

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
MESTRADO EM SOCIOLOGIA

**MAYARA MAGALHÃES MARTINS**

**O IDEAL CORPORAL DA MAGRA SAUDÁVEL:  
NORMA MÉDICA E RESISTÊNCIAS DO FEMININO NA ANOREXIA NERVOSA**

FORTALEZA

2010

MAYARA MAGALHÃES MARTINS

O IDEAL CORPORAL DA MAGRA SAUDÁVEL:  
NORMA MÉDICA E RESISTÊNCIAS DO FEMININO NA ANOREXIA NERVOSA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia. Orientador: Prof. Dr. Antonio Cristian Saraiva Paiva.

FORTALEZA

2010

"Lecturis salubrem"

Ficha Catalográfica elaborada por  
Telma Regina Abreu Camboim – Bibliotecária – CRB-3/593  
tregina@ufc.br  
Biblioteca de Ciências Humanas – UFC

M344i

Martins, Mayara Magalhães.

O ideal corporal da magra saudável [manuscrito] : norma médica e resistências do feminino na anorexia nervosa / por Mayara Magalhães Martins . – 2010.

141 f. ; 31 cm.

Cópia de computador (printout(s)).

Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Fortaleza(CE), 13/08/2010.

Orientação: Prof. Dr. Antonio Cristian Saraiva Paiva.

Inclui bibliografia.

1-ANOREXIA NERVOSA – ASPECTOS SOCIAIS – FORTALEZA(CE).2-IMAGEM CORPORAL EM MULHERES – FORTALEZA(CE).3-MULHERES – IDENTIDADE. 4-CORPO HUMANO – ASPECTOS SIMBÓLICOS.5-MÉDICO E PACIENTE. 6-HÁBITOS DE SAÚDE.7-ATITUDES EM RELAÇÃO À SAÚDE.I-Paiva, Antonio Cristian Saraiva, orientador.II-Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. III-Título.

CDD(22ª ed.) 362.25082098131

01/11

MAYARA MAGALHÃES MARTINS

O IDEAL CORPORAL DA MAGRA SAUDÁVEL:  
NORMA MÉDICA E RESISTÊNCIAS DO FEMININO NA ANOREXIA NERVOSA

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Ceará e aprovada, em sua forma final.

Aprovada em 13 / 08 / 2010.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Antonio Cristian Saraiva Paiva (Orientador)

Universidade Federal do Ceará

---

Prof. Dr. Alexandre Fleming Câmara Vale

Universidade Federal do Ceará

---

Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro

Universidade de Fortaleza

Aos meus pais.  
À Bárbara, Beatriz e Bruna.

## AGRADECIMENTOS

A realização de um trabalho como este é fruto de um esforço individual que só foi possível pela colaboração de muitas pessoas. Direta ou indiretamente estas pessoas contribuíram para que este trabalho fosse realizado, alguns oferecendo apoio e carinho, outros dando sugestões e idéias para aprimoramento do texto final desta dissertação. A todos e todas sou grata!

Agradeço a Deus por me tornar o que sou hoje através do meu convívio com as pessoas. Cada pessoa que conheço e cada acontecimento que vivo me ensinam algo novo, e tudo o que aprendi até hoje é fruto dos encontros e desencontros que vivi na minha trajetória.

Sou grata aos meus pais, Aloísio e Fátima, pelo apoio e paciência nos momentos em que esta última me faltava. Ao meu irmão João Marcos, pela sua admiração que sempre será para mim um estímulo.

Agradeço ao meu orientador, e amigo muito querido, Crístian Paiva, pela sua escuta atenta as minhas demandas intelectuais e pessoais. Seu apoio, amizade e incentivo cotidiano ao meu crescimento intelectual foram fundamentais na conclusão deste trabalho.

À Profa. Vlândia Jamile dos Santos Jucá pela solicitude no meu primeiro contato e pela leitura minuciosa do meu texto de qualificação.

Ao Prof. Alexandre Fleming Câmara Vale pelas sugestões no momento da qualificação e por aceitar o convite de compor a banca deste trabalho.

Ao Prof. Henrique Figueiredo Carneiro, pela disposição em participar da banca de minha dissertação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFC pelos ensinamentos que certamente aparecem neste trabalho.

Ao Aimberê, à Socorro e à Vania pela disponibilidade e solicitude cotidiana.

Aos amigos de curso: Emanuelle Kelly, Jefferson, Fátima, Gerciane, Aline, Lourdes, Natália Sobral, Daniel Rogers e Kelma. Agradeço em especial minha querida amiga Rita pelos conselhos, apoio e carinho! Agradeço também ao meu amigo Ricardo por sua amizade sincera e por me ouvir pacientemente sobre as frustrações e alegrias deste trabalho e da minha vida. À Simone, que mesmo estando longe, nunca deixou de me oferecer uma palavra de carinho.

Às minhas grandes amigas Luzianne, Rafaelly e Valéria. Sem cada uma de vocês minha vida seria menos alegre e vibrante! Ao lado de vocês sei que posso rir e chorar!

Agradeço a instituição médica na qual fiz minha pesquisa pela possibilidade de fazer este trabalho.

Agradeço às meninas que corajosamente falaram. Sem suas palavras esta dissertação não seria possível! Sou grata por tudo que vi, vivi e senti ao lado de vocês!

Por fim, agradeço à Capes, pela bolsa de estudos concedida no curso de Mestrado.

## RESUMO

Esta dissertação é um estudo sociológico realizado com jovens acometidas por anorexia nervosa, pacientes de um serviço médico especializado no tratamento de transtornos alimentares. Com base no depoimento de três jovens, pretende-se apresentar as contradições vivenciadas por elas no curso do tratamento médico. Neste estudo investigo como as anoréxicas produzem um corpo considerado saudável pela ciência médica. Para tanto, conto como principal interlocutor Michel Foucault. A partir de seu conceito de resistência pretendo perceber como as pacientes anoréxicas produzem suas subjetividades ao negociarem com os saberes médicos e midiáticos de saúde, bem-estar e beleza. É ainda interesse deste trabalho compreender como produção da identidade de gênero aparece no processo de renúncia a um corpo pré-púbere para assumir um corpo sexualmente maduro. Baseada numa abordagem qualitativa e, especificamente, na prática de pesquisa de campo foi possível observar que a experiência anoréxica é essencialmente paradoxal. A produção do corpo anoréxico em corpo saudável exige recomposições entre o desejo de permanecer excessivamente magra e o desejo de ficar boa. A partir dos depoimentos das anoréxicas é possível afirmar que o transtorno é uma manifestação do desacordo entre a tentativa dessas garotas em construir um sentimento de autonomia ao controlar os impulsos alimentares e a impossibilidade de mediar a multiplicidade de discursos sobre saúde, beleza e dietas ou de eleger apenas um desses discursos como modo de vida.

**Palavras-chave:** Anorexia nervosa; corpo saudável; resistência; patologias de protesto feminino.

## ABSTRACT

This dissertation is a sociological study about young girls stricken with nervous anorexia attending a medical service that specializes in the treatment of alimentary disorders. Based on cases related by three youths, this work aims at presenting conflicting aspects that those patients had to go through during their medical treatment. It is investigated how anorexic subjects display a body that is considered healthy by medical science. To this end it was engaged as main support the work of Michel Foucault. Based on his concept of resistance, it is sought to unveil how anorexic patients produce their subjectivities in dealing with medical knowledge and information obtained from the media about health, well being and beauty. In the same fashion, this work is interested in discovering how production of gender identity appears in the process of renouncing a prepubescent body in order to adopt a sexually mature body. Based on a qualitative approach, especially from data obtained from field research, it was possible to observe that the anorexic experience is essentially a paradoxical feature. The production of an anorexic body into a healthy body requires rearrangements going from the will of keeping an excessively slender figure and the desire of obtaining cure. Based on statements from anorexic subjects it is possible to assert that the disorder is both a manifestation of disagreement presented by these girls in their attempt at building a feeling of autonomy by reining their feeding drives and the plentiful offer of discourses about health, beauty and diets in order to elect just one of these discourses as their guidance to a way of life.

**Key-words:** nervous anorexia, healthy body, resistance, female protesting pathologies.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
1. 1. <b>Anorexia nervosa: uma velha conhecida</b> .....	10
1.2. <b>Objeto de Estudo</b> .....	4
1.3. <b>Trilhas Metodológicas</b> .....	7
<b>2. ANOREXIA EM PERSPECTIVAS: DESCRIÇÕES MÉDICAS X NARRATIVAS DE VIDA</b> .....	26
2.1. <b>Primeiros relatos médicos</b> .....	26
2.2. <b>Narrativas médicas da anorexia nervosa: uma classificação diagnóstica</b> .....	20
2.3. <b>Anorexia pela Anoréxica</b> .....	30
2.4. <b>A experiência anoréxica: trajetórias de vida em narrativas</b> .....	35
2.4.1. Bárbara: “Anorexia: você se agarra a ela com unhas e dentes” .....	28
2.4.2. Beatriz: Corpo, alimento e amor na relação mãe-filha .....	51
2.4.3. Bruna: Ser moça e comer como uma menina .....	51
<b>3. FIGURAÇÕES DO CORPO DA MULHER E RESISTÊNCIAS FEMININAS</b> .....	64
3. 1. <b>A invenção do sexo da mulher</b> .....	64
3. 2. <b>O civilizar da mulher: a produção do feminino na modernidade</b> .....	60
3. 3. <b>A invenção do “belo sexo”:</b> recomposições do feminino na modernidade .....	83
3.4. <b>As mulheres, a comida e a fome</b> .....	92
<b>4. O CORPO ANOREXICO EM DISPUTA</b> .....	101
4.1. <b>Quando é possível falar em cura em anorexia nervosa?</b> .....	101
4.2. <b>Algumas considerações sobre o diagnóstico e o prognóstico na anorexia nervosa</b> .....	112
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	127
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	132

## 1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação busca compreender a experiência de jovens acometidas por anorexia nervosa assistidas por um serviço médico especializado em transtornos alimentares localizado na cidade de Fortaleza. A partir dessas experiências observei que o comportamento alimentar dessas jovens está estreitamente ligado a várias questões que concerne à construção da identidade feminina contemporânea. Neste contexto procurei entender as estratégias formadas por estas jovens para construir um corpo que se ajuste a normas médicas e midiáticas de saúde, boa forma e beleza, estas nem sempre congruentes. Para isto, algumas questões me guiaram nesta pesquisa: **quais as tensões relacionadas à construção do corpo feminino as anoréxicas enfrentam na busca de um corpo magro? como esta busca por um corpo magro se articula com o processo de identificação sexuada, associado à feminilidade? Em que medida as meninas anoréxicas se apropriam dos modelos médicos e dos pressupostos culturais sobre o corpo e a identidade femininos?**

### 1. 1. Anorexia nervosa: uma velha conhecida

“Os pensadores mais admiráveis dentro da comunidade intelectual que escolheram não separar seu trabalho de suas vidas. Encaram a ambos demasiado a sério para permitir tal dissociação, e desejam usar cada uma dessas coisas para enriquecimento da outra (...) Isso significa que deve aprender a usar a experiência de sua vida no seu trabalho continuamente. Nesse, sentido, o artesanato é o centro de si mesmo, e o estudante está pessoalmente envolvido em todo o produto intelectual de que se ocupe” (MILLS, 1975, p.212).

