno alimentar, falta sintonização da autoconsciência, pois percebem seus corpos de forma fragmentada e como algo que não os pertence; e do “corpo-para-o-outro”, ou mais precisamente, uma dialética entre o “corpo-para-o-outro” e o “olhar-do-outro” notada pela experiência única de perceber o próprio corpo como tomado pelo olhar externo, fazendo o paciente sentir-se objeto, e não sujeito, sob o olhar do outro. Também foi investigada a proposta de tratamento para pacientes com AN, com o questionamento e reavaliação da hipótese de que, se a AN tivesse efeito significativo no senso do eu do paciente, ou seja, experienciada como parte do eu, isso de fato afetaria a habilidade ou desejo de aceitar tratamento.

Os conceitos de corpo são referenciados por Sartre (1965 *apud* BROGNA & CAROPPO, 2010): “eu-corpo” e “corpo-para-o-outro”. O primeiro delinea-se como base para a autoconsciência e a intersubjetividade; e o segundo denota o modo como o indivíduo experiencia seu próprio corpo na presença ou sob o olhar de outra pessoa, tornando-se consciente de que o eu-corpo se apresenta como corpo-objeto para os outros. A subjetividade é reconhecida como uma contingência do encontro com o corpo do outro, distinguindo-se da capacidade de experienciar, simultaneamente, o próprio corpo como sujeito e objeto: a ambiguidade entre “ser um corpo” e “ter um corpo” (MERLEAU-PONTY, 1999).

A experiência corporal complexa de indivíduos com AN é dividida entre: corpo-objeto, correspondente ao objeto físico com localização espacial e temporal; corpo-sujeito, sendo sujeito aquele que percebe; e corpo visceral, condizente com o corpo físico, objeto orgânico com necessidades, sentimentos e afetividade, experienciado como aquele que faz demandas ao corpo-sujeito (MAIESE, 2021). O corpo visceral, em particular, toma a voz da AN que o paciente experiencia como demandante e ameaçadora (LEDER, 2021), de forma que os corpo-objeto e corpo-sujeito estejam interligados, mas não em perfeita harmonia (MAIESE, 2021).

Frequentemente, o paciente com AN “está-com” seu corpo de forma desconfiada e hostil. Isso ocasiona uma guerra de poder, a qual o indivíduo busca objetificar e dominar a ameaça do corpo visceral (LEDER, 2021). Inicialmente, pode funcionar como uma estratégia adaptativa, pois há uma lógica em tentar controlar o corpo descontrolado, ainda mais em uma cultura que enfatiza a “disciplina” corporal no cotidiano por meio de instituições (FOUCAULT, 1979 *apud* LEDER, 2021).

A questão também é abordada por Durski e Safra (2016), em sua compreensão sobre o conceito de “eu-pele”: o eu-psíquico possui raízes no eu-pele, sendo o órgão pele pensado como base organizadora que auxilia, mas não necessariamente garante, a fundamentação das funções específicas para as futuras organizações do eu. Em convergência com os conceitos de Sartre e Merleau-Ponty, a pele funciona de forma paradoxal, pois, ao tocar, somos também tocados, sendo sujeito e objeto de uma mesma ação. Assim, a constituição do si-mesmo ocorre através das denominadas experiências de intercorporeidade.

Há inúmeras formas do ser humano buscar uma pele para o seu eu desalojado como possibilidade do corpo vir a ser – ou não – morada da experiência de si (DURSKI & SAFRA, 2016). Ocorre a concretização do conflito sartriano de ser-para-os-outros (SARTRE, 1965 *apud* BROGNA & CAROPPO, 2010) como senso original e primordial de autoconsciência e intersubjetividade, resultando em prejuízo para a identidade do sujeito-si-mesmo.

À temática da AN é associada o senso de identidade pessoal, impactando as atitudes diante do tratamento. Nesse sentido, apesar de comumente demonstrarem bom entendimento do seu transtorno e dos riscos envolvidos, os pacientes podem resistir ou recusar tratamento, entendido como benéfico, e até mesmo apresentar déficit atencional conforme perdem peso (TAN *et al.*, 2003). De acordo com os autores, na perspectiva de seus participantes, os pacientes relacionam sua personalidade e senso de identidade à AN, tornando custosa a decisão de aceitar tratamento em decorrência da implicação em renunciar a parte de si mesmo, o que pode afetar suas decisões.

A corporeidade representa a expressão notória das relações consigo, com o mundo e com o outro nas quais o eu está se sentindo ameaçado e se desfazendo. Para que o eu busque sobreviver com o mínimo de agressão e ameaça possível, intenciona diminuir o contato com o mundo, sendo este o contato corpóreo. Contudo, observa-se que o desenvolvimento de uma estrutura de consciência com tal desproporção das condições de possibilidade não deve ser descrita se atendo somente à corporeidade.

## 4. Resultados

Neste capítulo, estão apresentados dados dos participantes da pesquisa e o delineamento dos resultados analisados a partir das entrevistas realizadas.

### 4.1. Participantes

Conforme apresentado, participaram deste estudo sete pacientes que estiveram internados na ECAL. A Tabela 2 apresenta: dados sociodemográficos (nome em iniciais sigilosas, idade e cidade de procedência), subtipo do transtorno alimentar AN e idade de início dos sintomas anoréxicos.

*Tabela 2 - Dados sociodemográficos e subtipo do transtorno alimentar AN*

<b>Dados sociodemográficos dos participantes</b>					
	<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Cidade</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Idade Início AN</b>
<b>M a s c u l i n o</b>	A.S.Z.	19	Curitiba (PR)	AN Purgativa	14
	C.	20	São Paulo (SP)	AN Restritiva	14
	A.P.K.	22	Porto Alegre (RS)	AN Restritiva	17
<b>F e m i n i n o</b>	G.	21	Osasco (SP)	AN Restritiva	16
	M.	36	Mauá (SP)	AN Restritiva	29
	A.	37	Pelotas (RS)	AN Restritiva	16
	R.	18	Muzambinho (MG)	AN Purgativa	14

As entrevistas foram realizadas nos anos de 2017 (projeto piloto) e entre 2018 e 2022 (vigência da pesquisa). Participaram três pacientes do sexo masculino e quatro do sexo feminino. A faixa etária dos participantes está entre 19 e 37 anos, e as cidades de procedência englobam os estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul.

A Tabela 3 apresenta, além do subtipo do transtorno alimentar AN, os diagnósticos psiquiátricos criteriológicos (demais coexistentes), tempo de duração da internação na ECAL, o IMC de entrada e saída da internação, o número de outras internações já ocorridas em decorrência da anorexia nervosa, e o tipo de internação (voluntária e involuntária).

*Tabela 3 - Diagnósticos psiquiátricos criteriológicos e dados sobre a internação dos participantes*

Dados psiquiátricos e de internação dos participantes									
Participante	Diagnóstico	Diagnóstico Psiquiátrico Coexistente	Tempo de Internaç.	IMC		Nº Internaç.	Tipo de Internaç.	Follow-up	
				Entrada	Saída				
M a s c u l i n o	A.S.Z.	AN Purgativa	TDM + TAG	90 dias	15,0	19,0	3	Voluntária	Perdeu peso Trat. ambulatorial
	C.	AN Restritiva	TDM	87 dias	16,0	19,0	1	Voluntária	Perdeu peso Trat. ambulatorial
	A.P.K.	AN Restritiva	TOC + TP OC	123 dias	14,9	19,3	2	Voluntária	Perdeu peso Trat. ambulatorial
F e m i n i n o	G.	AN Restritiva	TDM + TP OC	151 dias	15,0	19,2	1	Voluntária	Perdeu peso Trat. ambulatorial Reinternação após 1 ano
	M.	AN Restritiva	TDR + TP OC	71 dias	15,0	19,3	3	Voluntária	Perdeu peso Trat. ambulatorial
	A.	AN Restritiva	TDM + TP OC	120 dias	9,0	15,8*	8	Voluntária	Perdeu peso Trat. ambulatorial Reinternação após 7 meses
	R.	AN Purgativa	TP Borderline + TUS	84 dias	14,5	19,0	2	Voluntária	Perdeu peso Trat. ambulatorial Reinternação após 6 meses

Os pacientes são internados voluntariamente, porém, caso apresentem comportamentos que levem à solicitação de alta a seu pedido e o estado de saúde do paciente seja grave, a equipe médica, em conversa com os responsáveis legais do paciente, avalia a possibilidade de mudar a internação para involuntária, com o intuito de oportunizar o cuidado na ECAL em vista de cuidar da saúde integral do paciente.

Dentre os diagnósticos psiquiátricos criteriológicos, tem-se dois participantes classificados com AN do subtipo purgativa, e os demais, do subtipo restritiva. Dos diagnósticos psiquiátricos coexistentes, tem-se: transtorno depressivo maior (TDM), transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de personalidade obsessiva-compulsiva (TP OC), transtorno depressivo recorrente (TDR), transtorno de personalidade borderline (TPB) e transtorno por uso de substâncias (TUS).

A respeito do tempo de internação, o protocolo hospitalar prevê um período de 90 dias (três meses) de tratamento para alta com IMC 19. Nota-se que apenas os pacientes C., M. e R. tiveram uma internação com tempo menor que três meses e alta com IMC 19. No caso da participante A., esta veio transferida de uma internação da cidade de origem que já se prolongava há mais de três meses, recebendo alta a seu pedido com IMC 15,8 através da assinatura dos pais responsáveis. A paciente alegou estar internada há oito meses sem conseguir suportar a percepção da distorção de imagem corporal para maior ganho de peso, por essa razão, foi considerado convidá-la a participar da pesquisa.

Sobre o número de internações, A.S.Z. foi internado duas vezes, aos 15 e aos 18 anos, em instituições não especializadas para tratamento de transtornos alimentares, na cidade de origem, com duração de cerca de um mês cada; A.P.K. foi internado uma vez, por volta dos 20 anos, em instituição não especializada para tratamento de transtornos alimentares, localizada em sua cidade de origem, por cerca de um mês. A participante G. teve sua primeira internação na ECAL, em 2019, aos 21 anos, quando participou desta pesquisa. M. havia sido internada pela primeira vez na própria ECAL, aos 30 anos, e foi novamente internada na enfermaria Metabólica (IPq), aos 35 anos, devido à falta de leitos na ECAL. Já a participante A., a partir dos 29 anos foi internada sete vezes, ao longo de oito anos, em instituições não especializadas, em seu estado de origem, até ser internada na ECAL. Já a participante R. foi internada pela primeira vez no início de 2022, na ECAL, aos 19 anos.

Esta pesquisa não tem o objetivo de realizar *follow-up* pós-alta; contudo, ao longo do tempo de construção desta tese, obteve-se conhecimento subsequente dos participantes: todos eles perderam peso no pós-alta em seguimento ambulatorial de tratamento. A participante G. foi internada novamente na ECAL com IMC 14,5, no final de 2020, após um ano da alta. A participante A., foi internada na instituição de sua cidade após sete meses do pedido de alta, em 2022, e obteve novamente vaga na ECAL após 2 meses de internação no hospital clínico da sua cidade, sendo admitida com IMC 8,89. A participante R. foi novamente internada na ECAL 6 meses após a alta em decorrência de comportamentos impulsivos, auto lesivos (abuso de álcool e medicações prescritas) e purgativos após as refeições (vômito autoinduzido e laxante), com IMC 19 na readmissão.

#### **4.2. Análise das entrevistas**

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas de forma presencial e *on-line*, durante o período de isolamento social pela pandemia de Covid-19, áudio gravadas e transcritas na íntegra. A duração das entrevistas teve uma média de 34 minutos e 21 segundos. A saturação da análise dos dados coletados se deu mediante a leitura das entrevistas transcritas quando na exaustão pela busca pelos elementos das unidades de sentido das experiências relatadas.

Na análise das entrevistas foram observadas passagens essenciais da experiência de cada participante. Tais passagens representam unidades de sentido que puderam ser elencadas como exemplificadoras das condições de possibilidades da estrutura da consciência, no caso, do indivíduo em sofrimento. Assim sendo, as passagens possibilitaram formar descrições pertinentes a cada condição de possibilidade (corporeidade, intersubjetividade, espacialidade, identidade e temporalidade) de modo a ilustrar a desproporção da estrutura psíquica em estudo. De forma a tornar a leitura mais fluida, as passagens foram agrupadas e apresentadas em tabelas seguidas pela discussão teórica diante dos achados.

## 5. Discussão

A partir das descrições obtidas pelas entrevistas dos participantes, pôde-se discorrer sobre cada uma das condições de possibilidade, a partir da análise das unidades de sentido, de modo a desenhar a estrutura de consciência da anorexia, diferenciando-a de demais estruturas previamente conhecidas, tais como a desproporção borderline e a desproporção obsessiva. Assim, a análise dos resultados está apresentada junto à discussão e, para melhor elucidá-la, utilizou-se da diferenciação frente às estruturas já consolidadas teoricamente na psicopatologia fenomenológica. As estruturas foram escolhidas com base nos diagnósticos coexistentes dos participantes em vista de oferecerem uma perspectiva do que são em si mesmas e do que a estrutura da consciência da anorexia nervosa não é, podendo construir o que vem a ser em si mesma.

### 5.1. Corporeidade

A corporeidade é a primeira condição de possibilidade apresentada nos estudos sobre anorexia nervosa, uma vez que o interesse em aprofundar o conhecimento sobre esse transtorno mental decorre da extrema magreza a qual o paciente leva o próprio corpo por meio de uma restrição alimentar autoimposta. Partindo dessa premissa, inicia-se a apresentação das unidades de sentido elencadas a partir das entrevistas realizadas que remetem à corporeidade.

*Tabela 4 - Corporeidade – passagens das entrevistas dos participantes*

<b>Corporeidade</b>	
A.S.Z.	<p>“[...] me baseava na aparência, e aí entra aquela coisa da distorção de imagem, então me olhava e me sentia gordo, me senti diferente.”</p> <p>“[...] por de volta estar num estado crítico de novo e era mais seguro, eu acho, eu ficar lá, entre aspas”</p> <p>“[...] com o tempo, eu exercia um domínio, assim, muito grande no meu próprio corpo, mas ao mesmo tempo eu não dominava nada porque o meu corpo não era meu, era da doença. E logo acarretou a minha segunda internação.”</p>
A.P.K.	<p>“[...] demorou um pouco para eu ver isso como um problema, assim, por um tempo eu achava que, digamos, era a minha maneira de lidar com o... com a situação e que tudo bem Assim, quando eu notei que isso estava começando a me restringir muito, me fazendo sofrer também, que daí eu, acho que eu, eu comecei a querer tomar mais medidas em relação a isso, mas estava muito difícil... Aqui na internação eu acho que ficou mais claro, assim, pra mim isso e com certeza ficou mais claro, assim, que eu não precisava disso, que ia ter outros métodos pra lidar com as minhas emoções e viver.”</p>

C.	<p>“[...] e aí comecei a ficar obcecado, sabe, comecei a cada vez mais querer ficar mais magro, aí cada vez que eu olhava no espelho, cada vez que eu ficava me olhando, eu me via um pouco mais acima do peso, então cada vez mais eu queria ir emagrecendo, emagrecendo, emagrecendo. Até que chegou um ponto meio... meio... [E: crítico]. É.”</p> <p>“[...] assim, particularmente eu gosto, tenho um prazer realmente em ficar magro, mas às vezes eu penso que não vale a pena.”</p> <p>“[...] quando eu cheguei no estado crítico, por incrível que pareça, foi o estado que eu fiquei mais feliz na minha vida, não senti depressão [risos].”</p>
G.	<p>“[...] eu lembro quando eu estava mal, eu ficava pensando assim: ‘meu, é o meu corpo, como assim eu não tenho controle? É o meu corpo.’, sabe? Eu quero ter controle, controle total, entende? Tipo, é uma coisa que me pertence, eu posso escolher o que eu faço com ele.”</p> <p>“[...] é uma falsa sensação de controle.”</p> <p>“‘[...] preciso estar bem’, sabe? Mas é complicado quando... quando a escolha torna, começa a ser sua do que comer, quando comer, se comer ou não, quando você come, você sente culpa, entende? Mais culpa... [...] se eu não como, eu também sinto culpa quando eu percebo que a doença ganhou.”</p>
M.	<p>“[...] então ficava uma coisa muito obsessiva, chegava a pesar num quarto e depois eu ia para outro quarto me pesar, achava assim que só o desnível, assim, do chão podia fazer diferença. O fato de eu ter bebido água podia fazer diferença, teve uma época também que eu não bebia água.”</p> <p>“[...] parece até uma loucura, mas ao invés de ir ao velório, eu ficava ali fazendo exercício físico porque o mundo ia acabar se eu não fizesse atividade física porque eu precisava perder, eu precisava, precisava, precisava, era uma necessidade, assim, extrema.”</p> <p>“[...] já ficava chateada, chorava muito, ‘perdi meu controle’, gritava, cheguei a me mutilar, rasgar roupa, sabe? Essas coisas assim do corpo, eu não aceitava que eu tinha comido e que aquilo lá podia... para mim, tudo modificava no corpo. [...] Tudo era assustador, qualquer coisa que eu fosse comer era muito assustadora.”</p>
A.	<p>“[...] acho que não... plena, assim, não. Eu sinto que muitas vezes ela [a AN] me fortalece, porque quando eu perco peso, assim, eu sinto mais fortalecida, eu me sinto mais..., mas eu não sei se eu chego a ficar plena, sabe? Eu acho que não, porque é bem aquela coisa de que nunca está bom, eu teria que estar mais abraçada ainda. [...], mas que realmente eu me sinto bem mais, bem mais segura, tranquila, em paz, talvez, tipo quando eu estou mais magra. Um pensamento que me deixa mais calma.”</p> <p>“[...] eu trouxe isso mais para as partes objetivas de corpo e eu relacionei esse... se eu cumprir, se eu ficasse pequenininha, se tivesse um peso magrinho, se fosse... eu ia ser amada.”</p> <p>“[...] eu ganho peso, quando eu estou... eu me sinto vulnerável, me sinto vulnerável.”</p>
R.	<p>“[...] aí minha mãe morreu, faz... [...] um ano e meio. Aí eu fui morar com o meu irmão [...] eu ficava muito tempo sozinha, [...] eu comecei assim, a ter muita compulsão, e assim eu sempre fumei maconha, aí eu fumava, só que eu usava de desculpa, eu estava com vontade de comer antes de fumar, aí eu fumava pra comer e ter um... [E: larica?] É, pra ter um motivo para eu falar: ‘nossa! Eu comi porque eu estava com larica’ pra não só: ‘aí, só comi’.”</p> <p>“[...] aí eu comecei a ter tipo assim, compulsão todo dia. É, ficava 15 dias tendo compulsão e depois eu ficava 15 dias sem comer, aí eu comecei a ter aquele efeito que é de ficar com um peso... [E: oscilando?] É, uma hora estava, não era muito, mas pra mim era muito.”</p> <p>“[...] e também eu sempre me cortei, eu tenho depressão desde que eu tenho 12 anos e eu me corto também desde que eu tenho 12 anos.”</p> <p>“[...] nunca parei de fumar, nunca parei de vomitar, nunca parei de me cortar, nunca parei de beber, assim parei no máximo assim oito meses aí depois eu voltava.”</p> <p>“[...] o cortar é diferente do beber e do fumar, porque eu me corto porque às vezes eu estou... eu não sinto nada, eu fico tipo sentindo um vazio muito grande, e aí se eu me corto, pelo menos eu sinto alguma coisa, eu prefiro sentir dor a não sentir nada. [...] E o beber e o fumar eu acho que porque eu não consigo suportar a vida, assim, se o dia estiver chato, se eu estiver triste, eu prefiro ficar bêbada, prefiro ficar chapada, do que continuar triste sem fazer nada. [...] já que eu não estou sentindo nada, quando eu bebo, eu me sinto bêbada, quando eu fumo, eu me sinto chapada, aí já sai do não sentir nada, estou sentindo alguma coisa.”</p> <p>“[...] eu gosto de... porque eu não me acho magra, se alguém fala pra mim que eu sou magra eu penso: ‘nossa, talvez eu seja, né, se a pessoa tá falando que eu sou magra sem saber que eu tenho transtorno alimentar, sem saber que isso me deixa feliz, quer dizer que talvez eu seja magra mesmo’.”</p>

Quando a temática do corpo aparece, principalmente como aspecto inicial e central no tratamento de pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa, o foco do profissional e do próprio tratamento recai para o cuidado da “necessidade de controle” sobre o corpo e do “funcionamento obsessivo” do corpo e da alimentação. Esses temas estão sinalizados entre aspas por representarem o modo usual que são compreendidos: a partir da forma obsessiva, sendo associados à estrutura obsessiva.