O interesse em estudar um determinado tema não é uma escolha aleatória. A trajetória pessoal do pesquisador sensibiliza o seu olhar para questões que lhe são caras. Meu envolvimento com a anorexia nervosa já soma quase uma década. Na adolescência, antes mesmo de ingressar no campo acadêmico, as histórias das “meninas que não queriam comer” me causavam curiosidade, espanto e ao mesmo tempo empatia. Eu compreendia aquelas meninas porque a gordura também me causava espanto e medo. Aos 17 anos uma amiga insistia na possibilidade de que eu estaria anoréxica. Ela dizia que não era normal uma pessoa magra preocupar-se tanto com o seu peso. Mas eu não aceitava o estranhamento de minha

amiga porque desde que eu passei a ter um pouco de autonomia sobre minha vida tinha sido daquela forma que eu havia aprendido a construir a minha existência, e mesmo com medo, eu me sentia feliz em cuidar do meu corpo.

Ainda que eu não percebesse problemas no meu comportamento alimentar, fiquei preocupada com a possibilidade de estar anoréxica. Eu sabia que a anorexia era grave e que poderia levar à morte. Fui buscar informações sobre a doença para saber se eu estava doente. Nas minhas investigações concluí que minha amiga estava exagerando em sua desconfiança, mas no fundo sabia que se eu perdesse o controle em relação à comida e ganhasse peso repentinamente eu poderia ser uma das “meninas que não queriam comer”.

Após esse episódio a anorexia tornou-se um grande enigma. Tantos afetos e curiosidades me motivaram a acompanhar matérias na televisão, em revistas e jornais que falavam sobre o assunto. Na Universidade, a curiosidade que a anorexia despertou em mim foi fundamental para delinear meus interesses acadêmicos. A anorexia transformou-se em tema de estudo. Conhecer a anorexia e tentar decifrá-la é uma manifestação da minha sensibilidade que se constituiu na minha trajetória biográfica e de formação<sup>1</sup>. Depois de muitas leituras e uma pesquisa de campo com pacientes de um serviço médico especializado em transtornos alimentares, materializei minha experiência de vida enquanto sujeito feminino e estudante de ciências sociais em minha monografia<sup>2</sup>.

Ao colocar num mesmo plano crítico a minha trajetória biográfica e a dos sujeitos de pesquisa investigados<sup>3</sup>, identifico que a oralidade possui um papel fundamental neste trabalho, pois é pela boca que ele se constituirá. São práticas alimentares anoréxicas, nas suas falas e no ofício da escrita que reconheço os componentes fundamentais (mas não os únicos) para a construção deste trabalho.

---

<sup>1</sup> Sobre a relação entre trajetórias (auto)biográficas e saberes de formação, ver Passeggi e Souza (2008).

<sup>2</sup> Guacira Lopes Louro no texto *Epistemologia feminista e teorização social – desafios, subversões e alianças*, partilha da sugestão de Sandra Harding ao propor que as pesquisadoras feministas usem suas memórias e experiências em seus trabalhos. “Na verdade, segundo teóricas como Sandra Harding (1987), essa seria uma das melhores marcas das investigações feministas: colocar, abertamente, o sujeito que investiga no mesmo plano crítico do tema investigado. Em suas palavras, ‘os pressupostos de classe, raça, cultura e gênero, as crenças e os comportamentos da própria pesquisadora ou pesquisador devem estar colocados dentro da moldura do quadro que ela ou ele pretende pintar’” (Louro, 2002, p.11). Ainda que os interesses desta pesquisa não estejam necessariamente em acordo com a agenda de reivindicações feministas, compartilho com as autoras de que as memórias e experiências de vida dos pesquisadores marcam suas investigações.

<sup>3</sup> Esta perspectiva é interessante e, no meu caso, surpreendente, pois durante meu trabalho de campo pude perceber como algumas questões pertinentes nesta pesquisa também aparecem como problemas objetivos no discurso dos sujeitos. Certa vez uma das minhas informantes me contava das angústias no conflito entre o desejo de ficar bem e o medo de engordar. Com uma revista feminina nas mãos ela me perguntava: “Mayara, olha só como são as coisas, eu aqui, no hospital, tentando melhorar, mas olha o que eu tenho nas mãos, uma revista que só diz que a gente tem ser magra e cuidar da aparência... Como é que eu vou ficar boa desse jeito?”

## 1.2. Objeto de Estudo

A anorexia nervosa, segundo uma definição médica preliminar, é um transtorno do comportamento alimentar que se desenvolve principalmente em meninas adolescentes e mulheres jovens. De acordo com o DSM-IV seus principais sintomas são caracterizados por uma grave restrição da ingestão alimentar, busca incessante pela magreza, distorção da imagem corporal e amenorréia.

O aumento significativo do número de pessoas acometidas por anorexia nervosa nas últimas décadas tem levado a pensar em uma verdadeira “epidemia” do transtorno e no impacto dos fatores socioculturais no seu desencadeamento e manutenção.

Sobre as prováveis influências da cultura corporal feminina contemporânea na ascendência dos transtornos alimentares a filósofa feminista norte-americana Susan Bordo (1997) analisa que os sintomas anoréxicos são “representações exageradas, extremamente literais, às vezes praticamente caricaturadas da mística feminina corrente” (p.23). A filósofa anuncia que o corpo e as práticas alimentares destas pessoas apresentam-se como uma representação extrema do ideal de esbeltez para as mulheres. Susan Bordo enfatiza que a anorexia, para além de uma desordem alimentar, pode ser analisada sob a perspectiva das teorias feministas que compreendem esta desordem alimentar como fenômeno cultural no qual o corpo feminino, objeto de opressão de um ideal estético, também pode ser usado pelas mulheres como objeto de protesto contra formas muito estritas de formulação do ser feminino contemporâneo. Entretanto, diz a autora, “As patologias de protesto feminino funcionam paradoxalmente como se estivessem em conluio com as condições culturais que as produzem, reproduzindo em vez de transformar justamente aquilo que provoca o protesto” (Bordo, 1997, p.30). A produção do corpo anoréxico é, pois, uma manifestação de acordo e protesto ao padrão estético feminino de corpo magro que ajuda a perceber que: “a anorexia começa emergindo de algo que, em nossa época, é uma prática feminina convencional” (Bordo, 1997, p.30). Portanto, segundo alguns estudos, a prática de dietas de restrição alimentar com o objetivo de manter um corpo magro faz parte do cotidiano de muitas mulheres (Bordo, 1997; Herscovici, 1997, Nunes *et al* 2001, Poulain, 2004).

Ao observarmos este aspecto da vida cotidiana da mulher contemporânea e os sintomas de anorexia, compreendemos que as pacientes anoréxicas desafiam os profissionais da saúde a perceber os transtornos alimentares enquanto produto complexo da ecologia social. Um dos efeitos desta complexidade em torno das dicotomias que envolvem a anorexia

(natureza x cultura, corpo x mente, biológico x social) consiste em identificar os limites entre a boa forma, a saúde e a doença. Estes limites, no entanto, às vezes podem ser tão tênues que podem oferecer algum grau de dificuldade para que profissionais médicos estabeleçam precocemente um diagnóstico preciso de transtorno alimentar. Um estudo publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria no ano de 2001 demonstra essa questão: os pesquisadores puderam observar que dentre a amostra de voluntárias que participaram da pesquisa existiam mulheres que possuíam um IMC (Índice de Massa Corpórea) normal, mas que apresentavam comportamento alimentar inadequado e o desejo de perder um pouco de peso (Nunes *et al*, 2001).

Outra questão relevante que envolve os transtornos alimentares, e em especial a anorexia nervosa, é o desafio dos profissionais especializados na assistência destes pacientes em fazer com que recuperem uma faixa de peso mínima, uma vez que o traço mais importante da anorexia é exatamente a recusa alimentar. Assim, identificamos uma ambigüidade em relação aos interesses da paciente anoréxica que aceita ser acompanhada em tratamento médico: o desejo de ficar bem e o medo de engordar. Moreira e Oliveira (2008) propõem que esta ambigüidade é uma questão ética que merece ser levantada para que o terapeuta possa entender as crenças das pacientes e melhor direcionar os rumos da relação profissional médico-paciente. Vale ainda destacar que este medo de engordar muitas vezes não é colocado apenas nas queixas das pacientes, mas é manifestado de outras formas: como nas recaídas em práticas de recusa alimentar (Alvarenga; Larino, 2002; Moreira; Oliveira, 2008, Nunes *et al*. 2001).

Conforme depoimentos que foram colhidos na *internet*, uma jovem anoréxica revela alguns sentimentos contraditórios em relação ao tratamento médico e descreve suas recaídas durante este processo. Num depoimento registrado em outubro de 2007 ela afirma

Essa piração toda é muito louca meninas. Isso é doença sim! Isso deve ser tratado sim! Isso aqui tudo está longe de ser apenas um desejo de emagrecer. Está muito além. Envolve um emaranhado de coisas, de neuras, de traumas. E de sabes lá deus o quê. É tudo muito louco. Mexe com a mente, subconsciente. Afeta tua vida em todos os sentidos. É uma luta sair disso, e é mesmo. Sou prova viva disso tudo. Isso não é saudável. Anorexia é doença. Bulimia é doença. Obesidade também é doença. *Equilíbrio!* Tudo na vida exige equilíbrio e um certo controle, mas sem virar obsessão. Isso é neurótico e obsessivo. Estou fazendo psicoterapias e consulta com nutricionista semanalmente. Tenho feito diários alimentares, me peso de costas nas consultas. Sim, é verdade. Eu não quero nem preciso saber quanto estou pesando. Minha saúde vale muito mais do que qualquer coisa. Psiquiatra mensalmente, remédios controlados, mas eu estou bem. Sei que isso tudo vai passar. Tenho me alimentado bem, acho que como há meses não fazia (grifo meu).

Em janeiro de 2008, ela desenha outra realidade:

Subi cedo na balança hoje, perdi 2kg. Mas não adianta porque ainda não estou feliz. Preciso perder pelo menos mais uns 10 ou 12kg para sentir-me bem. Roupas frouxas. Amigos falando: “você está muito mais magra”. Eu sinceramente não vejo isso. Continuo fazendo meu tratamento no núcleo de transtornos alimentares há 6 meses. Entre recaídas e mais recaídas. Acho que dessa vez eu largo mesmo. Não vou agüentar ficarem me pesando, falando que eu tenho que comer e não sei o que, cansei.