Conforme os participantes relatam, existe uma volição dos pacientes em buscar controle através do corpo e da alimentação. Contudo, a análise de narrativa e abertura para compreender o sentido da experiência dos participantes demonstram que essa necessidade é decorrente de um mal-estar psíquico, emocional e relacional que difere da estrutura obsessiva. Para iniciar a análise do que venha a ser uma desproporção da estrutura da consciência do indivíduo em sofrimento denominado AN, apresenta-se o que há publicado em referencial teórico que possa se diferenciar ou não das experiências descritas e analisadas, sendo elas as desproporções: obsessiva e borderline.

Na desproporção obsessiva, a expressão corpórea surge como ameaça de aniquilação ou dissolução do “antieidos”, ou seja, o “não-eu”, dentro do processo de vigilância das fronteiras do organismo que visa distanciar-se e interromper contato com a intenção de autoproteção (FUKUDA & TOKESHI, 2022). Nesse caso, a corporeidade tem em vista reestabelecer uma distância segura entre o polo do eu e o polo do outro, retomada na condição de possibilidade da espacialidade, através dos rituais. A corporeidade da desproporção obsessiva busca pela perfeição, usualmente também interpretada na busca pela magreza no indivíduo diagnosticado com AN.

A corporeidade da desproporção borderline também se difere. Isso pode ser observado no relato da paciente R., também diagnosticada com transtorno de personalidade borderline. A corporeidade na desproporção borderline decorre das seguintes condições de possibilidade: intersubjetividade, que apresenta falta de limites claros, e identidade, demarcada como fragmentada. A tensão, a irritabilidade e o impulso, que delineiam a disforia do TPB, “exerce[m] uma força centrífuga [...] contribuindo para a experiência dolorosa de incoerência e vazio interno, sentimento ameaçador de incerteza e inautenticidade nos relacionamentos interpessoais, e sentimentos excruciantes de insignificância, futilidade e inanidade da vida, mas

também explica um senso de vitalidade [...] – vitalidade desesperada” (MIYAMOTO *et al.*, 2023, p. 262). Ela também expressa a inabilidade de uma temporalidade biográfica e de uma identidade autônoma, tirando do corpo a sua instrumentalização na realização dos planos da vida, assim como expressa a espacialidade, uma vez que os comportamentos auto lesivos têm o intuito de unificar e estabilizar a existência (MESSAS, 2021).

Mediante a análise do sentido da corporeidade nas desproporções obsessiva e borderline, observam-se diferenças em relação à corporeidade expressa na experiência da estrutura da anorexia nervosa. Pontua-se que a AN e desproporção obsessiva não são correspondentes, uma vez que buscar pela perfeição não possui o mesmo sentido psíquico-emocional que a busca por controle descrita pelos participantes. Na desproporção obsessiva, a perfeição tem por intuito restabelecer o estado perfeito da integridade física e biológica, vindo a afetar a condição de possibilidade da temporalidade, a ser discorrida adiante (MESSAS, 2021); já a intenção de controle apresentada nas narrativas diz respeito à busca de uma forma de proteger a integridade do eu, impedindo o contato com o polo do outro através do isolamento social e da diminuição da membrana de contato que é o corpo-matéria.

Atrelada à instância da corporeidade, há a vivência da distorção da imagem corporal, compreendida como uma alteração neurológica que requer reabilitação fisioterapêutica (THURM, 2012), e uma vivência corpórea espacial-psíquica-emocional decorrente da extrema materialização do corpo, ou seja, o corpo ocupa a centralidade do ser-no-mundo. Nesse eufemismo do corpo enquanto ser-no-mundo, a ideia de ter um corpo, que, literalmente, ocupe mais espaço no mundo compartilhado e na relação intersubjetiva, amedronta e desespera o que resta do eu histórico do indivíduo.

Nas passagens dos participantes, há a presença de sentimentos avassaladores, similares aos descritos no caso de Ellen West, o que torna difícil lidar com as próprias emoções, demonstrando uma permeabilidade da personalidade desses indivíduos. Tal permeabilidade é uma característica presente na personalidade sensitiva, descrita por Kretschmer (1925)<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>A contribuição de Kretschmer para o aprofundamento do conhecimento psicopatológico baseia-se na possibilidade de estender o conceito de Jaspers de “desenvolvimento” no campo dos “verdadeiros” delírios. Deste modo, em 1918, Kretschmer investigou a nosologia das psicoses; o que ele denominou de delírio sensível da referência trata-se de uma forma clínica particular de delírio caracterizada por sistematizado, não-bizarro e não alucinatório delírio, o qual coincide com a paranoia descrita por Kraepelin (1925). Baseia-se em uma “relação concêntrica” na qual o sujeito sente-se no centro de uma experiência ameaçadora que o envolve fazendo com que seus pensamentos circulem um evento-chave que age como pivô para o surgimento de um delírio. É o evento-chave que desimpede o caráter, desencadeando o início da psicose. Quando o evento-chave toca um ponto particular da personalidade sensitiva, o indivíduo experiencia sentimentos de inadequação, fracasso, humilhação e vergonha. Esta experiência chave conecta a personalidade sensitiva à emergência do delírio, o qual, para que aconteça, requer dois fatores adicionais: um tipo particular de personalidade (personalidade sensitiva) e um ambiente específico (MONTI, 2018, p. 135).

explicada pela “relação dialética entre duas tendências contraditórias: disposição estênica (enérgica) do caráter (ambição, orgulho, senso de superioridade e poder) e disposição astênica (debilitada) do caráter (timidez, hipersensibilidade que pode transformar-se em hiperestesia social, meticulosidade, hesitação, vergonha, senso de inferioridade e culpa, inibição, discricção e moralidade rígida). Na personalidade sensitiva, o lado astênico tende a prevalecer; contudo, é neutralizado pela tendência estênica. Assim, o indivíduo apresenta uma fragilidade psíquica elevada e uma vulnerabilidade delicada ao passo que nutre grandes ambições e demonstra presunção e teimosia. Normalmente, esse indivíduo se detém em expressar seus sentimentos, mantendo um estado de tensão permanente, possivelmente afligido pelo tormento de memórias de uma experiência dolorosa. Quanto ao ambiente, em razão da fragilidade e da grande tendência à introspecção, o indivíduo de personalidade sensitiva tende a viver uma vida isolada. Quando seu sofrimento é intenso ou sua estrutura é particularmente instável, um processo de inversão, através do qual a sua ansiedade e medos são projetados para o mundo exterior, se instaura, tomando a forma de crenças delirantes.” (KRETSCHMER, 1925; MONTI, 2018, p. 136).

Observa-se que os participantes apresentam uma estrutura de consciência sensitiva à presença do outro e à tensão interna que essa presença lhe causa, aprofundada na condição de possibilidade da intersubjetividade. Indivíduos com essa personalidade sentem que o outro da relação invade, desmembra ou aniquila o eu, de modo que as emoções geradas no eu são demasiadas intensas, não compreendidas e não assimiladas, o que leva o indivíduo a querer se livrar do mal-estar interno que o outro lhe causa.

Essa característica obsessiva é comum nos relatos sobre Ellen West e dos participantes diante da preocupação com o tamanho do corpo, com a influência que a comida terá sobre ele e pela apresentação de uma narrativa mais racionalizada e distanciada das emoções. Por tal razão, a desproporção obsessiva também se aproxima de uma personalidade sensitiva, contudo, as experiências se diferenciam quanto à sua expressão.

Tal obsessão na experiência da AN se apresenta fundamentada no sentido irracional de oferecer segurança ao eu, uma vez que é acessada através da intercorporeidade, requerendo uma relação dialética entre limitações e condições impostas pela corporeidade (MESSAS, 2021). O olhar do outro passa a corresponder a um encontro entre corporeidades (STANGHELLINI,

BROOME, RABALLO, *et al.*, 2018). Assim, a intercorporeidade corresponde à máxima apreensão do outro por meio da posição e da fixação presentificada.

Observar-se nos próprios relatos como reduzido a um corpo, com o intuito de preservação do eu, gera sofrimento e sentimento de culpa, uma vez que o paciente reconhece que suas ações não lhe oferecem funcionalidade na vida. Em contraponto, lhe oferece momentos de sensação de segurança e alívio da tensão interna vivida na relação com o mundo externo. Isso porque a corporeidade materializa a temporalidade para que a existência tenha lugar na dialética estabilidade-mudança (MERLEAU-PONTY, 1999; MESSAS, 2021). Nota-se a diferença da experiência da estrutura da consciência da anorexia nervosa em relação às características de desproporção borderline, de modo a trazer na corporeidade a proteção do *self* histórico.

## 5.2. Intersubjetividade

É possível observar o modo com que a condição de possibilidade da corporeidade dialoga, estabelece e viabiliza ou inviabiliza as relações intersubjetivas. A condição de possibilidade da intersubjetividade tem sido apresentada como pano de fundo nos estudos sobre a experiência da anorexia nervosa, porém, sem se referir diretamente a ela ou aprofundar sua compreensão. A partir dos relatos dos participantes desta pesquisa e do caso de Ellen West, nota-se a importância de abordá-la diretamente.

*Tabela 5 - Intersubjetividade – passagens das entrevistas dos participantes*

<b>Intersubjetividade</b>	
A.S.Z.	<p>“[...] e com a doença, eu fazia na época curso técnico de logística, eu tive que parar; eu era lutador, lutava para ser profissional, tenho alguns campeonatos nas costas já, tive que parar também; comecei a me isolar das pessoas porque não convinha mais estar junto com elas, era contra os meus objetivos.”</p> <p>“[...] eu sei que eu relacionei gordura a sofrimento por causa desse fato de eu sofrer <i>bullying</i>, ter problemas com isso.”</p> <p>“[...] ‘você não vai fazer isso comigo, você não vai mexer no que é meu, é meu! Você não entende o que eu estou passando’. É sempre essa desculpa, então, ‘você não entende, você não sabe nada’. A gente nunca acha que alguém entende, que pode nos ajudar, ninguém pode, a gente acha que está sozinho num mundo, a gente só tem a gente mesmo e tem o maldito ego de que a gente tem o controle de tudo, que a gente está sempre no controle.”</p>
A.P.K.	<p>“[...] até um bom grupo de amigos lá, só que lá pra 2016 assim esse grupo começou a se desmanchar um pouco, a questão sobre a minha orientação sexual também ficou mais, assim, comecei a questionar um pouco</p>

	mais e sofrer um pouco por conta disso e também, e também eu estava... comecei a questionar se eu também estava no curso certo, assim, pra eu...”
C.	<p>“[...] foram pequenos traumas que eu tive. A primeira que todo mundo me chamava de gordinho, eu não gostava, eu odiava, todo mundo me chamava de gordinho: família, amigo.”</p> <p>“[...] meu pai sempre foi muito agressivo verbalmente e eu na época estava passando muito mal, eu comia e já ia direto para o banheiro. Eu não sei o que estava acontecendo na época, eu tinha algum problema no intestino provavelmente [...] normalmente a pessoa desenvolve porque quer emagrecer, e eu não queria usar o banheiro. [...] ele falava que, no começo, ele achava que era frescura, na verdade, falava que era frescura, coisa de mulher, essas coisas. Eu lembro até hoje que saí do meu quarto e comecei a discutir com ele, explodi, aí discuti muito com ele, mas não levou a nada, depois no final ele descobriu que era uma doença [risos].”</p>
G.	“[...] pra mim eu não tinha nada, eu vinha 100% porque eu era arrastada e foi só aqui que eu comecei a pensar: ‘nossa, talvez eu tenha alguma coisa’.”
M.	<p>“[...] eu me casei eu tinha, ia fazer 28 anos na mesma semana, e eu me casei virgem, adventista do sétimo dia, religiosa. E aí o meu marido me rejeitou na noite de núpcias. [...] ‘eu tinha capacidade de ter tido uma relação sexual e não tinha capacidade de dar prazer para o meu marido, ele não me queria. Por que ele não me queria?’ Então, aquilo não saía da minha cabeça, eu sempre estabelecia um prazo: ‘daqui a no máximo três meses tem que acontecer, eu estou casada, como que eu estou casada e não vai acontecer nada?’”</p> <p>“[...] não queria mais voltar para o meu trabalho porque, eu não sabia, mas eu não suportava ver a minha aluna que estava grávida, mas era ruim, eu ficava perturbada quando eu ia trabalhar, e eu não gostava de ir. Aí meu pai me chamou para ir trabalhar com ele, aí eu comecei a trabalhar com meu pai, mas nunca me abri para ninguém da minha família.”</p> <p>“[...] eu tinha vivido até então na minha vida era tudo em função dele, sempre em função dele, sempre pensando nele, no que ele queria, no que ele desejava, e nunca pensando no que eu queria, no que eu desejava, no que era melhor para mim e que eu tinha direito, sim, de ter uma vida diferente, de conquistar coisas diferentes, e não de só ficar agradando as pessoas, sabe? Aquela coisa de... porque não era só ele que eu queria agradar também, queria sempre ser um exemplo de filha, um exemplo de irmã, de tia, um exemplo de esposa, um exemplo de tudo!”</p> <p>“[...] e a minha mãe também muito religiosa, tudo, falava que eu tinha que voltar, não tinha que ficar separada que era feio eu ficar separada, essas coisas... essas... crenças. Que tem... e eu achava que minha mãe estava certa, que eu tinha que voltar com ele, então eu ainda estava presa no relacionamento.”</p> <p>“[...] eu achava que eu queria ficar bem por nós, o por nós era uma coisa só, não tinha M., não tinha Emerson, só existia o nós.”</p>
A.	<p>“[...] eu acho que eu tenho uma relação com afeto de que eu só vou ser amada se eu mostrar que eu mereço ser amada, então, como que eu vou mostrar que eu mereço ser amada é cumprindo regras, é sendo, esse estar sendo.”</p> <p>“‘[...] está todo mundo vivendo e eu estou aqui’, sabe, ‘será que é isso que eu quero?’. Dá uma raiva, não sei se é raiva, se é... eu tive interações que, assim, eu tinha vontade de matar todo mundo, tinha raiva de todo mundo, porque: ‘deixa eu ficar com a minha doença aqui, me deixa ficar quieta porque eu estou feliz com ela’, sabe, ‘vão cuidar da vida de vocês’.”</p> <p>“[...] então... e a questão da separação veio... veio aí, que daí eu disse: ‘bom, já que não vou conseguir realmente isso que eu sempre quis, eu vou abraçar a anorexia que é o que eu tenho’ [...] aí teve uma época que eu comecei até a me interessar em querer sair, em querer conhecer outras pessoas, que eu tive... que eu achei, que eu achei que eu disse assim: ‘não, agora está bom, não vou perder mais, e vou ficar por aí’. Só que daí vieram os desafios da vida, foi a primeira vez depois do meu casamento que me relacionei com uma pessoa, que eu me envolvi emocionalmente assim, e daí não deu certo, e daí aquilo me abalou e me fez cair demais e daí eu não consegui parar de perder, e aí eu: puf, voltei a perder tudo de novo.”</p>
R.	“[...] ninguém me forçava muito a não comer, todo mundo entendia assim, sabe, que eu não comia... e meus amigos sabiam que eu não comia, minhas amigas sabiam que eu não comia [...] eu não conseguia comer também porque todo mundo achava que eu não comia, então se eu comesse era estranho porque todo mundo ia ficar, tipo assim: ‘nossa, ela está comendo!’, ‘ai meu Deus ela come!’. Então, eu não queria comer, ainda mais perto das pessoas... [...] parece que eu gosto que as pessoas pensem que eu não como, não me vejam comendo. Talvez seja uma forma de me proteger das pessoas, eu não sei explicar...”

“[...] chamei meu irmão e minha tia e falei assim: ‘olha, eu tenho um problema, eu tenho algum problema alimentar e eu preciso de ajuda, eu quero ser internada’. Mas na minha cabeça eu ia ser internada e só o que ia melhorar era compulsão.”

“[...] eu tive uma decepção amorosa com 12 anos e aí o meu mundo acabou, assim eu perdi meu melhor amigo e o menino que eu gostava. Aí eu fiquei super depressiva, ficava dias dentro do quarto, me cortava muito, comecei a fumar com 12 anos, tudo por causa disso.”

“[...] olhava pra mim e falava: ‘você emagreceu, o que você fez? Você está tão bonita!’. Assim, é chato, eu acho muita babaquice, mas é aquele negócio: ‘nossa, ela mudou, ela está diferente’. Acaba que todo mundo percebe. Agora ninguém mais fala isso pra mim, porque já faz quatro anos que isso aconteceu, então não é mais uma surpresa, não é mais diferente.”