Gostaríamos aqui de chamar atenção para o primeiro depoimento, no qual a jovem afirma que o equilíbrio faz parte de uma exigência da vida. Quando tentamos interpretar o que pode significar este equilíbrio para alguém com anorexia, sem perdermos de vista que uma das principais ansiedades anoréxica é o desejo de manter um corpo magro e o medo de engordar, propomos a categoria “magra saudável” para analisar este ponto de equilíbrio, o qual as anoréxicas se empenham em alcançar. Para isso, tomarei como subsidio teórico o conceito de resistência de Foucault (1979). O autor compreende que resistência consiste em ajustes, acordos e conciliações que se dão necessariamente em espaços de lutas. Se pensarmos na norma corporal médica (o corpo saudável, guiado por índices de massas corporal, por exemplo), num raciocínio foucauldiano, temos de pensar também nas estratégias de enfrentamento e oposição a essa norma, através de práticas de subversão muitas vezes microscópicas, utilizadas pelos indivíduos. Ao mesmo tempo, pensar o poder normativo e a resistência como correlacionados supõe que não há como pensar num “fora” do poder: assim, sempre estamos nos confrontando com saberes-poderes, frente aos quais sempre há um lastro de exercício de contra-poderes.

No caso dessa pesquisa, se as meninas e suas famílias (estamos falando principalmente das meninas e de suas mães<sup>4</sup>) são instadas a incorporar a norma (corporal) médica, e a regularem a si mesmas a partir dela, essa incorporação nunca é passiva, nem definitiva. Há todo um espaço de subversões, de recusas, de táticas que evidenciam resistências em relação ao dispositivo médico das práticas alimentares e dos usos do corpo, que Carneiro (2004) propôs analisar como “impasse dietético”. Nesse sentido, podemos pensar que as recaídas das pacientes durante o tratamento – tão freqüentes, tão difíceis de contornar – revelam esses embates, esse impasse entre a adesão ao processo de readequação

---

<sup>4</sup> A literatura psicanalítica insistirá sobre a importância dessa relação entre mães e filhas na etiologia dos transtornos alimentares. Ver Bidaud (1998), Dolto (2004; 2008), McDougall (1991), Winnicott (1993), Éliacheff, Raimbault (1991) e Miranda (2003), dentre outros.

do peso e a persistência em suas práticas alimentares, ou seja, estas recaídas podem ser percebidas como práticas de resistência subjetivas.

### **1.3. Trilhas Metodológicas**

A pesquisa de campo que originou esta dissertação realizou-se com jovens assistidas por um serviço médico especializado no atendimento de transtornos alimentares localizado na cidade de Fortaleza. O referido serviço é gratuito e recebe pacientes de ambos os sexos e de todas as idades. Contudo, a maioria das pessoas assistidas pelo serviço constitui-se de adolescentes do sexo feminino.

Considerando o perfil das pacientes e dos dados epidemiológicos que apontam que as mulheres são as maiores vítimas dos transtornos de alimentação, cabe aqui levantar duas questões: Porque as mulheres são mais atingidas pelos transtornos alimentares do que os homens? Por que muitas delas são adolescentes? Giddens (2002) oferece uma boa resposta para estas questões:

Por que a anorexia nervosa seria principalmente característica das mulheres, sobretudo das relativamente jovens? Uma razão é sem dúvida a maior pressão pela atração física das mulheres, por contraste com os homens (embora o desequilíbrio esteja mudando), associada ao fato de que o começo da vida adulta é uma fase crítica na formação da identidade (Giddens, 2002, p.101).

Em julho de 2008, dirigi-me ao serviço médico para saber como poderia receber uma autorização para fazer minha pesquisa de campo. Nesta primeira conversa o médico chefe da equipe concordou com a minha presença no local e eu me comprometi em levar uma cópia do projeto de pesquisa e uma carta de recomendação assinada pelo orientador da pesquisa. Desde então passei a frequentar a sala de espera nos dias de atendimento das pacientes com transtornos alimentares.

O local da pesquisa trata-se de um serviço médico com atendimento ambulatorial em psiquiatria que assiste os mais variados acometimentos psíquicos e que em cada dia da semana é concentrado o atendimento em especialidades diferentes; assim, eu me dirigia ao ambulatório no dia em que encontraria os sujeitos da pesquisa. No atendimento de transtornos

alimentares o ambulatório segue o modelo de atendimento padrão. As pacientes são assistidas por uma equipe multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos e nutricionistas.

Enquanto as meninas esperavam por atendimento, eu ficava junto delas conversando e ouvindo suas histórias. Quero aqui registrar a dificuldade em manter uma aproximação com estes sujeitos. Conforme pude perceber nesta experiência de pesquisa, as meninas acometidas por transtornos alimentares que freqüentam este tipo de serviço falam de suas vidas com muito revés. Acredito que isto acontece porque muitas das pacientes vão acompanhadas por suas mães e com isso, não se sintam à vontade de falar perante elas. Suponho que a presença da mãe é algo importante no silêncio de algumas pacientes. Observando a relação entre mãe e filha e ouvindo conversas com aquelas com quem mantive um convívio mais próximo, pude perceber que o momento de espera por atendimento, além de proporcionar troca de experiências, era também um momento de revelações: as meninas, conversando entre elas, ou mesmo comigo, contavam algumas de suas táticas de restrição alimentar, e as mães, quando descobriam que a filha não havia se alimentado numa determinada ocasião em que elas imaginavam que a filha tinha comido, ficavam aborrecidas. Outra ocasião onde a fala das meninas provocava conflito com suas mães era quando afirmavam não compreender o motivo pelo qual não estavam ganhando peso, já que, segundo elas, estavam comendo uma grande quantidade de comida; as meninas, ao fazer esta afirmação, normalmente ouviam suas mães dizerem que se elas estivessem realmente comendo a quantidade correta de alimento elas teriam recuperado o peso perdido com as dietas.

Quando reclamam do tamanho da barriga era comum uma paciente com mais tempo de tratamento recomendar para mais nova que evitasse falar disso na frente de sua mãe para não deixá-la nervosa ou irritada. Como exemplo da angústia materna ao ouvir esta afirmação, a mãe de uma paciente sempre se alterava quando a filha tocava neste assunto, ela quase desesperada dizia que enquanto a filha se preocupasse com o tamanho da barriga ela jamais ficaria boa.

Outra questão que causava extremo aborrecimento para as meninas era serem interrompidas por pacientes ou acompanhantes de pacientes de outras unidades ambulatoriais que lhe davam recomendações e conselhos de como se alimentar bem e ter uma vida saudável, no momento em que elas tentavam convencer suas mães de que comiam o suficiente e que aumentar a porção ingerida de alimento era um esforço que causava nelas um grande sofrimento. Muitas vezes, percebendo a irritação da paciente, eu tentava explicar para “o conselheiro” da ocasião que tudo aquilo que ele falava não era novidade para elas, que tudo o

que ele dizia ela também ouvia dos médicos, da sua mãe, dos familiares e que, certamente, ela mesma tinha informações suficientes sobre alimentos para saber que tudo aquilo que elas ouviam deveria ser feito, mas que se para elas fosse fácil não precisaria de ajuda para se alimentar. Na maioria das vezes a pessoa desistia de persuadir a jovem anoréxica a comer, mas a mãe continuava expondo ao estranho suas aflições e sua luta diária em tentar fazer com que a filha comesse.

Havia ainda as pessoas que diziam que as meninas deveriam engordar porque “homem gosta de mulher com carne”, “homem gosta de ter onde pegar”, sobre isso quase sempre elas respondiam que sabiam da verdade desta sentença, mas que não se importavam, porque elas queriam mesmo era “perder a barriga”. Houve um dia em que conversando com duas pacientes, elas me diziam que não gostavam quando estavam mais “cheinhas” porque quando isso acontecia os assédios masculinos na rua aumentava significativamente. Uma delas me disse que “tinha vontade de ficar magra só para *não ser comida* com os olhos”. Sobre o ato de *não comer para não ser comida*<sup>5</sup>, esta outra paciente que acompanhava a conversa me revelou em outra ocasião que quando criança foi molestada uma vez por uma pessoa próxima da sua família. Esta paciente afirmou que a única coisa que se lembra do agressor era que ele cozinhava, e conversando com uma amiga terapeuta, esta lhe disse que seu transtorno alimentar começou neste episódio. No que se refere ao possível “diagnóstico”, a paciente acredita que isso pode ter sido sim o começo do seu transtorno, mas que acreditava também que outros acontecimentos em sua vida, como os conflitos familiares, foram essenciais para que ela encontrasse na comida uma forma de enfrentar seus problemas. Retornando a questão do *não comer para não ser comida*, suponho que o ato de recusa alimentar das pacientes em questão parece estar em jogo o exercício de poder de autodomínio do corpo que recusa, não só o objeto alimento, mas recusa o desejo de ser desejado pelo outro, já que, na experiência destas pacientes, o desejo do outro é manifestado com hostilidade ou violência.

Assim, creio que a constante intervenção do outro nas falas das pacientes, sobretudo do outro materno, termina por provocar o silêncio destas meninas, silêncio com o

---

<sup>5</sup> Essas reversões entre *atividade* e *passividade* atravessam as vivências das meninas anoréxicas, e referem-se, em última instância, a uma tentativa de sustentação de um lugar subjetivo, separado das demandas do Outro (figurado pela mãe, pela família, pelos valores culturais, etc.) e resistente à redução da relação com o corpo e com o alimento à ordem da necessidade (figurada pela norma alimentar dos médicos e nutricionistas). Numa linguagem mais sociológica poderíamos apontar, a partir dessas reversões, para a questão da agência e da perda de controle da agência, como propõe Giddens (quem exerce o controle sobre a ingestão de alimentos? quando as práticas de jejum voluntário escapam ao controle das/os jejuantes?). Outro sociólogo, Zygmunt Bauman, também aponta para os paradoxos envolvidos na relação com o corpo, premido entre exigências contraditórias no manejo das fronteiras e da interface entre o corpo e o mundo exterior (2010, p. 83-85).

qual muitas vezes me deparei e o qual tive que respeitar. Com aquelas que queriam ser ouvidas – muitas vezes exaustas em tentar serem compreendidas, diziam: “ninguém me entende” – tentei entender através da minha escuta a maneira como elas viviam.

Mas como eu poderia compreendê-las se, de acordo com Geertz, é impossível ao antropólogo pensar, sentir e perceber o mundo *como um nativo*? (1997, p.86).

Não foi só Geertz que me provocou com esta questão. Uma paciente, que se tornou depois uma informante privilegiada desta pesquisa, colocou-me o mesmo problema. Certa vez ela me dizia que acreditava que nunca deixaria de sentir medo de comer, que sempre iria ter receio de engordar. Na ocasião perguntei o que ela esperava de um tratamento no qual ela mesma acreditava que não faria com que o desejo que ela tinha de emagrecer cessasse. Outra paciente, que participava da conversa, respondeu à minha questão dizendo que todas elas iriam ter que aprender a conviver com esse sentimento para o resto da vida. Com essa resposta olhei para as duas e disse que essa era uma das questões sobre elas que eu queria entender: como conviver com o desejo de emagrecer sem poder recorrer às práticas de restrição alimentar?<sup>6</sup> Minha informante privilegiada respondeu a minha demanda dizendo: “você nunca vai entender porque você nunca sentiu o que nós sentimos”. Depois da sinceridade da minha informante, a única resposta que tive foi que de fato eu não poderia sentir o que elas sentiam, mas eu poderia refletir sobre o que elas falavam.

E é nesta reflexão sobre os modos de expressividade dos “nativos” que o antropólogo, de acordo com Geertz (1997), relaciona-se com a *experiência próxima* (ou seja, aquela que o nosso informante vive e expressa no seu cotidiano quando pensa, fala, sente etc.) e com a *experiência distante* (que são os conceitos utilizados pelo pesquisador para explicar a realidade social). Portanto, uma pesquisa social é fruto das vivências do pesquisador com seus informantes, dos seus estudos e do seu debruçar sobre a teoria. É mediante esses movimentos de aproximação e distanciamento, vividos pelo pesquisador, que Geertz acredita *não ser necessário ser um “nativo” para conhecer* um (1997, p.88).

---

<sup>6</sup> Seria necessário inclusive destacar que essas práticas de restrição e jejum, adotadas pelas anoréxicas, são altamente desqualificadas pelo dispositivo médico. O conhecimento social dessas meninas sobre os modos de relacionamento com seu corpo, suas dietéticas peculiares, passa a ser combatido e as meninas são estimuladas a abandonar essas tecnologias de relacionamento consigo. Daí a pertinência, para qualquer tentativa de relação com essas meninas, de levar em consideração o que esse conjunto de táticas de controle de ingestão alimentar podem revelar sobre os impasses subjetivos delas. Utilizando a conceitualidade da psicanálise, Carneiro é certo ao identificar, nas modalidades de saber médico sobre os ditos “transtornos alimentares”, um esvaziamento da dimensão subjetiva em prol de uma “clínica do objeto”, onde a relação do sujeito com o alimento é reduzida à esfera da necessidade da sobrevivência. Nessa lógica, tornam-se de fato incompreensíveis as estratégias utilizadas pelas jovens, por isso ninguém as entende. Para uma escuta dos impasses subjetivos vividos por elas seria necessário sustentar a “pergunta pela posição do sujeito frente ao objeto” (Carneiro, 2004, p. 271).

Assim, quando eu ouvia as minhas informantes e elas diziam para mim: “ninguém me entende”, na verdade o que elas queriam reivindicar era uma escuta de alguém que percebesse seus atos como elas percebiam e sentissem sentimentos como os que elas sentiam. Num depoimento escrito na *internet* por aquela jovem que passei a considerar minha informante privilegiada, ela expressa essa demanda:

Na verdade, na cabeça de qualquer pessoa não se passa o sofrimento e a solidão que nós (digo nós porque eu não sou exceção, todas as meninas que têm transtornos alimentares e procuram a internet estão sofrendo e sentem-se solitárias, e tudo o que queremos (eu e elas), é alguém que possa nos ouvir, que de fato viva o problema. Não só que tenha estudado como psiquiatras, psicólogos, nutricionistas. Mas sim que viva neste mundo, que sintam as mesmas dores e as mesmas necessidades que nós). (...) *O que quero na verdade é abrir um pouco a porta do nosso mundo, o mundo Anna-mia que somente nós, pessoas que vivem e convivem com o problema sabe como funciona.* Espero abrir um pouco a cabeça de pessoas preconceituosas e limitadas quando se trata de transtornos alimentares. E o que mais quero na verdade, é poder compartilhar um pouco do mundo Anna Mia através das minhas palavras, da minha vida, depoimentos, e tudo o que pude presenciar. Muitas pessoas se identificarão nele mesmo não tendo nenhum transtorno alimentar, porque o nosso mundo não é tão diferente quanto o que vocês pensam (grifo meu).

A demanda e a reivindicação manifestada pelo depoimento desta informante, ao afirmar que só quem pode entendê-las é alguém que já passou pelo mesmo problema, remete-me a uma questão fortemente levantada por Geertz (1997) e Marcus (1994). A questão de que o olhar do antropólogo não dá conta de descrever toda a realidade dos sujeitos pesquisados, pois quando se tenta explicar um objeto cultural, sempre essa explicação será parcial e limitada. No caso da etnografia, isto acontece porque, segundo Geertz:

A meu ver, o etnógrafo não percebe – principalmente não é capaz de perceber – aquilo que seus informantes percebem. O que ele percebe, e mesmo com bastante insegurança, é o “com que”, ou “por meio de que”, ou “através de que” (ou seja lá qual for a expressão) os outros percebem (1997, p.89).

No debate antropológico nutrido pelas influências do pós-modernismo George Marcus aponta os três efeitos mais importantes nas atuais práticas antropológicas: **a)** a idéia de uma diferença radical dos objetos culturais; **b)** a premissa de que não há possibilidade de um sentido fixo, final dentro da antropologia; e **c)** a noção de justaposição que coloca lado a lado coisas incomparáveis (p.13-4). O autor afirma que: “Estes três desafios às formas e premissas convencionais de onde a etnografia foi concebida leva ao texto ‘confuso’, que é a forma de experimentação mais complexa e interessante que está sendo produzida atualmente com o texto etnográfico” (1994, p. 14).

Desta forma, assumir previamente o caráter provisório, parcial e inventivo desta pesquisa é uma das condições básicas no diálogo com minhas informantes, pois, como lembra Marcus (1994):

Textos confusos são confusos porque insistem em se manterem abertos, incompletos e inseguros quanto ao modo de finalizar um texto ou uma análise. Tal abertura sempre marca uma preocupação com a ética do diálogo e do conhecimento parcial; um trabalho é incompleto sem as reações críticas e diferentemente posicionadas de seus (esperados) vários leitores (p. 17).

No caso do estudo com meninas anoréxicas esta parcialidade é ainda mais evidente porque a anorexia nervosa, enquanto objeto de estudo científico, é disputada por vários saberes e cada um deles oferece respostas diferentes às narrativas dos sujeitos anoréxicos. A psiquiatria privilegia os aspectos familiares e orgânicos da vida da paciente, a psicanálise enfatiza ambigüidades que estão em jogo na relação mãe e filha, a nutrição tenta esclarecer os sujeitos das deficiências de sua alimentação etc. Portanto, ao assumir aqui o caráter confuso deste texto, quero na verdade expressar meu engajamento reflexivo e não criar modelos dominantes e paradigmas relacionados à anorexia nervosa. Para isto, não pretendo ratificar os modelos descritivos dos transtornos alimentares, muito embora estas descrições apareçam no texto. Com este “texto confuso” pretendo empreender uma reflexão sobre as experiências destas meninas que ofereça um caminho para a compreensão sobre as vivências de seu contexto social e cultural. Para isso escolhi fundamentar este trabalho em trajetórias biográficas.

Assim como procedeu metodologicamente Suely Kofes (2001), que – ao contar a trajetória de Consuelo Caiado, uma mulher que ocupou a cena pública na antiga capital de Goiás e que depois passou a levar uma vida de reclusão ao ponto de ser esquecida enquanto pessoa pública – também conta e descreve a atmosfera social e cultural de sua época que impediu que ela, uma mulher, se transformasse em um “coronel de saias”. Como também procedeu Mirian Goldenberg (2008), que – ao mesmo tempo que estudou a trajetória de Leila Diniz, considerada uma “revolucionária”, um símbolo que com o seu comportamento “mudou uma geração” – discutiu as transformações dos papéis femininos que estavam ocorrendo na sociedade brasileira na década de 1960, sobretudo no que diz respeito à sexualidade, conjugalidade e maternidade. Como as duas autoras, pretendo – ao estudar a trajetória de 3 pacientes do já referido serviço médico – refletir sobre as apropriações das tecnologias de construção do corpo feminino a partir da relação com o corpo e com o alimento, na anorexia.

Na busca de acessar a conexão entre indivíduo e sua sociedade, Bourdieu, no texto *A Ilusão biográfica*, chama a atenção do pesquisador para que este não encare a vida de seus pesquisados como algo que tem sentido único e fixo. O autor enfatiza que o pesquisador deve conduzir a história de vida dos pesquisados construindo uma trajetória que, diferente das biografias comuns, descreva uma série de posições ocupadas pelo mesmo agente (ou mesmo grupo) em estados sucessivos no campo a que pertence (Bourdieu, 1996, p.81). Na pesquisa social os relatos de vida dos pesquisados são tratados como etapas de desenvolvimento necessário, dos quais o pesquisador seleciona fatos significativos e estabelece conexões entre eles para dar coerência à vida do pesquisado (Bourdieu, 1996). No entanto, é importante dizer que o sentido que o pesquisador dá à existência do biografado deve ser compartilhado entre ambos. É nas interpretações que o sujeito articula para dar sentido à sua existência que o pesquisador identifica as possibilidades analíticas para o entendimento da vida dos sujeitos e de seu contexto. Neste sentido há um ponto de interseção entre o pensamento de Geertz e Bourdieu, pois ambos entendem que o pesquisador não é dotado de uma constituição psíquica especial que o permita perceber as coisas como o sujeito pesquisado, ou mesmo melhor que este.

Conforme demonstraram os autores, as experiências de vida e os sentidos que os agentes atribuem às suas ações constituem material partilhado com o pesquisador por meio de negociações. Geertz esclarece que essas negociações não devem mobilizar o pesquisador a se imaginar outra pessoa – neste caso uma anoréxica – para depois descobrir o que esta pensa, mas sim procurar compreender os campos semânticos próprios dos agentes (1997, p.90).

Em suma, é possível relatar subjetividades alheias sem recorrer a pretensas capacidades extraordinárias para obliterar o próprio ego e para entender os sentimentos de outros seres humanos. Possuir e desenvolver capacidades normais para estas atividades é, obviamente, essencial, se temos esperança de conseguir que as pessoas tolerem nossa intrusão em suas vidas ou de que nos aceitem como seres com quem vale a pena conversar. (...) Entender a forma e a força da vida interior de nativos – para usar, uma vez mais, esta palavra perigosa – parece-se mais com compreender o sentido de um provérbio, captar uma ilusão, entender uma piada – ou, como sugeri acima – interpretar um poema, do que com conseguir uma comunhão de espíritos (Geertz, 1997, p.106-7).

Com isto o autor rejeita a idéia usual que os pesquisadores fazem sobre “empatia”. E, analisando suas concepções, é possível afirmar que de nada adianta “ser aceito” pelos pesquisados se o pesquisador não estiver sensível às questões que norteiam as ações dos sujeitos. Para Geertz, quando se fala em empatia, corre-se o risco de tentar encaixar as experiências das outras pessoas dentro de uma moldura inteligível segundo nossa concepção.

Com isso, o pesquisador que empreende sua pesquisa nesta perspectiva pode terminar sufocado por jargões ou estereótipos dos sujeitos pesquisados (1997, p.88).