As passagens dos participantes demonstram como a interação do polo do eu com o polo do outro e com o mundo circundante são experienciadas. Observa-se o crescimento das tensões internas nos relatos, dado o sofrimento vivenciado nas relações, o que leva o indivíduo a se isolar. O isolamento social vem com o intuito de proteger o eu primário, gênese do desenvolvimento do eu histórico e da identidade, condição para o auto referenciamento e a diferenciação.

Como analisado no relato de Ellen West, a presença do outro e do mundo circundante coloca em ameaça o sentido da existência do seu ser-no-mundo. E isso se deve à percepção da personalidade sensitiva que torna a membrana de contato mais porosa e sensível. Nessa condição, a intercorporeidade é insustentável para o indivíduo, que sente a presença do outro invadi-lo conforme se insere no mundo. Uma vez que a intercorporeidade se mostra impossibilitada de ser vivida de modo a enobrecer a existência do eu, a intersubjetividade é prejudicada. Assim, ao se voltar para o polo do eu e recusar a presença do outro, ocorre no indivíduo o estreitamento do seu mundo, logo do seu ser-no-mundo.

Essa percepção do eu invadido pelo outro na intersubjetividade se aproxima da descrição da desproporção obsessiva. Contudo, pode-se salientar algumas diferenças entre esta e a experiência anoréxica. Na desproporção obsessiva, a presença do outro também ocasiona a desarticulação dos polos, mas não chega a ocorrer uma ruptura total como na psicose. Desse modo, o obsessivo vive em uma fortaleza com todos os acessos bloqueados e controlados (STRAUS, 2016 *apud* FUKUDA & TOKESHI, 2022; STANGHELLINI, 1992 *apud* FUKUDA & TOKESHI, 2022). Nada pode ser escondido nas relações intersubjetivas na estrutura obsessiva, ou seja, a vida do obsessivo é preenchida pela inevitável multiplicidade de possíveis interpretações devido à necessidade de reduzir as relações à dialética de forma-caos. O indivíduo submete-se voluntariamente à dimensão formal da realidade expressa como respeito

aos outros, polidez e abertura para a contradição e complexidade inerentes a cada mudança (MESSAS, 2021). Já na experiência anoréxica, a desarticulação dos polos leva à extremidade do polo do eu, a uma total volta para si, buscando reduzir ao máximo a interação com o outro para evitar vivenciar a tensão interna.

Na desproporção borderline, baseada na intersubjetividade, o desequilíbrio tende para o polo do outro, pois a relação entre sujeitos para o indivíduo borderline é essencial para a construção do seu próprio senso de eu e da sua identidade narrativa (STANGELLINI *et al.*, 2013 *apud* CASELLA & CASTELLANA, 2022). A ausência do outro para espelhar, modular e nomear as experiências afetivas colabora para a inabilidade de autorregular as emoções (LINEHAN, 1993 *apud* CASELLA & CASTELLANA, 2022). Já a priorização do outro ocorre em detrimento da pré-concebida fragilidade do polo do eu, evocando as ações impulsivas, exageradas e intensas da experiência borderline (STANGHELLINI *et al.*, 2013 *apud* MESSAS, 2021). Em suma, a principal distinção entre a desproporção intersubjetiva borderline e a anoréxica é que a primeira tende à hipervalorização do polo do outro, enquanto a segunda hipervaloriza o polo do eu.

É possível experienciar apenas um fragmento da biografia de um indivíduo de forma que a experiência é sustentada no espaço relacional entre os polos da intersubjetividade. Assim, o alinhamento entre subjetividade e intersubjetividade constitui a existência individual, pois a maneira como um dos polos se comporta influencia as proporções antropológicas do outro (MESSAS, 2021). No caso da participante M., é notório o quanto a construção de um eu retido em um mundo responsabilizado por normalizá-lo e organizá-lo pode se esfacelar, uma vez que esse mundo deixe de existir. Isso torna o eu responsável pela multiplicidade na qual a psicopatologia pode ser atualizada, colocando em xeque o conhecimento diagnóstico definitivo (TAMELINI & MESSAS, 2022).

Outro aspecto essencial nas narrativas é a fragilidade emocional da personalidade sensitiva, relacionada à construção do eu a partir da intersubjetividade. A fragilidade emocional intensifica o sofrimento diante da tensão interna de existir na relação com o outro se sentindo invadido e isolar-se do outro para evitar o sofrimento. Em vista de resolver esse desequilíbrio entre os polos do eu e do outro, o indivíduo adota certos tipos de comportamentos como uma forma de alívio. Busca-se por comportamentos socialmente aprovados e valorizados para que o olhar do outro que não o aniquile. Em contrapartida, essa tensão interna não cessa mesmo com

a adoção do melhor comportamento socialmente aceito. Nessa característica, pode-se descrever a presença de ‘ideia’<sup>2</sup> fixa e pensamentos circulares nos relatos dos participantes e de Ellen West, dado que a análise de Binswanger conclui que a ‘ideia’ fixa não é classificada como um delírio.

### 5.3. Espacialidade

Para compreender a experiência da consciência da anorexia nervosa, tão significativa quanto a intersubjetividade está a condição de possibilidade da espacialidade. Nesse caso, a espacialidade auxilia a compreender o lugar da corporeidade e o estabelecimento da intersubjetividade para o desenvolvimento da identidade.

*Tabela 6 - Espacialidade – passagens das entrevistas dos participantes*

#### Espacialidade

A.S.Z.	“[...] no fim das contas, não faz sentido nenhum porque não importa ser magro morto, não adianta [risos]. Você tem que estar vivo para desfrutar das coisas, mas não tem um limite, pelo menos no meu caso não tinha um limite.”
	“[...] a gente tem essa mania de ter os outros como inimigos, sabe, todo mundo quer te ajudar, mexer com o teu corpo, porque é algo que é tão seu, que você já tem aquela sensação, assim, que a pessoa é teu inimigo, quer te invadir, quer invadir o teu espaço, quer tirar algo seu que te faz feliz.”
	““Opa, mexeu no meu corpo então eu...”. Nossa, você ergue as suas armas contra todo mundo, contra todo mundo.”
A.P.K.	“[...] eu sempre fui uma pessoa que gostei de ficar mais em casa um pouco, mas eu saia mais, eu ia mais pra casa da minha avó, gostava de ir pra praia lá encontrar ela e tudo. E com a doença também eu parei, só queria ficar na minha rotina, indo pra faculdade, indo pra casa porque tinha as minhas comidas que eu estava acostumado e tudo. Então, me... limitou minha vida assim.”
	“[...] sair pra lugar diferente sempre tinha uma grande preocupação: ‘ah, será que vai ter alguma coisa que eu vou conseguir comer? Como será que é feito?’, tudo. E agora tenho conseguido sair, comer tranquilo o que tiver, então, assim... acho que é uma, é uma coisa que limita muito mesmo as coisas assim. Então, eu estou bem, sentindo bem melhor nessa, nesse lado assim...”
C.	“[...] ao mesmo tempo que você estava na ECAL para reganho de peso, estava com medo de ganhar peso, você ficou desconfortável quando você perdeu peso na ECAL, porque você quer sair da ECAL, ao mesmo tempo que você estava confortável tendo as compulsões porque você não estava ganhando peso.”
G.	““[...] cara, só eu faço e é porque eu não gosto’, sabe... vou subir de escada, mas daí você percebe que é um comportamento que outras meninas têm.”
	“[...] a questão de sumir, eu sempre tive esse problema em ser vista, sabe? E ser minimamente confiante, se é que eu posso dizer que eu sou um pouco. Mas... Porque, na verdade, nunca é. Mesmo você perdendo peso, nunca vai chegar o peso que você vai ficar confiante. [...] Acho que a questão do ganho de confiança, que não aconteceu [risos] e a questão de que ser invisível e coisa do tipo.”

<sup>2</sup>Citação e grifo de Binswanger.

M.	“[...] eu sou mais livre, se eu sou mais livre, eu sou mais livre pra tudo: pra comer, pra me aceitar, pra me relacionar com as pessoas. Eu não tenho que estar num padrão, eu não tenho que ser aquilo para que as pessoas me aceitem, as pessoas ficam completamente apegadas a mim.”
	“[...] eu vejo que o querer algo pra mim fez eu modificar a forma com que eu lido com as pessoas também, com as minhas relações, com as pessoas. Eu não me afasto mais das pessoas, com medo das pessoas comentarem.”
	“[...] é tudo muito intenso aqui, uma palavrinha que uma enfermeira ou outra pessoa da equipe fala pra você cai como uma tempestade. Não é uma tempestade, depois você vai raciocinar: ‘nossa, mas eu estou abalada por causa disso?’. Mas é porque você vive intensamente tudo.”
A.	“[E: Quando você me conta tendendo para os sonhos da anorexia, o mundo fica muito restrito, você perde muita amplitude desse mundo, né, poder ser mãe, poder ter uma família, poder conquistar cada vez mais, ampliar o território, ampliar as redes. A anorexia restringe muito.] A: é, eu fico só com o corpo magro que tá, e isso, e tudo bem, isso me dá bem-estar? Me dá, me dá bastante sensação boa, me dá, muito boa, mas é só, sabe, é só...”
R.	“[...] acho que eu sempre queria fugir das coisas que estavam acontecendo, da minha vida. E aí a melhor forma de fazer isso eu achava que era dormindo. [...] Aí quando eu comecei a tomar remédio controlado, tarja preta, aí eu comecei a tomar Rivotril e eu tomava litros de Rivotril, vários comprimidos, aí parou de fazer efeito, aí a médica teve que tirar o Rivotril. [...] aí eu comecei a tomar o Zolpidem, o Zolpidem eu não tomava para dormir, eu tomava para ficar fora de mim porque eu esquecia tudo, eu tomava dois Zolpidem, ficava duas horas meio chapada de Zolpidem e eu não lembrava o que eu tinha feito durante essas duas horas, aí passavam duas horas eu ia lá e tomava mais, eu tomava assim uma caixinha de Zolpidem por dia.”
	“[...] é por isso que acho que tem esse negócio de querer sempre estar mais magra... [...] eu quero parecer que estou doente, eu não quero parecer que eu estou bem. [...] eu estou doente, eu não quero parecer saudável, eu quero parecer doente.”
	“às vezes eu acho que quero ficar sozinha, eu sinto que no momento eu estou um pouco sozinha, mas não porque as pessoas me deixaram, porque eu deixei as pessoas. Parece que eu não sinto que eu sou merecedora disso. E eu acho que a vida das pessoas é melhor sem mim também.”

Baseado no fator principal da análise de casos de anorexia nervosa, o corpo, observa-se nos relatos dos participantes como se transformaram as experiências dos mundos, interno e externo. O relato do participante C. explicita que a relação estabelecida pelo corpo é central no modo como expressa seu sofrimento. Contudo, quando se amplia o olhar para compreender o sofrer, nota-se como o corpo se tornou o último resquício de ligação entre os mundos interno e externo. Esse aspecto é abarcado pela condição de possibilidade da espacialidade, trazendo maior riqueza para a compreensão dos casos de anorexia nervosa.

Na desproporção obsessiva, a espacialidade resulta da acentuação e absolutização de uma direção (CHAMOND, 2011), uma vez que o indivíduo se encontra aderido ao mundo, ou seja, em um estado de maior fusão/aproximação e menor distanciamento (dimensão distância-proximidade). Esse estado fusional da experiência da espacialidade comprime o movimento e estreita ou encurta as possibilidades do indivíduo, o que é possível verificar pela rigidez característica da experiência obsessiva (TELLENBACH, 1983 *apud* FUKUDA & TOKESHI, 2022). Na espacialidade, o estado de mundo permite que todos os objetos emergjam ao mesmo

tempo e possam ser examinados em detalhes, por isso a expressão principal da experiência obsessiva é encontrar a perfeita forma de organização, simetria e ordem da espacialidade, assim como a imobilidade (MESSAS, 2021).

Já em referência à desproporção *borderline*, a espacialidade caminha em paralelo à temporalidade, decorrendo da experiência do “agora” estar colada ao eu que se encontra presentificado. Ela também se caracteriza por uma fusão ao mundo e ao polo do outro que, pela falta de distanciamento, contribui para uma sensação de ameaça (STANGHELLINI *et al.*, 2013 *apud* CASELLA & CASTELLANA, 2022). Esse aspecto descreve a dificuldade de auto individualização observada em indivíduos *borderline*. No entanto, a dimensão central da espacialidade *borderline* é a dialética centralidade-perifericidade: o *self* se apresenta como cerne de todos os movimentos no espaço para trazer clareza e nitidez para toda a experiência. A centralidade corresponde ao fenômeno ser manifestado em foco e os demais, ao fundo (perifericidade). Já na perifericidade, a presença do fenômeno está apagada, sem valor e nitidez (MESSAS, 2021).

A desproporção *borderline* encontra-se na perifericidade, na qual o indivíduo não se experiencia como foco da relação intersubjetiva, vindo a desaparecer aos olhos dos outros caso volte para si mesmo. Situado no polo periférico com uma contradição entre uma proximidade fusional e a busca por uma distância adequada, o eu não sustenta uma relação interpessoal, ocasionando no empobrecimento relacional (MESSAS, 2021). É essencial que não se confunda centralidade-perifericidade e distância-proximidade: a proximidade corresponde à redução da distância entre os polos do eu e do mundo, a distância sendo a posição do *self* o ponto de referência da distância que preconiza a hipervalorização de um dos polos. Por sua vez, a centralidade corresponde ao fenômeno em foco e a perifericidade implica a perda do valor do *self* e sua polarização visa criar um foco temporário, uma vez que a impossibilidade de centralidade impossibilita a existência do eu (MESSAS, 2021).

Um fator crucial que se apresenta nas análises criteriológicas da anorexia nervosa é a similaridade do comportamento restritivo alimentar, dos atos de checagem corporal e do pensamento circular na temática de alimento/refeição com o comportamento relativo à estrutura obsessiva. No entanto, ao observar mais claramente a condição de possibilidade da espacialidade, tendo em mente as condições anteriormente citadas, observa-se que o posicionamento do indivíduo na dialética com o mundo demonstra um extremo distanciamento

do polo do outro e do mundo, com uma hipervalorização ao sul da verticalidade. Enquanto a experiência obsessiva é descrita por uma maior aproximação ao polo do outro e do mundo, portanto, maior fusão com dificuldade de distanciamento, gerando um desconforto decorrente da emersão de todos os objetos ao mesmo tempo, caracterizando uma tensão entre perfeição-caos. Pode-se dizer que os comportamentos sintomatológicos são bastante próximos, no entanto, quando observadas as condições de possibilidade nota-se distinção entre as experiências da consciência.

Em relação à dimensão horizontalidade-verticalidade, a experiência da anorexia nervosa se identifica na verticalidade da espacialidade, na desproporção borderline ela encontra-se na horizontalidade. A horizontalidade na desproporção borderline referencia o poder do polo do outro sobre o polo do eu que necessita continuamente se projetar.

A espacialidade analisada pela horizontalidade-verticalidade (BINSWANGER, 1977), indica a direção da existência (CHAMOND, 2005 *apud* MESSAS, 2021) através dos eixos representativos do mundo (horizontalidade) e das particularidades do eu (verticalidade). O esperado nessa condição de possibilidade é que o indivíduo consiga transitar entre ambos os eixos. Contudo, uma desproporção paralisa esse movimento ao hipervalorizar um dos eixos.

Tendo em vista que a coletividade e a presença do outro são ameaçadoras para a constituição do eu de um indivíduo que apresenta uma personalidade sensitiva, a tendência é uma hipervalorização da verticalidade, ou seja, um retorno extremado para o particular. O eixo da verticalidade possui duas orientações: a altura (debaixo para cima), em que se encontrariam os valores, o mundo das ideias; e a profundidade (de cima para baixo) em que a existência se volta para o “abismo”, um retorno para a experiência mais elementar que é a natureza material e, no caso do ser humano, o corpo.

Na experiência da anorexia nervosa, a espacialidade se mostra estreitada pela hipervalorização da verticalidade no sentido sul, onde a materialidade como última instância da vida traduz a possibilidade de controlar o mundo. Desse modo, o retorno ao limbo, à matéria e, portanto, ao corpo, se torna a maneira de buscar controle e estabilidade de uma consciência em tensão interna ao se perceber ameaçada pelo outro e pelo mundo.

Esse estreitamento extremo, aliado a um retorno para si na verticalidade para o sul, restringe as demais condições de possibilidades que poderiam ser experienciadas e

desenvolvidas, como a intersubjetividade e a identidade, assim como limita experienciar mais profundamente as oportunidades apresentadas no mundo exterior. Nesses casos, a espacialidade remete ao estreitamento dos pensamentos para reflexão e ampliação das experiências e vivências do eu histórico, de modo a afetar a intersubjetividade e a relação entre os corpos, gerando prejuízo na constituição do eu, como é descrito mais à frente.

A perspectiva da espacialidade na dimensão horizontalidade-verticalidade traz maior profundidade para a compreensão da experiência da consciência da anorexia nervosa. No caso da desproporção obsessiva, a dimensão que melhor auxilia a compreender é a de distância-proximidade. Na desproporção obsessiva, não há um extremismo entre os polos, mas o que pode ser descrito como uma “dança” do polo do eu com o polo do outro e do mundo, da distância com a proximidade. Em um indivíduo com desproporção obsessiva, a espacialidade se desenvolve em expansão ou retratação do eu.

Associada à dimensão distância-proximidade há a dimensão compressão-relaxamento, existindo uma proporção direta da proximidade com a compressão, ou seja, a aproximação do polo do eu com o polo do outro/mundo, que pode ser caracterizado por uma fusão. Perde-se, assim, a linha entre o eu e o outro/mundo, denominada de “espacialidade *intrafestum*” (KIMURA, 1998). A dimensão representativa de uma existência saudável é caracterizada pelo movimento de relaxamento, que pressupõe a adesão simultânea a diversas experiências na consciência (MESSAS, 2021).

#### **5.4. Identidade**

A condição de possibilidade da identidade é muito intrigante para a compreensão da estrutura da consciência da anorexia nervosa. Foi a primeira condição de possibilidade distinta a ser referenciada nos estudos psicopatológicos de anorexia nervosa. Contudo, não foi aprofundada, apesar de ter sido citada, e nem investigada no caso de Ellen West. As condições anteriores contribuíram para construir um pano de fundo sobre o qual essa condição de possibilidade pôde ser desenvolvida.