Assim, compartilhando as inquietações de Geertz penso que tomar a idéia do não comer das meninas anoréxicas, a pretexto de emagrecerem para produzir um corpo que corresponda à estética corporal da magreza, como única possibilidade analítica não ajuda a compreender as práticas alimentares desses sujeitos, pois conduzir a pesquisa considerando apenas esta questão termina restringindo todo o potencial analítico que as meninas oferecem em suas narrativas.

Portanto, quero aqui pensar os corpos destas meninas como um texto, assim como fez Susan Bordo em seu estudo *Food, Fashion and Power: The Body and Reproduction of Gender*, no qual analisou que, assim como as histéricas, as anoréxicas manifestam “conivência e resistência” à agencia corporal ao fazer uso das tecnologias corporais presentes na cultura. Com isto, a partir das narrativas das meninas, busquei registros de suas vivências que manifestassem esse híbrido de “conivência e resistência” em relação aos agenciamentos médicos do corpo e da saúde.

Sobre as negociações que o pesquisador empreende com seus informantes, assim como no texto “*Do ponto de vista dos nativos*”, em *O pensamento como ato moral*, Clifford Geertz faz um esforço para destacar a importância da qualidade moral da experiência dos cientistas sociais enquanto fazem suas pesquisas. De acordo com os referidos textos, a relação entre pesquisador e pesquisado é um aspecto metodológico digno de reflexão, pois o próprio produto da pesquisa acaba refletindo a dimensão desta relação. “Como o pensamento é conduta, as conseqüências do pensamento refletem, inevitavelmente, a qualidade do tipo de situação humana em que foram produzidos” (Geertz, 2001, p.31).

Como havia antecipado, conseguir com que as meninas estivessem dispostas a falar sobre si foi uma tarefa difícil de efetuar, não só porque, conforme apresentei acima, as circunstâncias da ambiência médica não favoreciam a livre expressão destes sujeitos através da fala – e a pouca chance de expressão dessa fala é uma pista importante para compreender o motivo pelo qual a comida foi eleita como objeto de expressão privilegiado das anoréxicas –, mas também porque, como afirma Geertz, é preciso que o sujeito da pesquisa perceba o pesquisador como alguém com quem vale a pena conversar.

Sobre este ponto Geertz (2001) observa que a relação entre o pesquisador e seus informantes é tensa e ambígua. Para essas pessoas o pesquisador enquanto tal é irrelevante para os seus destinos, não havendo nenhum motivo aparente para que eles o ajudem. Portanto a própria moeda de troca que o pesquisador tem é ele mesmo e ou sua capacidade de

negociação. Uma das marcas dessa tensão e ambigüidade são os interesses diversos entre pesquisador e os informantes em relação à pesquisa. No campo é preciso que o pesquisador esteja sensível às demandas de seus informantes; disposto a “obedecer” a uma série de reivindicações e promover concessões. Vale lembrar que essas negociações são implícitas e que de forma alguma descartam qualquer chance de encontrarmos “amigos entre os informantes e informantes entre amigos” (Geertz, 2001, p. 45).

Neste sentido, o antropólogo explica que estabelecer uma relação de empatia com o pesquisado não significa pensar como ele, mas sim *estar junto dele e partilhar com ele* uma moeda de troca que permita ao pesquisador estabelecer um vínculo – como quando emprestou sua máquina de escrever a um jovem informante javanês que sonhava em ser escritor (Geertz, 2001) ou quando correu junto com os balineses da polícia que tentava impedir uma rinha de galos, costume de grande valor entre os balineses, mas que tornou-se ilegal (Geertz, 1989). Buscando inspiração nas experiências de pesquisa do antropólogo, tentei estar junto das meninas e partilhar com elas algo que nos aproximasse.

Nas primeiras idas ao ambulatório a primeira experiência que tive foi a do olhar. Meu olhar atento tentava vasculhar nos corpos e nos movimentos daquelas meninas alguma pista sobre suas vidas. Seus corpos muito magros, os acessórios cor de rosa, as expressões nos rostos: ora indiferentes ao que acontecia, ora de cansaço, outras vezes de satisfação em partilhar com as amigas de tratamento algum segredo ou alguma novidade, os sinais de nervosismo nas pernas que não paravam de balançar, o carinho que faziam nas mãos minutos antes ou minutos depois de um desentendimento.

Durante as minhas primeiras visitas observava mais do que falava, mas, na medida em que a minha presença foi sendo percebida pelas pacientes e suas acompanhantes, comecei a ser indagada sobre o que eu fazia ali. Nesta oportunidade esclarecia às pessoas que eu estava realizando uma pesquisa para minha dissertação de mestrado, que essa pesquisa consistia em registrar em um caderno o que eu via e conversava com elas e que ninguém seria identificado no texto final da pesquisa, pois suas falas apareceriam na pesquisa com nomes fictícios.

Após estes esclarecimentos, foram poucas pacientes que aceitavam conversar longamente comigo. E desses poucas, apenas com três meninas consegui manter uma relação de proximidade “intensiva, trocando mercadorias, traficando blocos de desejo, contaminando-se, emprestando-se a afecções, engrenando devires e experimentações no contato com os entrevistados” (Paiva, 2007, p.37).

Dentre essas três meninas tive ainda a oportunidade de conhecer e conversar com suas mães e ouvir delas as suas versões sobre as práticas alimentares de suas filhas e sobre o relacionamento entre elas. Esses depoimentos foram preciosos para entender que o alimento é para as anoréxicas uma moeda de troca com a qual elas negociam um lugar no mundo – e, sobretudo, na família e no ambulatório médico. Mas, quanto a mim, que não era nem familiar e nem da equipe médica, que moeda de troca eu utilizaria para me relacionar com elas? Se a comida era o objeto com o qual elas enfrentavam a agenda familiar, médica e cultural, que lugar eu poderia ocupar na vida delas sem o intermédio desse veículo de comunicação?

Considerando-se o peso que a comida tem em suas vidas, as anoréxicas se assemelham muito na forma de pensar seus corpos; contudo, embora haja essas semelhanças, é importante ressaltar que cada uma delas é um ser humano único e cheio de particularidades. E foi percebendo essas particularidades que consegui me aproximar de cada uma.

De acordo com o que já foi visto com Geertz (2001) a narrativa dos informantes refletem a dimensão do encontro entre pesquisador e pesquisado. Portanto, a trajetória que será narrada de cada uma das meninas refletirá o encontro que tive com cada uma delas.

Por questões burocráticas fui desencorajada a gravar as nossas conversas ou mesmo realizar entrevistas formais, assim, sem o registro do gravador, a maior parte dos relatos aqui apresentados fazem parte dos meus arquivos do diário de campo. Contudo, outros arquivos também são utilizados como: depoimentos publicados no Orkut<sup>7</sup>, num *blog*<sup>8</sup> e em conversas pelo MSN<sup>9</sup>. Quero destacar ainda que os limites das vivências partilhadas com as meninas não se restringiram ao mundo virtual. Também encontrei com duas delas em suas residências, oportunidade em que pude conhecer um pouco mais de suas vidas privadas, de ver fotografias suas tiradas antes do episódio da anorexia nervosa, de conhecer seus objetos de estimação, de comer com elas etc. Já no que concerne a pesquisa de campo propriamente dita, minhas idas ao ambulatório ocorreram entre julho de 2008 e novembro de 2009.

No momento em que dei início à pesquisa a faixa etária das meninas biografadas variavam dos 13 aos 20 anos de idade. Todas eram estudantes, sendo uma do ensino

---

<sup>7</sup>O Orkut é uma rede social filiada ao Google, criada em 24 de Janeiro de 2004 com o objetivo de ajudar seus membros a conhecer pessoas e manter relacionamentos. No Orkut, o participante cria uma página pessoal publicando alguns dados como nome, idade, fotografias etc.

<sup>8</sup>Um blog (contração do termo "Weblog") é um site cuja estrutura permite a atualização rápida a partir de acréscimos dos chamados artigos, ou "posts". Estes são, em geral, organizados de forma cronológica inversa, tendo como foco a temática proposta do blog, podendo ser escritos por um número variável de pessoas, de acordo com a política do blog. O blog a que me refiro é de autoria de Bárbara.

<sup>9</sup> MSN ou *Microsoft Service Network* é uma rede de serviços oferecidos pela Microsoft em suas estratégias envolvendo tecnologias de Internet. Na prática é um programa que permite trocar mensagens instantaneamente, enviar arquivos e fotos.

fundamental, outra do ensino médio e a última cursando faculdade, mas que naquela ocasião estava com a matrícula trancada.

Além da questão alimentar, estas três jovens apresentam outros aspectos de suas vidas em comum. As três são filhas únicas de suas mães e tiveram pouquíssima convivência com o pai biológico. As três são consideradas pelas mães como meninas que nunca haviam dado trabalho – inclusive em relação à alimentação – e eram lembradas por sempre terem obtido um bom desempenho escolar, mas segundo as mães, suas vidas se transformam depois que foram acometidas pela anorexia.

A seguir apresento as trajetórias dessas meninas reconstituídas em narrativas que foram forjadas a partir das nossas experiências. Experiência “minha”. Breve, incompleta e parcial de alguém que passou quatorze meses numa sala de espera de um consultório médico ouvindo histórias e observando gestos. E experiência “nossa” quando interagimos: trocando dicas de filmes; livros; maquiagem; oferecendo-nos *souvenirs*, falando de como as mocinhas das novelas são bonitas, de como é desagradável ouvir alguém nos dizer que engordamos, que o suco de abacaxi da marca *Ades* é uma delícia.

No contexto dessas interações cotidianas, tento aqui produzir uma interpretação que relacione o papel de quem esteve com o “nativo” com os olhos e os ouvidos “domesticados pela teoria” que agora escrevo e novamente me comunico com as protagonistas desta pesquisa.

## 2. ANOREXIA EM PERSPECTIVAS: DESCRIÇÕES MÉDICAS X NARRATIVAS DE VIDA

### 2.1. Primeiros relatos médicos

O termo anorexia é derivado do grego *orexis* (apetite, desejo), acrescido do prefixo *an* (ausência, privação). Contudo, autores como Abuchaim (2002) e Cordás e Claudino (2002) sugerem que o termo anorexia não é adequado do ponto de vista psicopatológico, pois não há falta de apetite, mas sim uma recusa alimentar deliberada, com intuito de emagrecer ou por medo de engordar.

A primeira descrição referente ao que hoje conhecemos como anorexia foi dada em 1689, pelo médico inglês Richard Morton que publicou sua obra intitulada *Tisiologia sobre a doença da consumação* (Abuchaim, 2002; Bidaud, 1998; Cordás e Claudino, 2002; Weinberg e Cordás, 2006). Nesta obra Morton descreve, a partir de observações clínicas de uma paciente de 18 anos, Miss Duke, um conjunto de sintomas que denominou de “consumação ou atrofia nervosa”: inapetência, perda de peso acentuada, desmaios e amenorréia (Weinberg e Cordás, 2006). A doente não tinha febre, mas o corpo muito frio, sem apresentar qualquer outro problema de saúde. Com suas investigações Morton acreditava que a perda total do apetite da paciente teria origem emocional. Com base nisto referiu-se a esta condição como causada por “tristeza e estado de ansiedade” (Silverman *apud* Abuchaim, 2002). Miss Duke recusou-se a receber tratamento e morreu três meses depois. Com este relato, Morton ficou conhecido por distinguir a tuberculose da “consumação nervosa”.

Já o mérito pelas descrições da anorexia como entidade psiquiátrica é dividido por Sir William Gull e Ernest Charles Lasègue no ano de 1873 (Abuchaim, 2002; Bidaud, 1998; Cordás e Claudino, 2002; Weinberg e Córdoba, 2006).

William Gull introduz o termo “anorexia histérica”, e logo depois o modifica para “anorexia nervosa”. O referido autor volta sua atenção para os aspectos clínicos decorrentes da inanição prolongada, como perda de peso, amenorréia, constipação e inquietação, indicando um tratamento que assumia uma postura moral perante a paciente para incentivá-la a comer, pois entendia que “a família e os amigos eram os piores atendes” (Gull *apud* Abuchaim, 2002, p. 16).

Em 1893, o psiquiatra francês Lasègue publica na França *L'Anorexie Hystérique*, e insiste na causa psiquiátrica da doença, constituindo sua obra como um acontecimento

discursivo fundador no estudo da anorexia (Eliacheff; *apud* Cobelo s/d). Nesta publicação Lasègue descreve o estudo que realizou com oito mulheres entre 18 e 32 anos e identificou que as pacientes acreditavam que o alimento era lesivo e que por isso deveria ser evitado. Contudo, embora as pacientes apresentassem um estado de inanição avançado, elas demonstravam um sentimento de bem-estar. Foi o primeiro a captar a dimensão de prazer e gozo com força fundamental na organização psíquica dos sujeitos anoréxicos.

Na seqüência de Lasègue, em 1885, o neuropsiquiatra francês, Charcot, vê na anorexia (que então se tornará mental) um sintoma exclusivamente histérico e é o primeiro a observar o conceito de “idéia fixa da obesidade” (Abuchaim, 2002, p. 16-17; Bidaud, 1998, p. 18-20; Cordás e Claudino, 2002, p. 4; Weinberg e Cordás, 2006, p. 68-70).

Em 1893 Freud publica *Um caso de cura pelo hipnotismo*, no qual descreve pela primeira vez um caso de uma jovem que apresentava sintomas anoréxicos (Weinberg e Cordás, 2006, p. 71). Em 1895, Freud e Breuer publicam *Estudos sobre a histeria*, trabalho que também contribuiu ao estudo da anorexia relacionado-a a uma síndrome histérica (Weinberg e Cordás, 2006, p. 72).

Os conceitos psicanalíticos influenciam até hoje a explicação para anorexia, sobretudo no que diz respeito à relação mãe e filha. Mas são os estudos de Hilde Bruch, que se iniciou por volta de 1950, que apresentam contribuições consideradas relevantes do ponto de vista psicológico (Abuchaim, 2002; Bidaud, 1998; Cordás e Claudino, 2002, Weinberg e Cordás, 2006). A autora salienta que a busca pela magreza seria originada por falhas no senso de identidade e autonomia. Bruch identificou três áreas de perturbação do funcionamento característico da anorexia nervosa: 1) transtorno na imagem corporal; 2) transtornos na percepção ou interpretação de estímulos corporais, como o reconhecimento da fome; 3) sensação paralisante de ineficiência que invade todo o pensamento e atividades da pacientes (Bruch *apud* Abuchaim, 2002, p. 17-18).

Em 1982, Bruch comenta que o comportamento imitativo da anoréxica estaria ligado a um déficit identitário, pois na infância a jovem anoréxica não teria tido possibilidade de manifestar seus desejos e sentimentos perante aos pais (*apud* Weinberg e Cordás, 2006, p.86). Portanto, a identificação da anoréxica com um corpo magro que exprime controle e autodomínio satisfaz a demanda psíquica da jovem anoréxica em expressar força e independência.

Atualmente o sistema classificatório para transtornos mentais é o DSM – IV, Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, quarta edição, que contém desde

as primeiras definições até as discussões mais recentes sobre as características diagnósticas da anorexia nervosa. A seguir descrevo os critérios diagnósticos deste manual<sup>10</sup>.

## **2.2. Narrativas médicas da anorexia nervosa: uma classificação diagnóstica**

Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault (1998) nos mostra como o corpo, sendo campo de manifestação e de semiologia da morbidez, transformou-se num objeto passível de leituras em busca da doença. Esta leitura dá-se através da relação médico-paciente na qual o paciente descreve suas sensações corporais (sintomas) e o médico que interpreta suas queixas e examina o corpo do paciente buscando sinais visíveis da doença para, depois, formular um diagnóstico.

Para a medicina, a formulação de critérios diagnósticos é importante, pois, como ensinou Marcel Mauss (2003), no seu estudo clássico sobre as técnicas corporais, o corpo tem infinitas possibilidades de ser instrumentalizado. No corpo o homem assimila valores e experimenta sua vida biológica, psíquica e social. Com isso, a própria percepção de dor é mediada pelas experiências sociais. Portanto, para os médicos, produzir uma linguagem que decodifique essa experiência pessoal e social da dor foi muito importante, sobretudo, até o século XVIII, quando a única forma de acessar a doença era pelas descrições das queixas dos pacientes.

De acordo com Nunes e Ramos (2002) até 1969 não havia definições esclarecedoras dos critérios para o diagnóstico da anorexia nervosa. Mas, após a década 1970, os critérios para diagnósticos dos transtornos alimentares têm sido amplamente estudados (Claudino e Borges, 2002).

No DSM-IV os transtornos alimentares estão divididos em dois tipos principais: anorexia e bulimia nervosa. Entretanto, mesmo classificadas separadamente, as duas síndromes estão relacionadas por apresentarem um caráter comum: nas anoréxicas e bulímicas há uma preocupação com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que as levam a

---

<sup>10</sup> Os dois sistemas classificatórios DSM –IV (organizado pela Associação Americana de Psiquiatria) e o CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição; organizado pela Organização Mundial de Saúde) apresentam os critérios de diagnóstico para a anorexia nervosa, contudo, nesta dissertação serão apresentados apenas os critérios do DSM-IV. No Capítulo 4 faço algumas considerações a respeito deste manual que me levaram a optar em apresentar apenas os seus critérios.

perseguir um corpo idealizado (magro) adotando dietas de baixas calorias ou recorrendo a métodos (considerados) ostensivos ao corpo com o objetivo de perder peso.

De acordo com o DSM-IV a incidência de anorexia é predominantemente feminina, respondendo por cerca de 90% dos casos, sendo mais comum em mulheres jovens ou adolescentes.

Segundo artigo publicado por Ballone e Moura (2008) no *site* PsiqWeb, as estatísticas internacionais apontam que cerca de 90% dos casos são registrados em mulheres na faixa etária dos 13 aos 18 anos<sup>11</sup>, sendo raro tanto em mulheres acima de 40 anos, quanto em homens.

Dados levantados em 1999 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos Estados Unidos revelam que uma em cada 100 mulheres de 12 a 18 anos é anoréxica. Já no Brasil, estima-se que uma em cada 250 mulheres seja anoréxica (Trinca, 2007, p. 65).

De acordo com Ballone e Moura (2008) há estudos que indicam que aproximadamente metade dos casos de anorexia aparece após uma dieta de emagrecimento. A princípio a jovem perde peso adotando uma dieta alimentar aparentemente inofensiva. Elimina do seu cardápio alimentos considerados inadequados para a manutenção da saúde e da boa forma, ou seja, os alimentos classificados como gordurosos ou ricos em açúcar. Outro tipo de alimento que fica fora de sua dieta são os hipercalóricos (estes dão lugar aos alimentos *light* e *diet*, bem como frutas e folhas). Num estágio mais grave a alimentação dessa jovem pode ser reduzida a líquidos. A principal queixa das anoréxicas é o medo de engordar.

Embora estas sejam características importantes para o diagnóstico da anorexia, o DSM-IV apresenta outros critérios a ser considerados na investigação desta síndrome. Abaixo segue o resumo dos critérios diagnósticos para anorexia nervosa pelo DSM-IV publicado em Claudino e Borges (2002):

Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal ( $\geq 85\%$  do esperado);  
 Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso;  
 Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso;  
 Amenorréia<sup>12</sup> por 3 ciclos consecutivos.  
 Subtipos:  
 1. Restritivo (dieta e exercícios apenas);  
 2. Compulsão periódica/purgativo (presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta, exercícios).

<sup>11</sup> Entretanto, segundo matéria da Revista Veja de 30 de novembro de 2005, a partir dos anos de 1990 a anorexia começou a atingir crianças menores de 12 anos.

<sup>12</sup> Amenorréia refere-se às mulheres pós-menarca que tem ausência de ciclo menstrual, o qual ocorre somente mediante administração hormonal. A suspensão dos ciclos menstruais decorre da perda de peso extrema.

Como foi descrito há pouco, ao longo das décadas a medicina vem investigando o comportamento das anoréxicas, tentando produzir um saber que explique e determine o que é este transtorno alimentar. Enquanto os médicos preocupam-se com a saúde das anoréxicas, raramente elas reclamam do seu emagrecimento. Enquanto os médicos tentam persuadi-las dos riscos e perigos de suas dietas, elas buscam seguir firmemente seus objetivos.

Enquanto a medicina tenta descrever a anorexia classificando pesos corporais e condutas, perspectiva que Carneiro (2004) caracteriza como “clínica do objeto”<sup>13</sup>, as anoréxicas vivem suas dietas de maneira muito mais complexa e apaixonada, em seus “impasses dietéticos” na relação com o alimento (objeto).

### 2.3. Anorexia pela Anoréxica

**Quarta feira, 01 de agosto de 2007**

“no país do espelho”

Bom, meninas.

Desculpem o sumiço, mas essa última semana de férias foi corrida demais!