*Tabela 7 - Identidade – passagens das entrevistas dos participantes*

### Identidade

<i>A.S.Z.</i>	<p>“[...] eu estava sendo enganado mesmo por mim mesmo, isso é estranho, uma doença muito estranha.”</p> <p>“[...] eu acho, assim, que com o tempo a doença acaba sendo uma parte de você, uma coisa que você se identifica, por mais que você não queira, você é feliz com ela porque você tá tão, assim, na espera daquele resultado que, quando você chega naquele resultado, vem uma felicidade, uma paz muito grande, mas que dura segundos porque logo a tua cabeça começa a querer mais. [...] só que todo mundo quer assim, quer melhorar da cabeça, mas não quer mudar o corpo. Todo anoréxico quando fala que quer se tratar, fala: ‘nossa, mas eu queria não ter mais anorexia, mas eu não quero engordar, quero continuar com esse corpo.’”</p> <p>“[...] porque é tachado, todo anoréxico... eles... todo mundo esconde o jogo, todos eles falam que odeiam comida, que não querem comer, todo mundo esconde o jogo, mas nas nossas conversas, entre a gente, todo mundo sabe que gosta de alguma comida, que queria comer alguma coisa, mas não se permite, e quando se permite, vomita, e se vomita [...] quando você se dá aquela coisa, é um efeito de um segundo de: ‘nossa, que bom’ e tua cabeça começa: ‘você vai engordar, você fez coisa errada, está errado, as pessoas já estão te olhando diferente’. Você começa a ficar muito paranoico, assim, são pensamentos... no meu caso, são pensamentos muito rápidos e muito excessivos, muito excessivos mesmo...”</p>
<i>A.P.K.</i>	<p>“[...] foi uma coisa assim que eu notei assim, que mudou completamente assim a minha personalidade, o meu jeito de ver a vida assim, eu estava uma pessoa completamente, alienada por causa da doença assim, ter uma dependência emocional e diária assim, em rituais e comportamentos por causa da doença que me mudaram completamente.”</p> <p>“[...] desde pequeno eu fui mais tímido, era uma pessoa mais tímida, tive um caso com depressão, quando eu era um pouco menor e meus pais assim, tentaram do jeito deles ajudar. Acho que eu acabei interpretando talvez algumas ações deles um pouco como talvez assim, uma falta de confiança da parte deles na minha capacidade assim de, não na minha capacidade, mas como se eu tivesse uma personalidade e assim, de... como se eu não fosse uma pessoa que ia atrás das coisas, ficava acomodado assim [...] acabei desenvolvendo essa autocritica assim um pouco forte de ter uma baixa autoconfiança quanto à minha força de vontade, minha capacidade de ter iniciativa.”</p> <p>“[...] aprender a lidar com o desconforto um pouco é importante, eu acho [que] eu fazia de tudo pra evitar o desconforto, então, às vezes aqui não tem jeito, você vai sentir o desconforto.”</p>
<i>C.</i>	<p>“[...] é uma doença que me persegue há muito tempo, nem sei mais como é viver sem ela, na verdade.”</p> <p>“[...] porque perdi muita coisa... O último ano da escola eu perdi, perdi o basquete, não conseguia estudar, perdi... Eu desenhava. Não conseguia mais desenhar.”</p> <p>“[...] não sei o que é a anorexia e o que sou eu.”</p>
<i>G.</i>	<p>“[...] é meio que você tem dois pensamentos, o pensamento que é o seu, o racional, e o da doença. E quando você interna o da doença normalmente está muito predominante.”</p> <p>“[...] meio que, meu pensamento, lógico, tá meio que pau a pau com o pensamento da doença, sabe? E antes ele era quase inexistente e que meu pensamento era a doença. E agora é uma briga, o que é muito perturbador porque é uma briga constante no meu cérebro.”</p> <p>“[...] um estado de humor mais deprimido intensifica os sintomas da anorexia e os sintomas da anorexia intensificam o humor deprimido [...] acho que a questão da depressão é... veio antes do transtorno alimentar. Com certeza, na verdade. Talvez uma ou outra ideia do transtorno alimentar, mas quando eu já tava mal, sabe?”</p> <p>“[...] eu lembro que eu tinha uma autoestima negativa, não que tenha mudado muito, mas okay [risos]. E assim, eu me sentia um lixo. Então, lembro muito bem desse sentimento com 12 anos, então considero que a partir daí começou.”</p>
<i>M.</i>	<p>“[...] eu não desenvolvi anorexia na minha adolescência e nem na minha juventude, eu já era adulta. Eu tinha me casado e aí eu sofri uma frustração muito grande quando eu me casei e eu comecei a desenvolver depressão e transtorno alimentar.”</p> <p>“[...] foi um choque para mim, eu fiquei muito mal com tudo aquilo, entrei na depressão, depois fui perdendo o apetite, fui gostando do meu corpo mais magro, eu fui querendo cada vez mais magro. Assim,</p>

	fui ficando obcecada por alguma coisa que eu podia ter controle, que no caso era o meu corpo, a minha magreza, então eu atingia... eu queria objetivos cada vez mais, assim, inalcançáveis.”
	“[...] não é me fazer de vítima, é como se fosse algo que não fosse consciente... eu era vítima, estava adoecida, então ninguém iria largar de mim estando adoecida, meu marido não iria largar de mim e eu teria a presença da minha família me protegendo ali porque eu estava vulnerável. Então, tinha esse lado que eu pensava assim, que poderia prender as pessoas comigo, que poderia prender meu marido comigo. E do outro lado também, acho que tinha um lado assim, que... uma pessoa que está muito emagrecida, eu já sabia quais eram os gostos, assim, de mulheres pro meu ex-marido, gosta de mulher com mais corpo e tudo mais, não ia atrair tanto ele. Então, eu não ia ser rejeitada, então eu não ia me sentir frustrada, e, se eu não me sentisse frustrada, como eu era muito perfeccionista, eu não podia errar em nada, então era um meio de me proteger. Eu vi assim.”
A.	“[...] eu acho que viver com a anorexia é... eu vejo ela como um consolo, eu vejo ela como uma figura de... de... uma pessoa... eu vejo a anorexia... várias vezes eu vejo ela como uma pessoa, eu consigo imaginar ela como um ser humano [...] que me acolhe, me diz: ‘segue por aqui, porque por aqui vai ficar mais tranquila, mais coisas você vai resolver por aqui.’ É como se eu pudesse fugir de todas as outras, conseguir achar um meio de abafar, de pelo menos sanar um pouco as outras dores emocionais que eu tenho, assim, por frustrações, tristeza, se sentir rejeitada, e é um jeito de eu conseguir me sentir acolhida, me sentir... ter algum tipo de valor, algum valor, como se o meu valor essencial ele não... ele tivesse se perdido, e eu tivesse buscando um outro tipo de valor.”
	“[...] de certa forma com um papel na vida, e parece que eu perdi o meu papel de A., e eu não tenho mais ele, e ela [a anorexia] me faz pelo menos eu ter esse papel ainda na vida, e eu acho que é isso que ela me traz, me traz um conforto, um sentimento de pertencimento ao mundo, talvez.”
	“‘[...] ser mais racional é bom, não te prende às emoções, fica nas coisas mais superficiais, e na matemática’ [...] por ter já, quando eu me envolvi emocionalmente na vida, com as situações, eu já sofri muito e acho que assim não dá certo, então: ‘vai por aqui, dá certo, você não vai sofrer, você vai ficar melhor, vai ser mais feliz’.”
	“[...] para quem vive a anorexia... porque é como se houvesse duas identidades muito fortes, porém, antagônicas. E aí toda vez você tem [que] escolher por uma, só que eu sinto que você tende a escolher por uma tentando fugir do sofrimento, só que as duas você... chega um momento que você cai no sofrimento, porque as duas são muito presentes, por isso o tratamento é muito delicado, é cansativo, é longo, é dentro do ritmo do paciente, sempre tendo como base ali a preservação clínica, no mínimo, do paciente não perder peso para ele não morrer.”
R.	“[...] eu acho, não é legal, é diferente, sabe? Eu gosto que as pessoas falem tipo coisas assim que as pessoas falam para as pessoas magras: ‘ah, se bater um vento você vai voar’, ‘ah, olha o tamanho da sua perna, o tamanho da sua canela’. Eu adoro quando alguém fala isso pra mim, parece que meu dia fica ótimo.”
	“[...] eu acho que talvez eu faça piercing, tatuagem, pinte meu cabelo, corte meu cabelo, nesse sentido, porque eu não quero ser normal, igual todo mundo sabe? [...] eu não acho que tenha nada a ver com a magreza porque tem muita gente... é normal, é uma coisa que não é tipo: ‘ah, meu Deus, nossa que diferente!’.”
	“[...] eu acho que assim, eu acho que tudo isso é porque eu não gosto de mim, então por que os outros vão gostar, entendeu? Então, por que alguém vai gostar de mim? Então, por que os meus amigos vão querer que eu fique perto?”

A identidade é desenvolvida através do desdobramento do ser no tempo, por isso a temporalidade tem um papel significativo para a sua construção. Todas as demais condições de possibilidade também contribuem para a formação da identidade. De modo resumido, a temporalidade possibilita o desenvolvimento do eu histórico, a espacialidade possibilita o

contato com a identidade do outro (humano ou objeto), que propiciará a diferenciação de identidades, e a intersubjetividade, junto da intercorporeidade, possibilita a interação do polo do eu com o polo do outro e do mundo. A espacialidade da identidade é limitada pela identidade do outro, seja humano ou objeto material (MESSAS, 2021). Assim, a experiência da identidade do outro caracteriza uma experiência da própria identidade, uma vez que o eu se constitui pela experiência da existência do outro. Observa-se o entrelaçamento de cada condição de possibilidade para que se estruture uma forma de consciência, quando ocorre uma desproporção em alguma delas, o efeito é como uma dança circular.

Nos relatos dos participantes, é quase unânime a sensação de perda de referência de si mesmo, com exceção do relato de R. Eles notam que o modo de ser através da anorexia nervosa não é o seu eu verdadeiro, ao mesmo tempo que se sentem confusos, pois percebem o modo anoréxico como mais propício do que o seu eu primário. Os participantes se recordam saudosamente de um modo de ser distinto da anorexia nervosa; contudo, não enxergam a possibilidade desse eu primário retornar a conduzir a sua identidade. Reconhecem, portanto, que essa expressão de si por meio da anorexia nervosa é um modo de evitar sofrimentos ou de alívio aos sofrimentos vivenciados, mas que requer ser constantemente repetida, uma vez que o alívio é momentâneo.

É possível contrapor a identidade na anorexia nervosa e na desproporção obsessiva. Na estrutura da consciência da AN, a experiência de eu enquanto pertencimento pessoal se mantém preservada, logo, a identidade permanece a mesma ao longo do tempo como unidade do fluxo da consciência (PARNAS *et al.*, 2002 *apud* FUKUDA & TOKESHI, 2022). Na desproporção obsessiva existe, paradoxalmente, um eu histórico íntegro, porém frágil, (STANGHELLINI *et al.*, 1992 *apud* FUKUDA & TOKESHI, 2022) que sofre em decorrência das alterações da temporalidade, apresentando comprometimento no desdobramento do eu histórico. A impermanência e alteração temporal ocasionam desconforto para o obsessivo, de modo que seu eu histórico passa a racionalizar para colocar ordem na complexidade caótica da realidade, pois cada experiência da realidade precisa ser endereçada logicamente (MESSAS, 2021).

No quadro da desproporção borderline, a identidade e a construção da consciência de si sofrem influência de uma vivência temporal descontinuada e presentificada que impedem o desenrolar do eu histórico. Ela se manifesta como uma inconsistência e fragmentação do eu, uma vez que a temporalidade influencia a constância da identidade dos objetos, da percepção

do eu (FUCHS, 2007 *apud* CASELLA & CASTELLANA, 2022; MESSAS, 2021) e da autoimagem. Por essa razão, o outro desempenha um papel fundamental na formação da consciência do eu ao passo que as memórias intersubjetivas ajudam a definir o eu através do tempo (FUCHS, 2007 *apud* CASELLA & CASTELLANA, 2022). Assim, a vida se mostra uma sucessão de episódios desconectados com impermanência de pessoas significativas que impossibilita a formação de memórias intersubjetivas estáveis, contribuindo para a fragmentação do eu (CASELLA & CASTELLANA, 2022).

Outros aspectos centrais na experiência de formação da identidade na desproporção *borderline* é o medo do abandono e as experiências traumáticas, como abusos e ambiente invalidante, que afetam a integridade do *self* (FUCHS, 2007 *apud* CASELLA & CASTELLANA, 2022; STANGHELLINI *et al.*, 2013 *apud* CASELLA & CASTELLANA, 2022). Em decorrência do eu histórico ser constituído por identidades sociais superficiais e de raízes frágeis, é comum que tendam à ansiedade (intensa, volátil e enraizada na impossibilidade de alcançar o mínimo de autossuficiência) e à depressão (sentimento de vazio) (SILK, 2010 *apud* MESSAS, 2021). Nota-se, portanto, uma distinção significativa na estrutura da consciência da desproporção *borderline* em relação à experiência da consciência da anorexia nervosa.

Ao passo que os participantes reconhecem que eles já foram outro eu que não o da anorexia nervosa, eles vivem uma angústia paradoxal de não saberem mais diferenciar a identidade do eu e da anorexia nervosa, assim como não conseguem dizer ao certo quando a anorexia nervosa surgiu como forma de ser no mundo. Essa característica das experiências também é apresentada no caso de Ellen West, que descreve viver um sofrimento similar: “meu eu interior está tão estreitamente ligado ao meu corpo que ambos formam uma só unidade e constituem o meu eu – sem lógica, nervoso e individualista.”

A identidade pertence a um eu, também chamado de *self*, que certifica e permite a existência e, na interação com o outro, constata: se o outro existe e não sou eu, logo eu não sou o outro. Assim, sempre haverá um eu presente em uma identidade, denominado *self* mínimo (SASS, 2014). Ele corresponde ao *self* identitário ou primário e se diferencia do *self* histórico que corporeifica, existe e se desdobra no mundo, atualizando as retenções temporais da identidade (MESSAS, 2021).

A experiência dos participantes explicita que o eu primário deixa de transcorrer o percurso esperado para o desenvolvimento de uma identidade de funcionamento saudável e sem prejuízos para o ser-no-mundo. Por uma junção de eventos e fatores contextuais, ambientais e relacionais – algo difícil de ser diferencialmente estabelecido – que ocorre nas vivências de uma personalidade sensitiva, o modo de experienciar o mundo, o outro e a si mesmo passa a apresentar alterações. Existe uma percepção solitária de si que, ao se reconhecer, sente-se desvalorizada, transcorrendo alterações que formam a estrutura da anorexia nervosa, tal qual Ellen West expõe a respeito de não ter existido uma constituição estruturada de sua identidade: “consegui, portanto, alcançar minha meta. [...] onde se encontra o erro de cálculo? Pois eu me sinto absolutamente miserável e parece-me tolo dizer: é justamente isto que eu desejo: sentir-me miserável.”

Constata-se que o processo de ser-no-mundo e de se colocar em relação no mundo gera desconfortos insustentáveis para a personalidade que apercebe, o que ocasiona mudanças no percurso do desenvolvimento do eu primário e, portanto, da identidade. Uma vez que existir requer uma forma de identidade, mas a via originária se sente ameaçada pela presença do outro e do mundo, estrutura-se uma outra identidade capaz de ser corporeificada, ou seja, de existir em relação, mesmo que mínima.

Aqui, o modo de expressão do ser na anorexia nervosa recebe a nomeação de identidade-alternativa, ou seja, uma forma alternativa que o eu primário encontrou para se desenvolver-se minimamente em vista da mais ínfima interação identitária com o mundo e com o outro. Por isso, o eu primário é privado de um desdobramento livre e amplamente de acordo com a sua potencialidade, desenvolvendo uma identidade-alternativa para ser corporeificada e, então, se desdobrar no mundo e no tempo. Essa identidade-alternativa corporeificada apresenta um corpo material mínimo, uma intersubjetividade prejudicada e limitada em decorrência da intercorporeidade ser escassa e irrisória, e uma espacialidade verticalizada ao sul com desproporção para as dimensões de centralidade e distância.

A partir dessa compreensão, pode-se dizer que a experiência da anorexia nervosa apresenta uma desproporção da identidade, sendo a corporeidade uma forma acentuada de expressar a alteração da estrutura da consciência dessa personalidade sensitiva em sofrimento. No caso de Ellen, ela descreve constantemente uma tensão interna ao desejar “voltar a ter saúde, mas não quero ter que pagar o preço” (BINSWANGER, 1957, p. 20) e ao reconhecer que “é

assim que agora eu preciso primeiro olhar para o meu ideal, esse ideal de ser magra, de não ter um corpo e reconhecer: ‘ele é uma ficção’. Aí poderei dizer sim à vida” (p. 21).

Nesse sentido, a anorexia nervosa diz respeito a um transtorno que envolve a busca pela construção de uma identidade que sustente o existir na interação com o mundo. No caso, a identidade-alternativa é tão fortemente formada e cristalizada ao longo do tempo de doença que carece de ipseidade.

A ipseidade é uma característica da capacidade da identidade de se moldar, ou seja, do potencial do *self* histórico se multiplicar em identidades parciais (papeis sociais) em decorrência da criatividade e da flexibilidade exercida pelo mesmo (MESSAS, 2021). A relação entre identidade e ipseidade é inversamente proporcional, ou seja, quanto mais formada e diferenciada é a identidade, menor é a sua abertura para a transformação, a ipseidade; e quanto menos diferenciada e madura for a identidade, maior é a abertura criativa da ipseidade. Em casos de grandes desproporções da consciência, essa característica pode levar à instabilidade emocional patologicamente significativa (MESSAS, 2021; MESSAS & FUKUDA, 2018). A relação entre identidade e ipseidade apresenta a dialética autenticidade-inautenticidade (KRAUS, 1991), pois a flexibilidade de atualização da identidade acontece em suas parciais (papeis desempenhados), o que pode caracterizar a inautenticidade, precedendo a mudança do todo para alcançar a autenticidade do ser-no-mundo (MESSAS, 2021).

### 5.5. Temporalidade

É chegada a última condição de possibilidade, que, no entanto, já pôde ser brevemente observada nas condições apresentadas anteriormente. A temporalidade se mostrou a condição de possibilidade mais complexa para ser observada e compreendida na narrativa dos participantes, se não fosse pela compreensão prévia das demais.

*Tabela 8 - Temporalidade – passagens das entrevistas dos participantes*

<i>Temporalidade</i>	
<i>A.S.Z.</i>	
<i>A.P.K.</i>	“[...] dedicava boa parte do meu, da minha capacidade mental e emocional e tudo por conta da doença em ficar pensando sobre comidas e calculando o quanto eu tinha comido e quanto eu tinha que comer e tudo, e parei, assim, de pensar, sabe, pensar sobre a vida assim.”

C.	
G.	
M.	“[...] você está feliz de retornar pra casa e seus projetos e seus planos.”
A.	“[...] às vezes é até difícil de reconhecer, sabe, o que é meu e o que não é, porque se mistura e eu me perco, realmente me perco... ‘será que isso é a A porque a A vai se anulando, vai se...’ [...] eu sempre acho que falta eu ainda.”
	“[...] eu tinha muitos sonhos, eu tinha muitos sonhos, e eles se perderam, assim, sabe... então eu acho que... E ela, ela vai contra esses sonhos, então infelizmente ela vai... não caminham os sonhos da A com os da anorexia, então, eu sempre tenho a esperança de que eu vou conseguir juntar tudo e eu vou fazer uma saladinha de frutas e eu vou conseguir fazer tudo com a anorexia, mas eu não sei se vou conseguir, sinceramente, eu não sei...”
R.	“[...] é que eu acho que todo mundo um dia vai embora, então parece que... eu acho que às vezes eu não sinto nada, por ninguém, se algum amigo meu sai da minha vida, eu não ligo, se alguém faz alguma coisa comigo de ruim, alguém que eu amo, eu vou ficar triste, vou, mas depois vai passar, sabe? Eu não... parece que eu não consigo mais dar muito valor nas pessoas que eu tenho perto de mim porque eu sei que todas elas um dia vão embora.”

A temporalidade não é uma cronologia, mas uma experiência do ser-no-mundo no e através do tempo. É constituída por duas dimensões: a longitudinal e a transversal. A primeira refere-se ao desdobrar do indivíduo ao longo do tempo, a segunda apresenta a experiência da consciência através do tempo presente (uma realidade contínua); a protensão (para onde direcionar a existência dentro do campo de possibilidades do presente) e a retenção (caracterizada pela potencialidade de recuperar experiências sedimentadas que cria as possibilidades de experiências no presente).

Tanto a protensão quanto a retenção são de natureza móvel, ou seja, não são pré-determinadas e podem sofrer alterações conforme a consciência se desdobra numa linha do tempo. Esse desdobramento se dá em movimentos de expansão e retração da existência, podendo ocorrer uma sucessão de temporalidades transversais passíveis de sofrer alguma alteração em um determinado momento da existência e alterar a vivência da temporalidade do indivíduo, de modo a ocasionar uma experiência patológica (MESSAS, 2021).

A experiência da anorexia nervosa difere da desproporção obsessiva pois a última estrutura-se em uma identidade formada, apesar de frágil e, assim, o indivíduo vive a dialética entre afastamento e aproximação do polo do outro e do mundo a partir do eu formado (FUKUDA & TOKESHI, 2022). Contudo, essa desproporção da espacialidade pode comprometer o desenvolvimento da temporalidade, de modo a ocasionar uma desconstituição do eu ao longo tempo (MESSAS, 2021). Em outros termos, o estreitamento da espacialidade compromete o desdobramento na temporalidade em presentificação o que pode, nos casos mais

graves, interromper a formação do eu histórico. Nesse caso, a presentificação traz ao indivíduo as sensações de vazio, incompletude, despersonalização e ameaça constantes, ocasionando uma hipervalorização do polo do outro, na horizontalidade da espacialidade, por medo.

No caso da desproporção borderline, a temporalidade expressa mais claramente sua presentificação, desarticulada da retenção e da protensão, comprometendo o desdobramento do eu histórico e da construção da identidade (CASELLA & CASTELLANA, 2022) uma vez que, na desproporção da espacialidade, há uma hipervalorização da horizontalidade atrelada a uma hipervalorização do outro como polo referencial. No entanto, a presentificação da temporalidade na desproporção borderline possui alguns elementos característicos do já conhecido no TPB: impulsividade, não sucessão temporal contínua que prejudica o aprendizado através das experiências, intensidade e transitoriedade e falta de profundidade, abrindo espaço para sentimentos de vazio e tédio (FUCHS, 2007 *apud* CASELLA & CASTELLANA, 2022). Essa característica da desproporção temporal borderline demonstra o movimento atitudinal do indivíduo em buscar diminuir a sensação de vazio interno e o desespero existencial (CASELLA & CASTELLANA, 2022). A temporalidade é vulnerável e instável (MESSAS, 2021) tal qual a forma como o indivíduo se expressa no mundo, sendo notoriamente distinta da expressão da experiência da anorexia nervosa.

Ao se tratar da expressão de temporalidade, é difícil encontrar uma passagem explícita dessa experiência na narrativa dos participantes. O que se extraiu das entrevistas foram exemplos de situações vivenciadas em que os participantes discorrem a respeito de como eles se percebem, enquanto indivíduos, ao longo do tempo vivido.

Pode-se observar ao longo das análises das condições de possibilidade anteriores que a temporalidade está intimamente ligada à espacialidade, à identidade e ao eu histórico. A experiência da anorexia nervosa vem mostrando que o desenvolvimento do eu primário em eu histórico e uma identidade funcional e saudável são impedidos pela personalidade sensitiva, de modo a apresentar desproporções nas demais condições de possibilidade.

Como descrito, na personalidade sensitiva ocorrem desproporções devido à percepção de ameaça do outro e do mundo sobre o polo do eu. No caso da anorexia nervosa, a intenção de proteger o eu primário ameaçado sucede a intenção de se distanciar desse outro e do mundo externo através de uma hipervalorização do polo do eu, portanto, com uma restrição da

espacialidade na verticalidade e na distância do outro. Essa espacialidade limita o desenvolvimento do eu ao passo que provoca o estreitamento do mundo compartilhado e da relação intersubjetiva. Assim, o eu primário ameaçado é colocado de forma a ser protegido. Contudo, para que continue existindo diante da existência do outro e do mundo exterior, o indivíduo desenvolve uma condição mínima para interação em vista de proteger-se ao máximo. Nesse sentido, desenvolve uma identidade passível de ser corporeificada para existir no mundo.

Essa identidade pouco se desdobra na relação intersubjetiva, ampliando minimamente a espacialidade e, portanto, influenciando a temporalidade. Uma espacialidade restrita com impedimento do desdobramento do ser sobre o tempo também pressupõe uma constrição da temporalidade. Nesse ponto se situa a prevalência do presente com diminuição da retenção e quase anulação da protensão, pois, se não há um ser a se desdobrar no tempo, não há temporalidade sobre a qual se desenvolver.

Nesse sentido, a identidade alternativa, que se trata de uma identidade mínima para uma interação irrisória com o mundo compartilhado e com o polo do outro, referencia um eu histórico empobrecido com uma descrição de temporalidade presentificada, ou seja, aprisionada ao momento presente. Isso justifica a presença de pensamentos circulares e checagem corporal similares à desproporção obsessiva. A presentificação da temporalidade é prejudicial para o desenvolvimento e funcionamento psíquico, emocional e relacional do indivíduo pois prevê a ausência de movimento com as demais dimensões (retenção e protensão). A retenção é a única dimensão que pode aliviar a dor do presente sem a presença resseguradora do outro e, assim, a protensão apresenta-se como um ponto de referência para uma existência desprovida de um polo de centralização.

## **5.6. Ser-sofrete**

Para além do intuito deste trabalho de investigar a estrutura da consciência na experiência da anorexia nervosa, pretende-se conhecer e compreender as vivências dos pacientes-participantes. Desse modo, mais do que realizar uma análise compreensiva teórica-clínica, este subitem intenciona mostrar algumas passagens de angústias, receios e considerações particulares expressas pelos participantes.

Tabela 9 - Sentidos do sofrimento – passagens das entrevistas dos participantes

<b>Sentidos do sofrimento</b>	
A.S.Z.	“[...] eu acho que clínicas psiquiátricas que não sejam especializadas em tratamento de anorexia só pioram tudo, eu piorei muito lá dentro.”
	“[...] ao mesmo tempo que eu queria perder peso, eu não queria perder a comida. Então começou a ter uma relação de amor e ódio com a comida.”
	“[...] é ter essa consciência de paz, assim, de poder falar: ‘não, eu me aceito agora, eu gosto do meu corpo agora, eu posso sair na rua agora. Com esse corpo, eu posso comer.’”
	“[...] eu me sinto assim, muito bem por estar ganhando peso, eu quero isso mesmo, eu quero melhorar, eu quero mudar, mas tem aquele percentual de uns 20% ainda que fala: ‘opa, eu não gosto do meu corpo assim, eu não quero isso pra mim e eles não estão respeitando o que eu quero, eles não estão pensando em como eu quero ganhar esse peso.’”
	“[...] o meu pensamento sobre a doença é que não vale a pena, que você perde o controle, você perde a..., literalmente, a vida, você perde totalmente a vida social, você perde a vida afetiva, você perde a confiança, você fica escravo dela, você vai ter muitas dificuldades com a sua família, com as suas relações sociais, você vai ter dificuldade consigo mesmo, que você nunca vai achar o corpo perfeito que você espera, nunca... porque não é o corpo que tem que mudar, é a cabeça que tem que mudar, não adianta o quanto o meu corpo emagreça ou o quanto o meu corpo mude, eu ainda não vou estar satisfeito, eu sei disso, não vai ter uma perfeição. E que não existe essa felicidade perfeita que a gente procura.”
	“Por isso que a pessoa que quer se tratar disso tem que se permitir, primeiro, a passar por essa fase de sofrimento que o corpo muda e a cabeça não, mas, com o tempo, a cabeça começa a mudar também... os pensamentos.”
	“É estranho como você gosta de coisas que te fazem mal, que vão te matar, você sente prazer com aquilo... eu acho que, às vezes, é uma forma de um suicídio lento, assim, você vai se matando e gostando daquilo.”
A.P.K.	“[...] pra mim era muito importante que... as refeições ocorressem do jeito que eu queria... da maneira que eu queria, nos horários que eu queria, então, e assim, eu sentia que se isso não acontecesse eu ficava muito mal. Então, era mais ou menos esse o objetivo, o objetivo era ter esse controle assim, grande, sobre a comida para tentar controlar as minhas emoções, eu acho um pouco.”
C.	“Era prazeroso, mas ao mesmo tempo não valia a pena, isso para mim era uma confusão, porque eu não sabia o que escolher.”
	“[...] eu tive que abrir mão de uma conquista, coisa que foi muito difícil conseguir.”
	“[...] sentia vergonha de falar que eu tinha anorexia. Primeiro porque eu sou homem, segundo que as pessoas tudo sempre tinha comentário: ‘é só comer, pô!’”
G.	“[...] eu acho que é difícil, no sentido de... você está de frente com a doença, e você tem que fazer coisas que no caso é comer ou não compensar, de forma alguma, que batam de frente com a doença.”
	“[...] eu acho que, além da questão da doença, você tem um crescimento pessoal mesmo, sabe?”
	“[...] eu consegui perceber algumas coisas que causaram” ‘ah, essa foi a causa’, mas acabaram me levaram por esse caminho. [E: instigando isso?] G: exato. Tipo, um conjunto, não tem um só.”
	“Todo mundo meio que tem um motivo e eu estou aqui, eu cheguei a este ponto por frescura”
M.	“[...] eu desenvolvi uma alergia emocional e meu intestino ficou sem funcionar e eu ficava também meio receosa de comer porque eu não sabia por quê eu estava tendo aquela alergia, eu não sabia que era uma alergia emocional.”
	“Eu fazia terapia e às vezes eu dava um estalo e eu falava assim: ‘vou mudar’. Aí amanhecia, eu já queria continuar com os mesmos hábitos, não tinha força para sair daquilo.”
	“LaRossa, um autor espanhol, ele fala assim: que experiência é tudo aquilo que nos passa, mas nos passa no sentido de nos atravessar, no sentido de nos tocar, então o que pode ser experiência pra mim, pode não ser pra você, o que pode modificar a mim e me atravessar, pode não atravessar você. [...] depende muito de como elas vão me atravessar e de como eu estou reconhecendo cada experiência que eu estou passando, como eu estou validando, como eu estou trabalhando com cada uma delas, e vendo assim: ‘olha, esse tipo de situação me deixa mais vulnerável, esse tipo de situação não me deixa tão vulnerável.’”

A.	<p>“[...] quer dizer que tu não vai ser feliz sendo A, entendeu? tu não vai ser feliz, eu não vou ser feliz sendo o corpo que é o meu, eu não vou ser feliz, então, 'não adianta ir por esse lado, vai por aqui que aqui é um jeito de tentar ser um pouco mais feliz.’”</p> <p>“[...] a questão de família, porque eu sempre sonhei em ter uma família, de ser mãe, eu queria isso quando era criança, e eu acho que às vezes eu... às vezes eu me pergunto: 'será que eu ainda quero ser? Será que ainda quero?' Às vezes eu digo: 'acho que sim', às vezes eu acho que não, mas eu acho que era um sonho muito meu, eu queria muito ter uma família, ser mãe, então... Eu acho que isso não vai, não caminha junto com a anorexia, infelizmente.”</p> <p>“[...] eu já senti que muito deprimida eu não me reconhecia, eu não queria... eu dizia, assim... eu sempre, eu rezava toda noite: 'por que eu não morri naquela UTI? Pra quê que eu tenho que passar por esse sofrimento? Sair com esse peso e viver agora? Eu não quero viver, eu queria ter morrido!’”</p> <p>“[...] às vezes eu acho que não vale a pena a lutar contra essa dor, sabe: 'eu vou lutar pra não conseguir, então eu vou ficar por aqui mesmo', então tem que ter força, sabe? [choro]. E aí como vem? Vem as coisas de casa, emocionais, tem as coisas do mundo e aí... a vontade, o caminho pra anorexia é muito mais fácil do que o caminho de enfrentar tudo isso, sabe? [choro]”</p>
R.	<p>“[...] desde os 15, que eu perdi meu pai, depois que eu perdi meu pai aí eu fiquei... eu parei de comer, aí no começo eu achava que era só ansiedade, que eu estava muito ansiosa e aí eu botava a culpa nisso para não comer.”</p> <p>E: “Tá, e se as pessoas souberem que você sofre, elas podem oferecer ajuda, você aceita ajuda?” R: “Não. [risos]” E: “Por que não?” R: “Não, não é que eu não aceito, eu gosto que as pessoas querem me ajudar, só que, por exemplo, eu prefiro quando as pessoas tentam me ajudar assim: 'ah, eu estou triste'/'nossa, eu estou me sentindo sozinha'. Nesses casos eu acho que existe ajuda, as pessoas podem falar alguma coisa que te ajuda, mas quando eu me sinto gorda, quando eu não quero comer, não adianta!”</p> <p>“[...] sofrimento do: 'eu não sinto nada', 'eu não gosto de sentir tristeza', 'eu não gosto de sentir tédio', existe um sofrimento aí. Eu acho que... me ouvir, sabe? Ouvir e não falar nada. Tipo, meus amigos, minha família, se eles querem me ajudar, eu prefiro que me escutem, porque eu gosto de falar [risos], eu falo muito, então se a pessoa está prestando a atenção no que eu falo e ela quer entender o que está acontecendo é muito melhor que a pessoa querer atropelar e falar: 'não, isso vai passar, vai ficar tudo bem'. (...) E: “Pode até ser que passe, mas eu não quero ouvir isso? Nesse momento não me ajuda ouvir isso”. R: “É, é vazio.”</p>

Por mais que a intenção não seja realizar uma análise particular de cada passagem, presou-se pelo respeito e consideração aos pacientes em sofrimento em vista de elucidar suas dores como forma de levantar perguntas na parte interventiva do tratamento. As passagens dos participantes apresentam angústias e dificuldades singulares que são de grande importância para a intervenção de tratamento para cada um deles.

Pelas descrições, observa-se na AN uma essência de caráter paradoxal, que se encontra no corpo vivido enquanto objeto e sujeito, que também é outro e sou eu (DOERR-ZEGERS & PELEGRINA-CETRÁN, 2021), o conhecido ser ao mesmo tempo: “sou um corpo” (sujeito) e “tenho um corpo” (objeto). O paradoxo reside no fato de que nenhum dos dois parece capturar adequadamente o tom das palavras de Hornbacher “eu não confio nele, ele me parece traidor” (1999 *apud* LEDER, 2021, p. 60), de modo que o corpo não parece algo que simplesmente é ou algo que se tem, mas algo como um ser, um quase-pessoa, com o qual se está preso em uma relação difícil (DOERR-ZEGERS & PELEGRINA-CETRÁN, 2021).

O modo de colocar-se no mundo é particular e caracterizado pela intelectualização, uma vez que rejeitar o corpo é acompanhado pela hipervalorização da esfera intelectual sendo a própria afetividade referida como “externa” (DOERR-ZEGERS & PELEGRINA-CETRÁN, 2021). Tal como Ellen West descreveu: “quando eu tento analisar tudo nada é alcançado que não uma teoria, algo totalmente pensamento. Eu apenas posso sentir cansaço e ansiedade.” (BINSWANGER, 1957, p. 78). O paradoxo encontra-se na busca pela sensação de controle, de poder controlar o mundo com suas razões chegando ao nível máximo de redução do mundo ao próprio corpo a ponto de querer fazê-lo desaparecer. Por experienciarem o espaço comunitário como inimigo, buscam construir um espaço privado que proteja o eu através da inexistência de um corpo, tornando-se um querer existir ao isolar-se do mundo para se proteger de ser reduzido a um objeto. Assim, torna-se desprovido de formação identitária, construindo sua vida para aniquilar qualquer oportunidade de ter um corpo e ser reduzido a ele. A AN, apesar de uma doença com especificidades históricas e culturais, torna evidente as tensões intrínsecas das condições humanas, uma vez que nossas relações corporais são constantemente alteradas, desestabilizadas e reconstruídas (LEDER, 2021).

O paradoxo da AN pode ser descrito pela frase emblemática de Descartes – penso, logo existo – dada a preferência por existir como intelecto, mas sem conexão com o outro, em vista de minimizar as ameaças de aniquilação do que sou ou busco me tornar, uma vez que o olhar do outro transforma o corpo-sujeito em corpo-objeto. Aqui, a identidade somente é formada quando há espaço para existir na relação; se essa relação for ameaçadora para o eu, a intenção auto protetiva é de desaparecer. Desse modo, os indivíduos com diagnóstico de AN querem desaparecer enquanto corpo, mas não enquanto ser; buscam uma forma de coexistir sem se sentirem objetificados na intersubjetividade e no espaço comum.

Embora seja compreendida a partir da corporeidade, a AN não se limita a ela, uma vez que é um aspecto de acesso à experiência do paciente que denota uma desproporção na intersubjetividade e na formação de identidade, de modo que a AN funcione como uma identidade alternativa constituída para possibilitar o ser no mundo. Dessa forma, a corporeidade é símbolo do transtorno de AN, mas não a única característica da essência da experiência do indivíduo em sofrimento. Abre-se a oportunidade de dialogar a respeito deste ser também um transtorno que envolve a busca pela construção de uma identidade que sustente o existir na interação com o mundo.