Hoje tive meu primeiro dia de aula da faculdade, Nutrição :D tô feliz demais! Acho que é o que eu quero de verdade, e vamos unir o útil ao agradável, não é ? =)

O que me deixou mais feliz, é um seminário que vou ter sobre Distúrbios Alimentares em Setembro. Apresentação escrita e oral, tudo indo pro curriculum, claro. Tenho me alimentado relativamente ultimamente, continuo lacto-vegetariana, comendo só saladas, nada de refrigerantes e bobagens. Cortei radicalmente tudo que possa me prejudicar! Há semanas não tenho compulsões nem mia, sei que a qualquer hora posso ter recaídas, mas estou firme nessa luta. Muitas vezes não conto as calorias, mas acredito que não passe das 250kcal. Sim, eu me pesei. Há muito tempo não me pesava, acredito que da última vez marcou algo em torno dos 54,5kg. Bom, tive uma surpresa (boa, lógico!) Me pesei de calça jeans, e a balança da farmácia aqui perto marcou 53,1kg. Corri pra casa, porque tenho uma balança digital no quarto (evito usá-la ao máximo) mas hoje não me contive. Tirei a roupa e subi ali, marcou 52.6kg. Eu tô feliz demais, mas não vou deixar essa felicidade me deixar jogar tudo pro alto não, vou continuar minha vida e esquecer que tô de dieta, é a melhor forma de controlar minha impulsividade com relação à comida. Tô fazendo 8 cadeiras, semestre bem puxado e tô voltando pro inglês, ou seja, tempo corridíssimo! Mas daqui eu não saio daqui ninguém me tira! :D Continuarei postando e acompanhando cada uma de vocês, sweeties. Se cuidem, muito juízo! E go, pró-saúde,go!

saudades de vocêêêêê =@

<sup>13</sup> “Isso porque, segundo Carneiro, quando se examina o DSM IV, torna-se gritante a presença de um objeto que enlouquece o sujeito posicionado em um sintoma com o qual se vê envolto e que a medicina interpreta como ‘severas perturbações no comportamento alimentar’” (2004, p. 270). Diante dessa abordagem da anorexia como síndrome psicológica ou comportamental, continua Carneiro, “essa discussão faz elaborar, logo de saída, uma pergunta pela posição do sujeito frente ao objeto, uma vez que não se pode contentar com um sujeito que toma o alimento apenas pelo viés da necessidade de sobrevivência, senão por algo que o coloque na condição de existência e o faça construir um sentido para a vida” (*op. cit.*, p. 271).

### **Terça feira, 21 de agosto de 2007**

“contradições e decisões”

Noites de insônias alternadas com sonos profundos. Me pergunto onde isso tudo começou e não encontro respostas. Talvez essa pergunta nem seja óbvia o bastante, já que tamanha contradição talvez nem exista explicação. Mas no fundo, acredito que há. Há uma intensa relação entre minha vida, rotina e meu distúrbio do sono. No começo do ano, tomei antidepressivos para dormir e desde então meu sono está conturbado demais. Parei de usar Rivotril e cá estou. Comecei a tomar porque tenho um certo fetixe por remédios, lê-se hipocondríaca. Sim, sou viciada em remédios. Na verdade sou viciada em muita coisa, desde uma simples roupa a um vício pelo auto-controle. Não sei desde quando sou assim, antes era só um remédio pra dor de cabeça e acabou virando um coquetel de remédios. Não sei até onde isso pode fazer mal, mas tenho que controlar isso. Já pensei em tomar anfetás, inclusive cheguei a comprar pela internet. Acreditem ou não, está ali intacta, não tive coragem. Antes de usar li muito e não vale a pena, acreditem. Os contras são incrivelmente maior que os prós, sem contar com a taquicardia que isso dá. Tirando as anfetás, acho que todo tipo de remédio (claro que não todos) acredito já ter usado. Usado, porque não uso mais, tento não usar tantos medicamentos. Recentemente, minha fluoxetina foi suspensa. Acredito que voltarei à usar, porque não concluí o tratamento. Mas e afinal de contas? Eu sinceramente queria que as coisas tivessem sido diferente, mas nunca é tarde pra mudar. Mudanças de postura, amadurecimento. Crise dos 20 anos vinculada à muitas dúvidas, mas também muitas convicções. Minha vida está muito bem, digo até que, se melhorar ela estraga. É fato. Sigo em dietas, e o monstro do espelho continua a me atormentar. Mas isso vai acabar, eu sei que vai. Estou otimista e em recuperação da bulimia. Só mais 24 horas, e já passam semanas sem episódios bulímicos. E eu repito, é só querer.

### **Domingo, 26 de agosto de 2007**

“monólogos casuais”

Estou cansada.

Cansada dessa rotina, cansada dessa maldita neura. Cansei, sabe? Quero viver, quero sair, poder sentar num restaurante e jantar. Sair pra um rodízio com os amigos, comer pipoca no cinema, tomar um sorvete no final da tarde. Vocês fazem idéia de quanto tempo que faz que eu não faço isso? Não, vocês não sabem. Só eu sei. Sabe o que é sentir medo de beber até água? Porque ela vai dilatar teu estômago? Não, não sabem. Podem fazer idéia, mas não sabem o que se passa aqui dentro. Sabe o que é apenas olhar as pessoas comendo, quando eu estou à base de água o dia inteiro? Fico ali, observando as pessoas comerem e perco a fome só de olhar. Só de olhar aquilo, meu estômago pesa e embrulha. Há dias eu não venho comendo bem, eu simplesmente não sei o que se passa pelo minha cabeça ou pelo meu organismo.. mas o fato é que não tenho sentido fome. Não vou mentir, estou preocupada. Quantas vezes eu tentei renegar minha fome e agora que finalmente consegui, o que vai acontecer? Eu tenho medo, eu quero e preciso de ajuda. Não quero morrer, não quero jogar fora todo um futuro que me espera. Quero viver, me aceitar como sou. Pode parecer bizarro, mas o fato é que eu mesma esqueço de comer. Nem eu mesma acredito, porque pensava em comida 24horas por dia e achava que a solução era parar de pensar nisso, mas não é! Não adianta ficar escondendo isso dentro de mim, essa obsessão tá aqui dentro, me engolindo. Eu não faço mais nofood's, mas ontem vieram me questionar e eu parei pra pensar que continuo fazendo nofood's sim! Parei pra analisar a semana passada e vi que teve dia que não comi. Tenho plena consciência de que isso é errado, mas eu não senti fome por isso não comi. Mas se e continuar sem sentir fome, vou continuar sem comer? Claro que não! Isso não tá certo, pelo contrário.. tá tudo errado! Não quero isso, não quero minha vida assim.

Quero sair disso, eu preciso sair. Ontem tomei uma decisão muito importante pra mim, vou procurar ajuda sim. Vou num centro de tratamento de transtornos alimentares, percebi que sozinha não consigo. Não sou mulher maravilha, pelo contrário, sou frágil e humana. Isso fugiu do controle a muito tempo, a única coisa que eu fazia era remediar e evitar pensar. Mas não dá mais. Tirei a prova conclusiva quando subi na balança antes de dormir. Eu não acreditei nos números que a balança marcou. Não acreditei, achei até que ela estivesse desregulada. Subi novamente, e ali estava o mesmo peso marcado anteriormente. Era pra eu chegar aqui morta de feliz e contando uma vitória, mas não é bem assim. Não estou emagrecendo de forma saudável, posso estar desidratada, com pouca água no organismo. Ontem fui dormir chorando e sabem por quê? Porque sou fraca e covarde. Tudo o que sei é negligenciar o que se passa comigo. Por que não levo isso que se passa comigo à sério? Agora, mais do que nunca, eu preciso provar pra mim mesma que quem manda aqui sou eu, e que essa maldita obsessão não vai me dominar. Não vai. Cansei, cansei de deixar de viver por causa disso tudo, cansei de passar noites em claro, dormir mal devido à essa recusa alimentar. Não dá mais. Quero ser saudável, quero comer, eu preciso comer, todo mundo precisa! Isso tudo é hipocrisia, apologia mais medíocre. Não quero ser gorda, mas preciso equilibrar isso, porque do jeito que tá, eu não aguento mais. Hoje eu comi, não foram compulsões mas eu comi bem. Não comi pela fome, mas porque senti que devia comer. Também tentei não contar as calorias, porque não dá pra viver em função disso a vida inteira não. Hoje bebi muita água, também. Porque perder peso perdendo água é mesmo que nada! Preciso me hidratar. Minha consciência pesou sim, mas ignorei ela, até porque ela anda pesando até com uma folha de alface, então não deve ser levada tão em consideração. Então, é isso.

Desculpem o post desabafo. Não vou abandonar o blog, e depois respondo todos os comentários.

Cuidem-se e vivam enquanto há tempo, porque daqui a pouco é tarde demais, acreditem...

### **Terça feira, 23 de outubro de 2007**

“tratamento”

ossos são bonitos. minha droga de escolha, me esforçando pela perfeição. e eu estou indo, correndo para você na direção errada. o que te faz sentir? por que eu não posso fazer você ver? (...) eu não posso ser eu mesma. o espelho diz, mente e diz que sou feia. eu estou realmente aqui? eu não posso me sentir, então agora eu tenho que sangrar. faminta vazia, perdida na sua dor. ela não pode te dizer, então ela está desaparecendo lentamente...

(geri - starving for attention) (...)

### **Terça feira, 27 de novembro de 2007**

“utopias”

bom.

eu nem sei mais o que pode acontecer nessa vida pouco maluca que nem a minha.. dentre meus desesperos alguns não preciso mais esconder, isso me alivia mas me angustia também. excessivamente cansada, obcecada, neurótica e perdida como nunca. são 22:20 e só comi duas fatias de abacaxi pela manhã e ontem tinha comido 2 maçãs durante o dia todo.. ou seja, aproveitando a deixa.. nf yeah yeah

(...)

### **Sábado, 08 de dezembro de 2007**

“perdida”

por volta das 19:30 entrei no banheiro do trabalho e me olhei no espelho. tava mais branca que uma alma, acreditem. simplesmente senti tudo girando, meu corpo amolecendo e uma espécie de cãibra. uma cãibra no corpo todo. tudo começou a gelar e me dar calafrios. corri pro box e me tranquei lá. sentei no sanitário e baixei minha cabeça. senti o mundo caindo em cima de mim. perdi o chão. eu só pedia pra morrer. não sei descrever a dor que sentia, mas era como se meu corpo tivesse congelando, fiquei sem ar. pensei em mil coisas, mas ao mesmo tempo era tudo vácuo. eu só queria que alguém entrasse pra me tirar dali porque eu não conseguia levantar. medo? sim, medo. cai do lado do sanitário e por ali fiquei quase 30 minutos. tava suando frio, e a sensação era como se todo meu corpo estivesse parando. de repente só abri os olhos e me vi naquele estado deprimente. muito gelada e suada. não sei como desmaiei nem como voltei. não pensei mais em nada, não consegui pensar mais em nada. tudo era oco e vazio. minha cabeça, meu corpo, tudo. me levantei quase sem forças e fui pra pia. lavei meu rosto umas 5 vezes. fui no meu armário e peguei meu saquinho de sal. coloquei algumas pitadas embaixo da língua e logo depois bebi alguns goles de água. voltei pra minha sala e ninguém tinha notado minha falta. não sei até que ponto isso é bom. só sei que pareço invisível não só ali, como na minha casa, faculdade e no resto do mundo. nem sei se existo, pra falar a verdade.

nf concluído, medo angustiante e dores que não sei identificar de onde vem.

### **Segunda feira, 08 de janeiro de 2008**

“enquanto isso”

na sala de psiquiatria:

Dra. Você andou emagrecendo?