## 6. Conclusão

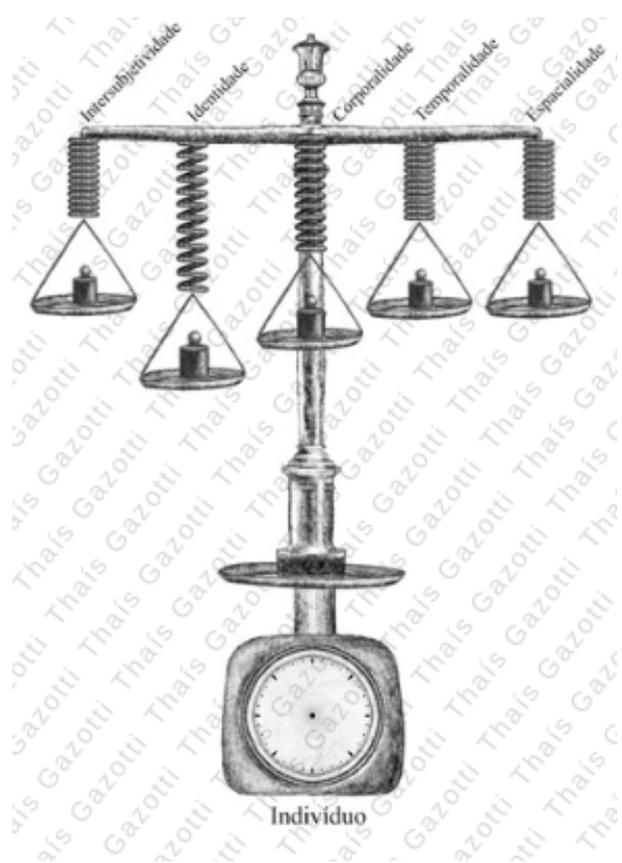
Neste desfecho da tese peço licença ao leitor para escrever em primeira pessoa, pois, ao se tratar de uma pesquisa fenomenológica, gostaria de aqui incluir as minhas conclusões e o que ainda ressoa em minha mente diante do conteúdo apresentado. A corporeidade é significativa para qualquer estrutura da consciência, mas observa-se que as demais condições de possibilidade são cruciais para a compreensão integral da experiência, contribuindo para a definição da proposta interventiva de tratamento. De antemão, pode-se constatar que abordar o transtorno de anorexia nervosa somente pela condição de possibilidade da corporeidade é reduzir a experiência de sofrimento do indivíduo e empobrecer a compreensão da estrutura da consciência dessa desproporção.

Ao rever o relato do caso de Ellen West, constatou-se que o tema da identidade foi descrito pela paciente, mas não aprofundado na análise teórica, e Tan *et al.* (2003) questionaram se a anorexia nervosa poderia ser um transtorno da identidade. Considero igualmente que a condição de possibilidade da identidade pode se apresentar como um ponto crucial para aprofundar a compreensão dessa experiência e distingui-la das demais estruturas já consolidadas na psicopatologia fenomenológica, de modo a contribuir para a formulação de uma descrição singular da estrutura de consciência da anorexia nervosa.

Compreendê-la como uma impreterível desproporção da condição de possibilidade da identidade possibilitou-me examinar a máxima de que o surgimento da doença ocorre na fase da adolescência e jovem adultez. Ao levar em consideração que uma participante afirmou ter desenvolvido a anorexia nervosa na vida adulta, tive a oportunidade de olhar com mais afinco as demais desproporções existentes na estrutura da anorexia nervosa. A participante viveu uma crise existencial ao deparar-se com a possibilidade de divórcio de um casamento recente, após um relacionamento de 16 anos, e precisou confrontar sua doutrina religiosa. Uma crise ou um conjunto de crises ao longo de um período da vida podem desconstruir a estrutura existencial consolidada até aquele momento, como é o caso da participante, o que abriu espaço para que a sua identidade, até então desenvolvida, fosse exposta e questionada. Isso caracterizou o surgimento da anorexia nervosa “tardia”, no auge dos 30 anos de idade.

Para ilustrar minha compreensão, considere a estrutura da consciência uma balança da justiça com cinco pratos, cada um representando uma condição de possibilidade que prevê forças distintas. Essa balança não pressupõe a busca de um equilíbrio entre as forças dos pratos, uma vez que não há equilíbrio único e específico a ser esperado de uma estrutura da consciência. Assim, a movimentação da força de cada prato ocorre por meio de respectivas molas, conforme demonstrada na figura abaixo:

*Figura 1 Balança das Condições de Possibilidade da Estrutura da Consciência*



A desproporção provocada em cada condição de possibilidade pode se apresentar com maior ou menor força, ocasionando na movimentação de tensão da respectiva mola. Essa alusão explicativa propicia a noção de mobilidade da força das desproporções para cada configuração de estrutura da consciência. Desse modo, a configuração que a estrutura de consciência tomar a partir das forças de suas desproporções apresentará um nível de sofrimento no indivíduo, balança analítica sobre a qual encontra-se a balança das condições de possibilidade.

Através desta ilustração posso melhor explicar o que disser a respeito da diferença das desproporções elucidadas na expressão da estrutura da consciência em sofrimento. No caso da corporeidade, esta não apresenta a mesma força na anorexia nervosa, na obsessão, no borderline e na esquizotípica e, ao olhar os demais pratos, por exemplo, a identidade, as forças são ainda mais distintas.

Ao analisar os pratos da balança representativa da estrutura de consciência da anorexia nervosa, observei que a corporeidade recebeu uma força significativa por denotar a proximidade iminente da morte de um corpo expressivamente emagrecido. Contudo, a força da identidade é mais acentuada, sendo a corporeidade a forma de expressar sintomatologicamente essa desproporção antropológica. Diferentemente, a identidade no caso da desproporção obsessiva tem menos força. Já no caso da desproporção borderline, a corporeidade e a identidade apresentam grande relevância, no entanto, sua diferença crucial está na força das dimensões da espacialidade horizontalidade e do polo do outro e do mundo, em oposição à espacialidade verticalizada e ao polo do eu, como é o caso da estrutura da consciência da anorexia. Dessa forma, considero que denominar o transtorno da anorexia nervosa como uma desproporção da corporeidade é reduzi-la, recusando a oportunidade de olhar a estrutura da consciência em sua integralidade por meio da correlação entre as demais condições de possibilidade.

Nessa perspectiva compreensiva da experiência da estrutura da consciência da anorexia nervosa, inicio a denominá-la por desproporção anoréxica, pois considerei se tratar de uma desproporção antropológica e não uma patologia da estrutura da consciência como é o caso da esquizofrenia. As estruturas da consciência da anorexia nervosa e da esquizotípica aproximam-se na hipervalorização do polo do eu e na desproporção da espacialidade verticalizada, diferindo na integridade da temporalidade e da identidade, que podem sofrer fragmentação ou ruptura na esquizotípica.

Por essa razão e devido à observação dos relatos dos participantes e da minha prática clínica, quanto mais cedo for reconhecida a expressão do transtorno, maior a possibilidade de conseguir reverter os sintomas prejudiciais e buscar uma reestruturação da desproporção das condições de possibilidade. Contudo, quanto maior o tempo vivenciado de acordo com as desproporções, maior a dificuldade de reestruturá-las, vindo a constituir uma cronificação do transtorno com prejuízos irreversíveis tais como imobilidade interna, externa e fisiológica, o que sintomatologicamente se aproximaria de uma expressão esquizotípica sem psicose.

## 7. Considerações finais

No decorrer na construção desta tese, pude responder algumas perguntas que me afligiam na clínica, a começar por: na perspectiva de estrutura de consciência, não há diferença nas experiências quanto a sexo do paciente, o que existe de diferença está na vivência contextual e esse elemento é da particularidade do indivíduo.

Ao construir a análise através de cada condição de possibilidade, relacionei os achados das entrevistas realizadas às teorias já existentes. Colocadas lado a lado, foi possível notar as diferenças entre a estrutura da consciência da desproporção anoréxica, da desproporção obsessiva, da desproporção borderline e – de relance – da esquizoidia. Por mais que, da perspectiva de uma única condição de possibilidade pudesse existir uma grande aproximação entre os diferentes transtornos, há elementos de cada condição de possibilidade que se apresentam de modo diverso em cada estrutura.

Diante disso, ressalto outro aspecto observado nos dados dos participantes: a presença de diagnósticos coexistentes. Ao olhar pela perspectiva da psicopatologia criteriológica, é comum a presença de múltiplos diagnósticos, uma vez que a expressão sintomatológica de um transtorno pode colaborar para a presença de sintomas criteriológicos de demais transtornos. Por essa razão, não é incomum encontrar pacientes com diagnósticos de AN e TOC, depressão, TAG, fobia social, além de transtornos de personalidade *cluster B* e *cluster C*. No que diz respeito a diagnósticos não relacionados aos transtornos de personalidade, é recorrente o questionamento sobre qual surgiu primeiro.

A busca por uma resposta diante desse questionamento pressupõe uma relação de causa e efeito que não corrobora com a perspectiva filosófica da psicopatologia fenomenológica. Assim sendo, pode-se dizer que a experiência de uma tensão interna gera um desconforto desmedido que leva o indivíduo ao limite da vivência em busca de conforto da experiência da consciência. Dessa forma, é possível que haja a presença de humor deprimido, crises de ansiedade, comportamentos compulsivos, pensamentos intrusivos circulares e temas repetitivos em virtude da estrutura da consciência dessa experiência estar tensionada e desconexa, sem controle, em sofrimento e sem acomodação do sentido.

Retomo e enfatizo o aspecto de que a psicopatologia fenomenológica não se opõe à psicopatologia criteriológica-sintomatológica, uma vez que apresentar termos e conceitos possibilita uma comunicação universal sobre um mesmo tema. Contudo, olhar o transtorno mental para além de sintomas e critérios diagnósticos e incluir a compreensão da subjetividade do indivíduo em sofrimento permite que perspectivas e propostas de intervenção de tratamento sejam revistas e redesenhadas.

Este trabalho teve como limitações para o estudo: pouca bibliografia publicada com acesso atual (livros, artigos e teses não mais disponíveis para compra ou leitura on-line) e em linguagem acessível, sendo as minhas possibilidades linguísticas: inglês, espanhol, português e italiano. A discussão fenomenológica possui pouca repercussão na psiquiatria e há poucos estudos a partir de relatos na perspectiva de primeira pessoa do participante.

Apresentei com este trabalho reflexões e diálogos clínicos experimentais e teóricos de acordo com o momento contemporâneo, contudo, foi preciso escolher o momento de parar a construção reflexiva e crítica dessa tese para que pudesse aprofundar no tema escolhido, mas se faz necessário seguir com estudos nos aspectos levantados neste trabalho. Estudos e compreensões no ramo da psicopatologia estão em constante desenvolvimento e descobertas, uma vez que a sociedade também traz mudanças que contribuem para o funcionamento psíquico, emocional e relacional dos indivíduos. Por essa razão, enfatizo a importância de dar continuidade aos estudos na temática de transtornos alimentares sob a perspectiva da psicopatologia fenomenológica, pois há muito a ser feito em suas análises.

## 8. Referências Bibliográficas

- ALES BELLO, A. (2006). *Introdução à Fenomenologia* (T. Ir. J. T. Garcia & M. Mahfoud (ed.); 1ª). Edusc.
- ALES BELLO, A. (2015). *Pessoa e comunidade: comentários: psicologia e ciências do espírito de Edith Stein* (M. Mahfoud & I. J. T. Garcia (eds.); 1st ed.). Editora Artesã.
- ALES BELLO, A. (2019). *Edmund Husserl, il bambino. La genesi del sentire e del conoscere l'altro* (T. A. Ales Bello (ed.)). Fattore Umano.
- AMATUZZI, M. M. (2007). Experiência: um termo chave para a Psicologia. *Memorandum*, 13, 8–15. <https://doi.org/https://doi.org/10.35699/1676-1669.2007.6699>
- AMATUZZI, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(1), 93–100. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000100010>
- AMATUZZI, M. M., & CARPES, M. (2010). Aspectos fenomenológicos do pensamento de Rogers. *Memorandum*, 19, 11–25. <https://doi.org/https://doi.org/10.35699/1676-1669.2010.6567>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5th ed.).
- BINSWANGER, L. (1957). O caso Ellen West. *Schizophrenie*, 198.
- BINSWANGER, L. (1977). *As três formas malogradas*. Zahar Editores.
- BINSWANGER, L. (2013). Conferência de 1922: sobre fenomenologia. In *Sonho e existência: ensaios e conferências 1: escritos sobre fenomenologia e psicanálise* (1st ed., p. 299). Via Vereta.
- BLANKENBURG, W. (2007). Körper und leib in der psychiatrie. In *Psychopathologie des Unscheinbaren: Ausgewählte Aufsätze* (pp. 201–234). Parodos Verlag.

- BRAY, A. (2001). The silence surrounding ‘Ellen West’: Binswanger and Foucault. *Journal of the British Society for Phenomenology*, 32(2), 125–146. <https://doi.org/10.1080/00071773.2001.11007325>
- BROGNA, P., & CAROPPO, E. (2010). The body as a simulacrum of identity: the subjective experience in the eating disorders. *Ann Ist Super Sanità*, 46(4), 427–435. [https://doi.org/10.4415/ANN\\_10\\_-4\\_11](https://doi.org/10.4415/ANN_10_-4_11)
- BRUCH, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 17(5), 730–732. <https://doi.org/10.1097/00006254-196210000-00037>
- CASELLA, C. B., & CASTELLANA, G. B. (2022). Transtornos de personalidade borderline na ótica fenomenológica. In M. Tamelini & G. Messas (Eds.), *Fundamentos de Clínica Fenomenológica* (pp. 200–212). Manole.
- CASTELLINI, G., & RICCA, V. (2019). Eating behavior and its disorders. In *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (1st ed., pp. 647–657). Oxford University Press.
- CHAMOND, J. (2011). Fenomenologia e psicopatologia do espaço vivido segundo Ludwig Binswanger: uma introdução. *Revista Da Abordagem Gestáltica*, XVII(1), 3–7. <https://doi.org/10.18065/rag.2011v17n1.1>
- CORDÁS, T. A. (1993). *Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia, obesidade*. Maltese.
- CORDÁS, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiquiatr Clin*, 24(3), 03–06. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700002>
- CORDÁS, T. A., & CLAUDINO, A. de M. (2002). Transtornos alimentares : fundamentos históricos. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(Supl III), 3–6. [www.fafich.ufmg.br/transtornosalimentares/.../...](http://www.fafich.ufmg.br/transtornosalimentares/.../)
- DOERR-ZEGERS, O., & PELEGRINA-CETRÁN, H. (2021). Phenomenology of corporeality (and spaciality) in anorexia nervosa with a reference to the problem of its temporality. In C. Tewes & G. Stanghellini (Eds.), *Time and Body Phenomenological and Psychological Approaches* (1st ed., p. 422). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108776660>

- DURSKI, L., & SAFRA, G. (2016). O eu-pele: contribuições de Didier Anzieu para a clínica da psicanálise. *Reverso*, 38(71), 107–113. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v38n71/v38n71a12.pdf>
- FINLAY, L. (2009). Debating phenomenological research methods. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 6–25. <https://doi.org/10.29173/pandpr19818>
- FORCEN, F. E. (2013). Anorexia mirabilis: the practice of fasting by Saint Catherine of Siena in the late middle ages. *American Journal of Psychiatry*, 170(4), 370–371. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12111457>
- FORCEN, F. E., & FORCEN, C. E. (2015). The practice of holy fasting in the Late Middle Ages: a psychiatric approach. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(8), 650–653. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000343>
- FORGHIERI, Y. C. (2019). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa* (11th ed.). Cengage Learning.
- FUKUDA, L. E., & TOKESHI, L. (2022). Obsessão. In M. Tamelini & G. Messas (Eds.), *Fundamentos de Clínica Fenomenológica* (pp. 119–143). Manole.
- GAZOTTI, T. DE C., FENIMAN, D. C., & GUIMARÃES-FERNANDES, F. (2023). Transtorno obsessivo-compulsivo. In G. B. Castellana, F. Guimarães-Fernandes, E. W. Aratanga, & P. C. Sallet (Eds.), *Psicopatologia Clínica e Entrevista Psiquiátrica* (pp. 758–776). Manole.
- GIORDANI, R. C. F. (2009). Sensing and making sense of the anorexic body. *Revista de Nutricao*, 22(6), 809–821. <https://doi.org/10.1590/s1415-52732009000600003>
- GOZÉ, T., & NAUDIN, J. (2017). Discussing Rümke’s “praecox feeling” from the clinician’s experience of schizophrenic contact. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 6(2), 112–123. <https://doi.org/https://doi.org/10.37067/rpfc.v6i2.981>
- GRIFFIN, J., & BERRY, E. M. (2003). A modern day holy anorexia? Religious language in advertising and anorexia nervosa in the West. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(1), 43–51. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601511>
- GUEGUEN, J., GODART, N., CHAMBRY, J., BRUN-EBERENTZ, A., FOULON, C., DIVAC, S. M., GUELFY, J. D., ROUILLON, F., FALISSARD, B., & HUAS, C. (2012). Severe anorexia nervosa in men: comparison with severe AN in women and analysis of

- mortality. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 537–545. <https://doi.org/10.1002/eat.20987>
- GULL, W. W. (1997). V.-Anorexia nervosa (apepsia nervosa, anorexia hysterica). *Obesity Research*, 5(5), 498–502. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1997.tb00677.x>
- HARRIS, J. C. (2014). Anorexia nervosa and anorexia mirabilis: Miss K. R—and St Catherine of Siena. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1212–1213. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2765>
- HILUY, J. C., NUNES, F. T., PEDROSA, M. A. A., & APPOLINARIO, J. C. (2019). Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSM-5 e CID-11. *Debates in Psychiatry*, 9(3), 6–13. <http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-3-1>
- HULINE-DICKENS, S. (2000). Anorexia nervosa: some connections with the religious attitude. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 67–76. <https://doi.org/10.1348/000711200160309>
- HUSSERL, E. (1938). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy*. (F. Kersten (ed.)). Martinus Nijhoff Publishers.
- HUSSERL, E. (1992). *Conferências de Paris (1929)*. (A. Morão & A. Fidalgo (eds.)). Edições 70.
- HUSSERL, E. (2002). *A crise da humanidade europeia e a filosofia*. (U. Zilles (ed.); 2nd ed.). EDIPUCRS.
- JASPERS, K. (1977). *General psychopathology*. (J. Hoening & W. Hamilton (eds.); 2nd ed.). The Johns Hopkins University Press.
- KIMURA, B. (1998). Fenomenologia da depressão estado-limite. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(3), 11–32. <https://doi.org/10.1590/1415-47141998003002>
- KRAUS, A. (1991). Methodological problems with the classification of personality disorders: the significance of existential types. *Journal of Personality Disorders*, 5(1), 82–92. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/pedi.1991.5.1.82>
- KRAUS, A. (2001). Phenomenological-anthropological psychiatry. In *Contemporary Psychiatry* (pp. 339–355). Springer Nature.

- KRETSCHMER, E. (1925). *Physic and character: an investigation of the nature of constitution and of theory of temperament*. (W. J. H. Sprott (ed.)). The Edinburgh Press.
- LACEY, J. H. (1982). Anorexia nervosa and a bearded female saint. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 285(6357), 1816–1817. <https://doi.org/10.1136/bmj.285.6357.1816>
- LASÈGUE, C. (1998). Da anorexia histórica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(3), 158–171. <https://doi.org/10.1590/1415-47141998003011>
- LEDER, D. (2021). Anorexia: that body I am-with. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 28(1), 59–61. <https://doi.org/10.1353/ppp.2021.0009>
- MAHFOUD, M., & MASSIMI, M. (2008). A pessoa como sujeito da experiência: contribuições da fenomenologia. *Memorandum*, 14, 52–61. <https://doi.org/https://doi.org/10.35699/1676-1669.2008.6692>
- MAHFOUD, M., & MASSIMI, M. (2013). *Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa*. (1st ed.). Artesã Editora.
- MAIESE, M. (2021). Anorexia nervosa, the visceral body, and the sense of ownership. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 28(1), 63–65. <https://doi.org/10.1353/ppp.2021.0010>
- MERLEAU-PONTY, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. (2nd ed.). Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- MESSAS, G. (2021). *The Existential Structure of Substance Misuse* (1st ed.). Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-62724-9>
- MESSAS, G., & FUKUDA, L. (2018). O diagnóstico psicopatológico fenomenológico da perspectiva dialético-essencialista. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 6(11), 160–191. <https://doi.org/10.33361/rpq.2018.v.6.n.11.189>
- MESSAS, G., FUKUDA, L., & FULFORD, K. W. M. (2022). *The dialectics of altered experience: how to validly construct a phenomenologically based diagnosis in psychiatry*. 13(April), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.867706>
- MINKOWSKI, E. (1970). *Lived Time*. Northwestern University Press.

- MIYAMOTO, W. I., GUIMARÃES-FERNANDES, F., & CASTELLANA, G. B. (2023). Transtorno de personalidade borderline. In G. B. Castellana, F. Guimarães-Fernandes, E. W. Aratanga, & P. C. Sallet (Eds.), *Psicopatologia Clínica e Entrevista Psiquiátrica* (pp. 718–735). Manole.
- MULKERRIN, Ú., BAMFORD, B., & SERPELL, L. (2016). How well does anorexia nervosa fit with personal values? An exploratory study. *Journal of Eating Disorders*, 4(20), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0109-z>
- NUNES, A. L., & DE VASCONCELOS, F. D. A. G. (2010). Eating disorders in the view of teenage girls from Florianópolis, Santa Catarina State: a phenomenological approach. *Ciencia e Saude Coletiva*, 15(2), 539–550. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000200030>
- NUNN, K. (2001). “In search of new wineskins”: the phenomenology of anorexia nervosa not covered in DSM or ICD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(4), 489–503. <https://doi.org/10.1177/1359104501006004003>
- PEARCE, J. M. S. (2004). Richard Morton: origins of anorexia nervosa. *European Neurology*, 52(4), 191–192. <https://doi.org/10.1159/000082033>
- PETRY, N., VASCONCELOS, F. DE A. G. DE, & COSTA, L. da C. F. (2017). Feelings and perceptions of women recovering from anorexia nervosa regarding their eating behavior. *Cadernos de Saude Publica*, 33(9), 11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00048716>
- PETTERSEN, G., WALLIN, K., & BJÖRK, T. (2016). How do males recover from eating disorders? An interview study. *BMJ Open*, 6(8), 8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010760>
- PIENKOS, E. (2022). Remembering ‘Ellen West’: what a tragic case reveals about contemporary phenomenological psychopathology. *Philosophical Psychology, AHEAD-OF-P*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2126304>
- RAMPLING, D. (1985). Ascetic ideals and anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2), 89–94. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(85\)90003-2](https://doi.org/10.1016/0022-3956(85)90003-2)
- ROGERS, C. R., & KINGET, G. M. (1977). *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva*. (2nd ed.). Interlivros.
- RUSSELL, G. (1977). The present status of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 7(3),

363–367. <https://doi.org/10.1017/s0033291700004323>

- RUSSELL, G. (1985). The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2–3), 101–109. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(85\)90005-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(85)90005-6)
- SASS, L. A. (2014). Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). *Schizophrenia Research*, 152(1), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.017>
- SASS, L. A. (2019). Three dangers: phenomenological reflections on the psychotherapy of psychosis. *Psychopathology*, 08854, 126–134. <https://doi.org/10.1159/000500012>
- SILVERMAN, J. A. (1985). Richard Morton, limner of anorexia nervosa: his life and times. A tercentenary essay. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2/3), 83–88.
- SONENREICH, C., & ESTEVÃO, G. (2007). *O que os psiquiatras fazem: ensaios* (1st ed.). Casa Editorial Lemos.
- STANGHELLINI, G., BROOME, M. R., FERNANDEZ, A. V., FUSAR-POLI, P., RABALLO, A., & ROSFORT, R. (2018). Introduction. In *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (1st ed., pp. 21–30). Oxford University Press.
- STANGHELLINI, G., BROOME, M. R., RABALLO, A., FERNANDEZ, A. V., FUSAR-POLI, P., & ROSFORT, R. (2018). *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford University Press.
- TAMELINI, M., & MESSAS, G. (2022). Os fundamentos de uma clínica fenomenológica. In *Fundamentos de Clínica Fenomenológica* (1st ed., p. 422). Manole.
- TAN, J. O. A., HOPE, T., & STEWART, A. (2003). Anorexia nervosa and personal identity: the accounts of patients and their parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(5), 533–548. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(03\)00085-2](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(03)00085-2)
- THURM, B. E. (2012). *Perfil da percepção corporal e o nível de insatisfação corporal em mulheres com transtornos alimentares: uma proposta de intervenção corporal*. Universidade São Judas Tadeu.
- TURATO, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507–514.

<https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000300025>

WEINBERG, C., & CORDÁS, T. A. (2006). *Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa*. Annablume.

ZAHAVI, D. (2018). Self. In *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (pp. 1–9). Oxford University Press.

ZUTT, J. (1963). Über den tragenden leib. In *Auf dem Wege zu einer Anthropologische Psychiatrie*. Springer.

## 9. Anexos

### Anexo A: Parecer da Diretoria Executiva do Instituto de Psiquiatria FMUSP



DEPARTAMENTO E INSTITUTO DE PSIQUIATRIA  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



São Paulo, 15 de maio de 2018.

Ilma. Sra.

**Denise Ramalho**

**Escritório de Apoio à Pesquisa**

**Departamento de Psiquiatria FMUSP**

Ref.: Parecer Diretoria Executiva do Instituto de Psiquiatria referente ao check list institucional do projeto de pesquisa: **Experiência de Pacientes com Anorexia Nervosa e o Cuidado Psicológico e Psiquiátrico em Internação.**

Estimada Senhora,

Informamos que o projeto denominado **Experiência de Pacientes com Anorexia Nervosa e o Cuidado Psicológico e Psiquiátrico em Internação**, da pesquisadora responsável **Thaís de Castro Gazotti**, foi apreciado e aprovado pela Diretoria Executiva – IPq nesta data, com a seguinte orientação:

- Em virtude da necessidade de consultório para atendimento individual, após o projeto ser aprovado no Comitê de Ética e se possível, com 2 (dois) meses de antecedência, solicitar reserva de sala para: Iara Maria Tanganelli, pelo email: [iara.tanganelli@hc.fm.usp.br](mailto:iara.tanganelli@hc.fm.usp.br)  
Ramal: 7923.

Atenciosamente,

**Fabiane Z. Tribess Ono**

Coordenadora Administrativa – IPq HCFMUSP  
Escritório de Projetos

## Anexo B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos FMUSP

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Pacientes com Anorexia Nervosa e o Cuidado Interdisciplinar em Internação: Estudo Fenomenológico

**Pesquisador:** Thaís Gazotti

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 98928918.9.0000.0065

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.956.672

#### Apresentação do Projeto:

adequada

#### Objetivo da Pesquisa:

Este estudo visa compreender a experiência em ter diagnóstico de AN para os pacientes de ambos os sexos e a relação estabelecida entre os pacientes e os profissionais da equipe interdisciplinar durante a internação na ECAL.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

favoráveis para benefícios

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

bem estruturado

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Gostaria de trazer uma sugestão aos pesquisadores:

no termo de consentimento temos a seguinte frase:

O objetivo é, portanto, compreender a experiência de pacientes em relação ao transtorno alimentar Anorexia Nervosa

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

**Bairro:** PACAEMBU

**CEP:** 01.246-903

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3893-4401

**E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.956.672

Se me permitem eu sugeriria que ela fique assim:

O objetivo é, portanto, compreender a sua experiência como paciente em relação a Anorexia Nervosa

É apenas sugestão e não interfere na nossa avaliação

**Recomendações:**

sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1195723.pdf	17/09/2018 11:10:02		Aceito
Outros	2018_2okformulario_cadastro_assin_CEPFMUSP.pdf	17/09/2018 11:09:34	Thais Gazotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2018_ok_6PROJETODoutorado_CEPFMUSP.pdf	10/09/2018 10:58:58	Thais Gazotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	2018_okTCLE_CEPFMUSP.pdf	10/09/2018 10:58:35	Thais Gazotti	Aceito
Orçamento	2018_okORCAMENTO_Pesquisa_CEPFMUSP.pdf	10/09/2018 10:58:25	Thais Gazotti	Aceito
Cronograma	2018_okCRONOGRAMA_CEPFMUSP.pdf	10/09/2018 10:58:02	Thais Gazotti	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assin_CEPFMUSP.pdf	08/09/2018 07:36:04	Thais Gazotti	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
**Bairro:** PACAEMBU **CEP:** 01.246-903  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.956.672

SAO PAULO, 11 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**

**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

**Bairro:** PACAEMBU

**CEP:** 01.246-903

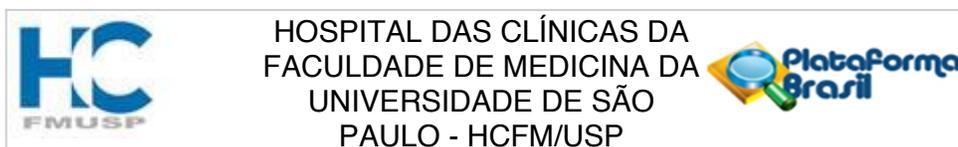
**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3893-4401

**E-mail:** cep.fm@usp.br

## Anexo C: Emenda Alteração de Título – Cappesq



### COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa: análise fenomenológica a partir de casos clínicos

**Pesquisador:** Thaís Gazotti

**Versão:** 2

**CAAE:** 98928918.9.0000.0065

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

#### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa: análise fenomenológica a partir de casos clínicos que tem como pesquisador responsável Thaís Gazotti, foi recebido para análise ética no CEP Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFM/USP em 30/03/2023 às 15:10.

**Endereço:** Rua Ovídio Pires de Campos, n. 225, 5º andar  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

## Anexo D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido FMUSP

### HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa - A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa: análise fenomenológica a partir de casos clínicos

Pesquisador principal - Thaís de Castro Gazotti

Departamento/Instituto - Psiquiatria

Convidamos o(a) Sr(a). para participar desta pesquisa intitulada “A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa: análise fenomenológica a partir de casos clínicos” que faz parte do processo para obtenção do título de doutora da pesquisadora.

Esta pesquisa tem extrema relevância acadêmica e social na medida em que o tema da Anorexia Nervosa está cada vez mais presente na sociedade. Possibilitará ampliar a compreensão desta psicopatologia nos dias atuais no contexto brasileiro e auxiliará a prática de psicólogos e demais profissionais da saúde no cuidado a esta população. O objetivo é compreender a estrutura psicopatológica do transtorno mental categorizado como anorexia nervosa através da experiência de pacientes diagnosticados que estiverem em internação.

A pesquisa caracteriza-se pelo método qualitativo, portanto, a partir da sua colaboração, será realizada uma entrevista na qual poderá contar e expressar suas vivências relacionadas a este transtorno alimentar e a internação. Eu poderei dialogar durante a sua narrativa caso sinta a necessidade de esclarecer ou aprofundar a sua descrição. O encontro será realizado em local que haja privacidade e onde você se sinta à vontade para falar sobre a sua experiência.

O narrar da sua experiência será áudio gravado e transcrito na íntegra para facilitar a análise dos dados. Ao ter consentido e assinado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, poderei utilizar o conteúdo para fins acadêmicos e científicos. Em hipótese alguma os dados serão divulgados em qualquer outro meio.

Nome resumido do projeto: A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa	<b>Confidencial</b>
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 1.0	
Nome do pesquisador: Thaís de Castro Gazotti Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina Da USP	_____
	Rubrica do Participante da Pesquisa/Representante legal <span style="margin-left: 200px;">Rubrica do Investigador Responsável</span>

Como em toda pesquisa realizada com participação de seres humanos, estão presentes riscos, mesmo que mínimos, e benefícios. Os temas abordados durante este encontro poderão reavivar lembranças ou emoções pessoais que lhe sejam desagradáveis. Caso você venha a se sentir desconfortável ou com qualquer mal-estar psicológico e emocional decorrente da participação nesta pesquisa, você poderá comunicar à pesquisadora que viabilizará apoio e/ou acompanhamento psicológico com outro profissional da equipe para atender à demanda apresentada.

A sua participação nesta pesquisa é reconhecida como essencial em vista de beneficiar o desenvolvimento de maior conteúdo científico, o qual possibilitará ampliar o conhecimento sobre como apreender este transtorno psicopatologicamente e aprimorar a prática dos profissionais vinculados ao tratamento do mesmo.

Ao ter em vista que a sua participação ocorre durante o seu período de internação na enfermaria de comportamento alimentar, seus acompanhamentos com os demais profissionais (psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros) continuarão a acontecer como previsto para o seu plano de tratamento. Esta participação não mudará em nada o planejamento do seu tratamento. Em caso de alta logo após a sua participação e venha a sentir incômodo decorrente da mesma, será realizado encaminhamento para uma instituição da rede de atenção em serviço de saúde mental.

Todos os dados fornecidos durante esta entrevista serão tratados com total confidencialidade pela pesquisadora de modo a preservar o sigilo em relação a sua identidade e de outros dados que permitam a identificação. Você também tem a liberdade de abandonar a sua participação neste projeto a qualquer momento; da mesma forma, poderá solicitar que seja retirada qualquer contribuição que você tenha prestado.

Sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária de modo a não haver custo ou remuneração alguma pela mesma. Decorrendo do fato da pesquisa ser realizada nas imediações do instituto de psiquiatria do HCFMUSP e dada a sua internação para tratamento na enfermaria de comportamento alimentar, não são previstas despesas da sua parte enquanto participante, assim como não estão previstos ressarcimentos em vista do custeio desta participação.

Você e a pesquisadora ficarão cada um em posse de uma cópia assina deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é a Me Thais de Castro Gazotti que pode ser encontrada no endereço Rua Dr Ovídio Pires de Campos, nº 875, 1º andar, São Paulo, telefone (19) 9-9663-2930, e-mail [thais.gazotti@hc.fm.usp.br](mailto:thais.gazotti@hc.fm.usp.br).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11)

Nome resumido do projeto: A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa	<b>Confidencial</b>	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 1.0		
Nome do pesquisador: Thais de Castro Gazotti Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina Da USP	_____	_____
	Rubrica do Participante da Pesquisa/Representante legal	Rubrica do Investigador Responsável

2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; de segunda a sexta-feira, das 07h às 16h ou por e-mail: [cappesq.adm@hc.fm.usp.br](mailto:cappesq.adm@hc.fm.usp.br).

Fui suficientemente informado a respeito do estudo “A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa: análise fenomenológica a partir de estudos de casos”.

Eu discuti as informações acima com a Pesquisadora Responsável Me Thaís de Castro Gazotti sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante /representante legal

\_\_\_\_\_

Nome do participante/representante legal

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do responsável pelo estudo

Nome resumido do projeto: A vivência da anorexia nervosa em primeira pessoa	<b>Confidencial</b>	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 1.0		
Nome do pesquisador: Thaís de Castro Gazotti Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina Da USP	_____	_____
	Rubrica do Participante da Pesquisa/Representante legal	Rubrica do Investigador Responsável

## Apêndice

### Sobre a fenomenologia e o método fenomenológico

O intuito deste apêndice é apresentar, em linhas gerais, a fenomenologia desenvolvida por Edmund Husserl (1859-1938), filósofo e matemático alemão, dialogando sobretudo com uma perspectiva existencial criada posteriormente por Ludwig Binswanger, Martin Heidegger, Edith Stein, Maurice Merleau-Ponty, entre outros. Além disso, deseja-se mostrar aqui a relevância de se recorrer à fenomenologia enquanto ciência rigorosa voltada para entender o ser humano. Para tanto, na sequência são apresentadas as compreensões de conceitos e relações teóricas centrais da fenomenologia, tendo em vista contribuir para um entendimento apropriado e contextualizado a respeito do método fenomenológico que tanto orientou esta pesquisa. São apresentados os seguintes conceitos e relações: diferenciação entre as ciências naturais e a ciência eidética (fenomenologia), fenômeno, consciência, intencionalidade, subjetividade e intersubjetividade, experiência e vivência, redução fenomenológica (*epochè*), redução eidética, redução transcendental e essência (intenção categorial).

#### Diferenciação entre Ciências Naturais (dos Fatos) e Ciência Eidética

Ao pensar em fenomenologia, invariavelmente se é direcionado para a filosofia devido ao modo reflexivo que essa área tem de olhar para o ser humano. Contudo, a fenomenologia não corresponde apenas à reflexão sobre o homem no mundo, mas uma maneira própria de se compreender e fazer ciência no mundo do ser humano.

Inicialmente, é necessário diferenciar a terminologia usualmente encontrada nos textos científicos no que se refere ao conceito de “fenômeno” e, para tanto, deve-se diferenciar os tipos de ciências existentes. Ao falar em ciência, logo se imagina ciências naturais, exatas ou positivistas, dado que elas partem da denominada atitude natural, ou seja, da prática experimental que coloca o objeto de estudo separado do sujeito, como ente observável e mensurável, o que distancia o sujeito (pesquisador/conhecedor) do objeto (pesquisado/a ser

conhecido) (HUSSERL, 1938). Os objetos de estudos das ciências naturais, dentre as quais estão incluídas a medicina e a psicologia, são comumente chamados de fenômenos. Daí decorre a importância de diferenciar os conceitos de fenomenismo e fenomenologia a partir da explicitação entre os tipos de ciências.

As ciências naturais são chamadas nos escritos de Husserl (1938; 2002) de “ciências dos fatos”, dado que abordam o conhecimento experimental do mundo e do fenômeno que nele existe. Isso corresponderia à ideia do fenomenismo, ou seja, o objeto de estudo é tratado de maneira distanciada do sujeito-pesquisador enquanto um ato visível, observável, por vezes, mensurável. Desse modo, as ciências dos fatos entendem a experiência como concretude que não pode ser substituída pela imaginação, referindo-se ao que existe exteriormente como fenômeno físico (HUSSERL, 1938). O fenomenismo interpreta o fenômeno como algo existente na realidade, independente da consciência do sujeito, e que, portanto, existe por si e para si na sua independência constituinte fora do sujeito.

Husserl propôs uma nova forma de se fazer ciência e de olhar para o fenômeno. Trata-se de uma crítica ao modo como as ciências dos fatos conhecem o mundo através de seus objetos de estudo. Husserl (2002) rejeitava a interpretação de que tudo o que aparece na experiência atual não é a verdadeira “coisa”.

A fenomenologia husserliana propõe um movimento composto, de início, por uma atitude ou postura filosófica denominada “redução fenomenológica” e, em sequência, organiza as ideias em um método fenomenológico. Esse método descreve, cuidadosamente, o mundo como apresentando à consciência em todos os seus aspectos. Trata-se de uma busca pelo rigor absoluto e que caracterizaria o método fenomenológico de uma fenomenologia pura (HUSSERL, 2002). Essa forma da fenomenologia se relacionar com os fenômenos por meio da atitude fenomenológica, desconhecida até então, e que se diferenciava do habitual das ciências naturais, exigia a modificação no sentido da palavra “fenômeno” no campo das ciências.

O conceito de fenômeno para a fenomenologia corresponde a “tudo o que está intencionalmente presente na consciência, sendo para esta uma significação, e o conjunto das significações chama de ‘mundo’” (HUSSERL, 2002). Portanto, tudo o que aparece e se revela diz respeito ao campo imanente da consciência, ou seja, o fenômeno é inseparável da constituição da consciência. Descreve-se o fenômeno como “tudo aquilo que se pode ter

consciência da maneira como se apresenta para a mesma, da maneira que for” (HUSSERL, 2002).

A prática da descrição da consciência parte daquilo que foi proposto por Wilhelm Dilthey (2008) sobre a Psicologia Descritiva. Nela a vida psíquica deveria ser compreendida enquanto uma totalidade a ser conhecida pela consciência imediata e intuitiva, sendo o método descritivo-compreensivo o meio de acessá-la. Husserl se utilizava, portanto, da descrição compreensiva como forma de apreensão da experiência interna do ser humano em vista de estudar as significações das vivências da consciência – isto é, os fenômenos (HUSSERL, 1938; HUSSERL, 2002). Diferenciando-se das ciências dos fatos que buscam estudar puramente o ser ou a sua representação enquanto fenômenos externos, o autor explicita que a fenomenologia busca conhecer o ser tal como se apresenta fenomenicamente à consciência, uma vez que ele entende como inseparáveis os sentidos do ser e do fenômeno.

Esse caminho reflexivo permitiu a Husserl desenvolver a fenomenologia enquanto ciência das ideias. Também denominada ciência eidética (do grego “eidos”, que significa forma, perfil, aspecto), a fenomenologia explora o sentido em busca da essência da experiência que é dada na consciência do sujeito na ocasião em que o fenômeno se apresenta (HUSSERL, 1938; BINSWANGER, 2013). Através dessa forma de olhar e compreender o ser humano e o mundo por meio da descrição compreensiva das vivências (fenômenos) da consciência, Husserl (1938) expõe a necessária interdependência do desenvolvimento das ciências dos fatos através das ciências eidéticas.

### **Conceitos de Consciência e Intencionalidade para a Fenomenologia**

Conforme pontuado anteriormente, a fenomenologia é uma prática descritiva dos processos pelos quais é possível realizar as primeiras formas de apreensão de conhecimento dos fenômenos (SZILASI, 1973). Descrever a prática fenomenológica como “descrição dos fenômenos como estes se apresentam à consciência para conhecer a experiência do ser humano” é algo que exige esclarecimento naquilo que tal ciência entende pelos conceitos de consciência e experiência.

No subtópico anterior, explicou-se que, para as ciências naturais (dos fatos), o fenômeno existe no mundo exterior ao ser humano, de modo que a consciência é constituída na medida em que ela é afetada pelos objetos que existem fora dela e que por isso se trabalha nessas ciências com a descrição daquilo que seria captado factualmente pela consciência. Aplica-se o conceito comum de consciência, entendido como um conjunto de todas as vivências ou, na área da psicologia e psiquiatria, como a percepção interna das vivências psíquicas (HUSSERL, 2002). De acordo com Szilasi (1973), entender a consciência pela captação factual de percepções sensíveis isoladas que corresponderiam a impressões também sensíveis é algo que leva a prática das ciências naturais para a formulação de abstrações analíticas que interpretam o conteúdo observável, ao notar as funções categoriais da percepção desprendendo-as de toda a experiência.

Essa maneira das ciências naturais de abordarem a consciência e o seu conteúdo difere da ontologia da consciência, que busca conhecer a consciência em sua natureza plena e integral. A investigação fenomenológica parte da descrição dos fenômenos presentes na consciência (ações subjetivas do conhecimento), então chamados de atos da consciência (SZILASI, 1973). Define-se, portanto, que a consciência é algo pessoal, particular e subjetivo de cada ser humano, e aquilo que é compreendido pelo ato de conhecimento corresponde ao fenômeno que se apresenta à consciência, ou seja, aquilo que se mostra para ser conhecido. Isso reforça aquela frase bastante conhecida e que sintetiza a abordagem da fenomenologia: todo fenômeno é para uma consciência, sendo a consciência uma consciência de algo.

Ao passo que a fenomenologia conhece a subjetividade por meio da consciência, surge a necessidade de “voltar às coisas mesmas”, ou seja, de retornar ao modo como o fenômeno se faz presente para a consciência, tendo em vista encontrar a realidade originária. A reflexão dos fenômenos da consciência é o ponto de partida para examinar os diferentes sentidos e significados do ser e do existente à luz da consciência, dada a apresentação do sentido subjetivo ao fenômeno (HUSSERL, 2002).

Compreender a consciência como atos de conhecimento implica partir do modo inicial de contato com o mundo: a percepção. A percepção corresponde, na fenomenologia husserliana, à percepção da consciência, isso quer dizer que uma percepção não existe isoladamente no ser humano, mas faz parte de uma experiência subjetiva, e corresponde à totalidade objetal da coisa

percebida a constituir uma unidade como intenção categorial (de conteúdo, significado) (SZILASI, 1973).

Revela-se uma intencionalidade na consciência que existe apenas enquanto consciência de algo. A intencionalidade fenomenológica diz respeito à “consciência constituída pela percepção do sentido (significado) que permite perceber os fenômenos humanos em seu teor vivido” (HUSSERL, 2002). Desse modo, o conceito de consciência define-se por compreender a vivência de modo intencional e formada por uma corrente de experiências constituídas nas percepções imanentes (recordação, imaginação, ambição, entre outros) na condição de atos da consciência com objetivo de visar algo (HUSSERL, 2002). A vivência da consciência é, portanto, tudo aquilo para que a consciência está direcionada enquanto abertura a conhecer.

A consciência é intencional por ser aquilo que dá sentido às coisas, ou seja, que faz aparecer o mundo como fenômeno ao dar a ele significação subjetiva. A descrição fenomenológica dos atos intencionais da consciência em relação aos objetos por ela visados caracteriza uma análise noético-noemática, conforme descreve Husserl (2002):

[...] ‘Nosso olhar, suponhamos, volta-se com um sentimento de prazer para uma macieira em flor num jardim...’ [...]. Recorrendo à análise intencional, não partimos da macieira em si, porque dela nada sabemos, nem da macieira representada, porque também dela nada sabemos. É preciso partir das ‘coisas mesmas’, isto é, da macieira-enquanto-percebida, ou seja, do ato de percepção da macieira no jardim, pois essa é a vivência originária.

Analisando o exposto pelo autor, ele distingue, na consciência, o ato que conhece (noese), que configura os dados e os oferece sentido, e a coisa conhecida (noema): o noema é um objeto intencional que está presente na consciência sem ser parte dela, o qual caracteriza-se pelo interesse da fenomenologia. Então, pode-se dizer que a intencionalidade (ato intencional) corresponde ao ato elementar da apreensão do fenômeno pela consciência (conhecimento). A descrição fenomenológica é, portanto, tanto o modo de apreensão do conhecimento quanto o apreendido adequadamente pelo conhecimento, reconhecendo a função da consciência (SZILASI, 1973).

A partir da compreensão dos conceitos de consciência e fenômeno, é dado o entendimento de que o mundo externo existe para o ser humano como um produto intencional. Assim, o mundo nada mais é do que um fenômeno que se apresenta para a consciência, de modo

que o objetivo da fenomenologia é salvar o sentido deste mundo (HUSSERL, 2002). Essa descrição requer compreender o valor subjetivo presente na perspectiva compreensiva da fenomenologia quando diante do fenômeno em estudo.

### **Compreensão dos conceitos de Subjetividade, Experiência e Vivência para a Fenomenologia**

Tendo em vista que a proposta da fenomenologia de Husserl é conhecer o fenômeno e suas essências por meio das vivências da consciência, nota-se a importância da subjetividade para fundamentar a compreensão fenomenológica. Para tanto, um dos modos de conhecer a realidade é a percepção e experiência mediata, ou seja, reconhecer a existência do corpo animado do outro, o que é chamado de intersubjetividade. A intersubjetividade é a relação estabelecida entre um sujeito e outro que corresponde à possibilidade do sujeito de distinguir a sua vida imanente da vida imanente dos outros (HUSSERL, 2002).

É a partir dessa distinção em relação ao outro que se constitui a subjetividade, a qual corresponde à forma de um indivíduo organizar suas capacidades nas relações com os objetos (SZILASI, 1973). O sujeito deve ser compreendido como um ser ativo que atribui significados às suas experiências, que por sua vez abarcam sua historicidade e o contexto em que vive. Em suma, falar sobre subjetividade remete à totalidade do ser (MAHFOUD & MASSIMI, 2008).

Fazer alusão à subjetividade torna necessário referir-se aos conceitos de experiência e vivência que, na fenomenologia, diferem do significado apresentado pelo senso comum de definição da experiência como um acúmulo de conhecimentos passados, entendidos enquanto vivências. Na perspectiva da psicologia humanista, o conceito de experiência é entendido como tudo o que se passa no organismo e que esteja potencialmente disponível à consciência de forma imediata (ROGERS & KINGET, 1977). O entendimento se aproxima da compreensão filosófica que descreve a experiência enquanto um movimento que constitui uma subjetividade e que envolve a relação do sujeito com o mundo exterior e consigo mesmo (ALES BELLO, 2015). Pode-se dizer que o ato de experienciar corresponde a intuir algo individual (HUSSERL, 1938).

Nota-se que as experiências constituem o sujeito em sua singularidade e são resultantes das significações dadas pela consciência às vivências do fenômeno intencionado por ela, na

forma como ele se apresenta. O que é mundano, todo o ser espaço-temporal, está para o sujeito em função do experimentar, perceber, recordar, pensar, julgar, valorar e desejar (HUSSERL, 1992). Pode-se dizer, portanto, que a vivência vai além de uma representação ou sensação (ALES BELLO, 2015), é a consciência intencional que conhece o fenômeno por meio da percepção, recordação, vontade e imaginação (MAHFOUD & MASSIMI, 2013).

As vivências intencionais da consciência constroem uma síntese multiestratificada, caracterizada por novos tipos objetivos e objetos individuais que constituem uma estrutura regular para a subjetividade (HUSSERL, 2002). Por isso, é preciso retornar ao significado da experiência do sujeito através de uma descrição complexa e rica sobre o fenômeno no modo como é vivido (FINLAY, 2009). Dadas tais descrições, é notória a necessidade de um olhar fenomenológico para a subjetividade, pois é através dela que se pode evidenciar a essência do fenômeno das vivências (STEIN, 1917-22/2003 *apud* MAHFOUD & MASSIMI, 2013).

De acordo com Ales Bello (2006), as vivências são feitas da conexão entre corpo vivo, psique e espírito, que correspondem às formas de relação da consciência intencional: corpórea, através da qual o sujeito percebe por meio físico (tátil, visual, auditivo e palatável); psíquica, a qual expressa-se em decorrência da vivência corpórea sem previsibilidade, pois simbolizam as percepções de maneira dialógica à personalidade do sujeito, caracterizando seus estados psíquicos; e a significação das vivências da consciência que concerne sobre a ação avaliativa em relação às demais vivências do sujeito. Dada a apresentação do conceito de vivência no campo da fenomenologia, pode-se concluir que a experiência diz respeito à simbolização da vivência enquanto uma reflexão diante do vivido (AMATUZZI, 2007).

A consciência do sujeito o possibilita conhecer o mundo, ocasionando a experiência viva ou vivência (vivido); sendo as vivências entendidas como aquilo que é imediatamente dado à consciência intencional na relação com o mundo exterior e com o sujeito consigo mesmo. Quando são conhecidas de maneira consciente, após a significação intuída pela consciência, compõe o que é conhecido fenomenologicamente como experiência (ALES BELLO, 2015). Ales Bello (2019) comenta e descreve metaforicamente as vivências e a experiência da seguinte forma: *“siamo di fronte ai ‘grappoli’ di vivenze che viviamo contemporaneamente, ma ogni chicco, cioè ogni vivenza, mantiene la sua propria qualità e non può essere confusa con le altre”*. Em tradução livre, a autora descreve que o sujeito é tomado por vivências, que podem ser entendidas como os bagos de um cacho de uva, sendo a experiência o cacho em si.

## O Conceito de Essência, ou Intuição Categorical, para a Fenomenologia

Neste ponto do texto, explora-se as essências constituintes do fenômeno que se apresenta para a consciência e que é por ela intencionado. A investigação fenomenológica referencia-se não tanto ao ser do mundo quanto ao seu sentido, por isso, dirige-se à subjetividade que constitui o mundo como existente (HUSSERL, 2002). O autor discorre que, sendo a experiência entendida como um ato da consciência (experiência da subjetividade), o intuito da investigação encontra-se na busca pela experiência vinculada ao mundo-da-vida (*Lebenswelt*), descrito “como mundo experimentado pelo homem em uma realidade rica, polivalente e complexa constituída pelo próprio homem, história, cultura e valores” (HUSSERL, 2002, p. 33) e que corresponde à fonte de sentido dos conceitos científicos.

Existe, portanto, uma correlação essencial entre a consciência intencional e o objeto para a consciência que ocorre através da intuição originada na vivência dessa consciência (FORGHIERI, 2019). A partir da experiência dessa consciência vivenciada, ou seja, da reflexão consciente do indivíduo diante do vivido por ele, pode-se intuir e oferecer significação ao fenômeno como vivenciado.

O olhar para a essência corresponde a uma intuição empírica que está expressa na consciência intencional do sujeito; essa consciência intuitiva permite que o fenômeno se mostre em sua originalidade (HUSSERL, 1938). A intuição categorial, também chamada de intuição eidética ou essência, corresponde, então, às descrições de sentido do fenômeno da forma como se apresenta a uma consciência.

Desse modo, por essência compreende-se as maneiras de aparição dos fenômenos à consciência que possibilitam identificá-los e classificá-los (HUSSERL, 2002). O eidos (forma/essência do fenômeno) é caracterizado por verdades eidéticas que pertencem a diferentes níveis da universalidade, de forma que a essência de um fenômeno captada por uma singularidade também a pode por outra singularidade; portanto, um fenômeno pode ser tomado por uma consciência de diferentes formas, mas o fenômeno mantém sua essência, a qual pode ser apreendida puramente. A intuição de essência é possível ao voltar-se para a narrativa da experiência singular de um sujeito, podendo ser exemplificada, em fenomenologia, pela

percepção, memória, ideia e imaginação. Sendo assim, ao reconhecer a essência dada de um fenômeno, presentifica-se a sua originalidade (HUSSERL, 1938).

### **Descrição do método fenomenológico**

Para que seja possível descobrir e apreender a essência dos fenômenos, é preciso realizar a análise descritiva do mundo tal como se apresenta à consciência. Para tanto, são necessárias formas de redução propostas pelo método fenomenológico de Husserl. Inicialmente, é requerida a redução ou atitude fenomenológica (*epochè*), caracterizada por compreender o objeto constituído na consciência, dada a intencionalidade de sentido intuído sobre o fenômeno que lhe apresenta. Essa seria uma atitude contrária à atitude natural, a qual entende o objeto como exterior, como existente por si e para si (HUSSERL, 1938). Desse modo, é necessário realizar uma redução à consciência para a apresentação das percepções enquanto vivências da consciência a partir da suspensão da existência do mundo em si por meio da abstenção de juízos de valores, teorias e preconceitos concebidos antes do encontro com o fenômeno (HUSSERL, 1938; FORGHIERI, 2019).

Essa atitude apreende puramente como aquele eu ou aquela vida da consciência na qual e para a qual todo o mundo objetivo é para o sujeito-narrador. Por isso, não se trata de explicar ou justificar, mas de captar e compreender a subjetividade transcendental, ou seja, o sentido do fenômeno. A suspensão do conhecimento prévio não nega a sua existência, mas o coloca de lado para que seja possível retornar às experiências vividas pelas consciências subjetivas.

Há, também, a redução eidética, caracterizada por sucessivas reduções em busca da essência que corresponde ao invariante identificado através das diferenças encontradas nas vivências, ou seja, sem ela o fenômeno seria impensado (HUSSERL, 2002). Já a redução denominada transcendental, que retorna à constituição do sujeito através da compreensão eidética dos atos de consciência, perceptivo e reflexivo (HUSSERL, 1938), consiste em voltar à subjetividade para compreender como a sua estrutura apreende o sentido da experiência. Todas as reduções apresentadas ocorrem de forma interdependente.

Nesse sentido, falar sobre a essência de um fenômeno diz respeito à possibilidade que a descrição e compreensão fenomenológica oferecem para universalizar algo conhecido pelas

vivências singulares/subjetivas. A ideia se relaciona ao conceito de intersubjetividade, o qual considera que os seres humanos compartilham um mundo e existem uns para os outros com capacidade de compreenderem mutuamente as vivências alheias (FORGHIERI, 2019). Nota-se que, com o desenvolvimento da fenomenologia e do método fenomenológico, intencionou-se correlacionar a existência real do mundo ao compreender e fundamentar a existência do homem (HUSSERL, 2002).