F. Hm, er..

depois que adotei veganismo, virada do ano, não tenho me esforçado para perder peso. mas as críticas familiares começam, os amigos, todo mundo que não entende e só sabe julgar, cansada, sabe? são seis meses de tratamento de ta's tive uma evolução tremenda, mas munda psicóloga, muda nutricionista, muda tudo assim, do nada. sofro do mal chamado apego, quase largo o tratamento mais uma vez, mas vou ser forte ou ao menos tentar. exausta, sabe. unfi. :~

sem psicóloga, mais perdida que cega em tiroteio, HAHAHA.

(meninas desculpem o sumiço mais uma vez. responderei todas, ok? (L)

(...)

### **Terça feira, 05 de fevereiro de 2008**

“neuras”

é como se estivesse dependente, tanto fisicamente como psicologicamente; me absorve, me dissolve; é minha cabeça, meu coração e minha alma; sinto como se eu não tivesse mais controle algum sobre mim mesma (há tempos me sinto assim), eu simplesmente não tenho domínio algum sobre qualquer atitude minha, desde o que penso, ao que faço, falo... não sou mais dona da minha alma, parece que alguém se apossou dela, e está me levando consigo. não sei até onde isso vai me levar, talvez à lugar algum, talvez à um lugar maravilhoso. tudo o que penso está vigiado, algo me prende ao chão, queria poder voar. não sei mais diferenciar realismo de ficção, tudo se mescla como num liquidificador, acho que estão liquidificando minha alma; enquanto tudo acontece, eu fico aqui, parada, atônita, olhar de vidro.. sem saber esboçar qualquer reação, viver me dói; talvez chegue no estágio de que nada mais me afete, e que a pureza tome conta de mim, inteiramente.. que eu sinta meus ossinhos como aquele fundo musical dos filmes europeus.. aquela delicadeza, maciez e saliedade.. só quero cessar minha dor, entrar em alfa, talvez.. essa nostalgia que toma conta de mim.. aquele mantra que toca aos meus ouvidos me faz relaxar, me distrai e faz com que eu sinto o que já não sentia mais... te abraço, te tenho junto

a mim, você me fez criar desafios onde existiam problemas, me fez ver a sutileza nas pequenas coisas; ocupa minha cabeça, me livra do que me aflinge.. me faz sentir como no apogeu do meu êxtase felicidade que eu não, só sei que algo no qual me liberto, mesmo eu não dominando o que sinto, me sinto bem, eu não sei cuidar de mim sozinha, por favor não me abandone no meio da estrada, sozinha não consigo! se com você as coisas ainda são difíceis, sem você serão impossíveis. quero viver longe dessa dor, do sofrimento que persegue tudo e a todos, só quero ser feliz, me vê um copo de água com gelo e limão que viver passa a não mais doer...  
keep strong ;\*

#### **Quarta feira, 28 de maio de 2008**

“mente insaciável”

anorexia is about control;

uma vez experimentado isso, é um círculo vicioso.. que eu amo e odeio. é minha vida e minha morte. é a faca de dois gumes. é minha alegria e tristeza, decepção e vitória.

recomeçando nf, até sexta ou sábado..  
só preciso sorrir novamente.

#### **Domingo, 01 de junho de 2008**

“mevsme”

duas pessoas habitando o mesmo corpo. porque é isso que ocorre aqui dentro. uma racional outra irracional. uma quer me destruir a outra me levantar. uma sempre supera a outra. às vezes eu não aguento isso. acaba comigo. a racional pelo meu bem anda ganhando nesses tempos, ando emagrecendo, comendo menos, mas comendo. nada de nf por enquanto, preciso me estabilizar, preciso de cura, sabe? eu preciso, mesmo. e quero. e sei que consigo, eu sei.  
me diz, pra onde vai esse trem?

The end?

eu preciso de cura, sabe?

tenho toda uma equipe que tá por mim, ando revendo conceitos, tentando ser mais racional e menos emocional. tá sendo difícil demais. sei das recaídas, mas sei também que a força tem que está aqui, dentro de mim. sem muita expectativa, sem esperança de vitórias ou decepções, alguns planos foram mudados, algumas metas traçadas para outros lados, mudança de planos. a verdade é essa. depois eu comento sobre isso, quando estiver estabilizada nesse aspecto. por enquanto só o tempo. acho que voltei a sentir borboletas no estômago e isso tá me ajudando na minha recuperação. essa pessoa têm me ajudado de forma indiscutível, indescritível. fez-me ver coisas que até então desconhecia. mas também não crio expectativas nas pessoas, não é legal depender delas. acho que a crise tá passando. dias melhores vêm vindo. eis que a calma acalma.

eu volto por aqui, sempre. porque é meu lugar de desabafo. e ninguém me tira isso, eu preciso.

fico aqui, então. =)

e pra onde vai esse trem?

(Post do blog de uma jovem com transtornos alimentares de 22 anos)

#### 2.4. A experiência anoréxica: trajetórias de vida em narrativas

Apesar das anoréxicas serem conhecidas como sujeitos que apresentam um comportamento alimentar voltado para uma busca implacável pela magreza, Marilyn Lawrence no livro *A experiência anoréxica* lembra que muitas mulheres, que de hábito não seriam consideradas anoréxicas, também sentem dificuldades em matéria de comida e na maneira como pensam seus corpos. Com isto, a autora busca alertar seus leitores de que dificuldades acerca da alimentação e do corpo não são exclusividade das anoréxicas, mas estende-se a muitas mulheres.

Assim, Lawrence (1991) prefere referir-se à anorexia como sendo um problema que afeta as mulheres. Em suas palavras: “A anorexia é um problema estreitamente relacionado com a psicologia feminina, que por vez está ligada à maneira da mulher no mundo” (op. cit, 19). No mesmo texto se opõe à idéia de rotular alguém como anoréxico, pois para autora este rótulo soa como uma descrição de um estado permanente. Para ela seria mais proveitoso pensar nessas mulheres como alguém que num determinado estágio da vida não encontrou outra forma de expressão para o que sentem sobre si mesmas e os outros. Assim, conforme o pensamento da autora, a “experiência anoréxica” seria uma etapa na vida dessas mulheres, na qual usam o alimento como objeto privilegiado de expressividade.

Considerando a análise de Lawrence quero enfatizar que muitos aspectos da vida das protagonistas desta pesquisa não podem ser reduzidos aos relatos que se encontram nesse texto, pois como sugeriria Lawrence, rotular a vida destes sujeitos seria minimizar a complexidade de suas vidas.

Contudo, considerando o peso que a comida passa a ter nas suas vidas, pode-se afirmar que a experiência anoréxica é deflagrada no momento em que o sujeito começa a perder peso fazendo uso de dietas restritivas. No entanto, se a experiência anoréxica se inaugura com uma dieta, a vida dessas meninas vai muito além dos limites desta experiência. Portanto, quero aqui reafirmar o caráter confuso deste texto e prevenir que quando chamo essas meninas de anoréxicas, considero a “confusão” que este termo implica, já que, rotular alguém como anoréxica é algo parcial e incompleto.

Para pensar a experiência anoréxica evoco ainda essa categoria sob a perspectiva de Foucault (1984). Para este autor a experiência é se constitui na relação entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade. Usando o vocabulário foucaultiano, a

experiência concerne ao próprio processo de subjetivação. É na apropriação criativa dos dispositivos normativos (nos saberes/discursos e nos modos de governo e regulação das condutas) que o indivíduo modifica a si mesmo. Com Foucault compreende-se que os discursos normativos não são fixados de modo a exigir dos indivíduos total obediência. Ao contrário, as regras de condutas são propostas para serem usadas com certa margem de autonomia. Regulam a vida dos indivíduos definindo regras de conduta que ajudem a reagir a situações diversas. Com isto, o autor entende que jamais somos aprisionados pelos dispositivos normativos, ou seja, não estamos passivos a esta força. Para Foucault há uma relação de forças entre os dispositivos normativos e os sujeitos, relação que define os “jogos de verdade” de cada contexto histórico-social. Nesta relação não se descobre o que é verdadeiro ou falso, mas os regimes de saber/poder/relação consigo que definem critérios de objetivação da verdade e dos indivíduos. Podemos, então, pensar que as categorizações de anorexia, bulimia, transtornos alimentares, etc., são investidas de poder, e constituem formas de objetivação da experiência de sujeitos, que passarão a relacionar-se consigo e com os outros lançando mão dessas categorias e que terão de lidar com modelos de identidade induzidos por esses agenciamentos médicos de saber/poder.

Portanto, a experiência anoréxica que pretendo apresentar visa à vida desses sujeitos enquanto ensaio. Por ensaio Foucault entende como “experiência modificadora de si no jogo da verdade” (op. cit., p. 13). Assim, neste “ensaio” pretendo vislumbrar a experiência destas meninas enquanto sujeitos femininos em confronto com os dispositivos normativos de produção do corpo feminino. Deste modo, os relatos que me proponho apresentar dizem respeito a algumas questões que identifiquei como recorrentes no discurso das meninas enquanto anoréxicas, que revelam estes jogos de verdade, tais como: **doença-identidade-gênero; ambigüidades em relação ao interesse entre ficar bem e o medo de engravidar; as negociações entre pacientes-mães-equipe médica e as estratégias de resistência.**

#### 2.4.1. Bárbara: “Anorexia: você se agarra a ela com unhas e dentes”

Bárbara, 22 anos, é uma jovem que se destacava fisicamente das outras meninas por possuir traços físicos bem distintos. Muito branca, de olhos claros, cabelos longos e negros, corpo magro, mas que ainda mantinha curvas. Sempre se vestia com vestidos soltinhos, mas quando ganhava peso vestia uma calça jeans, que ela dizia não usar com frequência porque sempre ficava frouxa. Para ela, usar esta calça significava que ela tinha engordado. Com isto esforçava-se novamente para emagrecer, e quando conseguia, voltava a usar o outro figurino – os vestidos soltinhos. Mas não era só o seu figurino que acompanhava as mudanças do seu corpo, quando emagrecia seu temperamento ficava mais introspectivo, falava menos e observava mais.

Bárbara foi uma das primeiras pacientes com quem comecei a manter um contato mais próximo. Ela havia sido paciente de um ambulatório de transtornos alimentares de outra instituição. Passou a frequentar o atendimento ambulatorial, no qual fiz minha pesquisa de campo, após uma internação que durou um pouco mais de dois meses. Para dar continuidade à assistência que vinha recebendo na internação, conforme me informou, alguns membros da equipe sugeriram que ela continuasse o tratamento ambulatorial no hospital em que ficou internada. Sobre esta internação, Bárbara disse que aconteceu depois de uma tentativa de suicídio.

Começamos a nos aproximar depois que percebi que ela gostava muito de cinema e de livros. Filmes como *Frida*, *Réquiem para um sonho* e *Garota interrompida* foram algumas das produções cinematográficas sobre as quais conversamos. Seus livros também nos rendiam boas conversas. Quase sempre tinha consigo um livro que ela trazia para ler no trajeto que fazia de ônibus para ir ao ambulatório e voltar para casa. Quando eu perguntava do que tratava o livro que ela tinha em mãos, me dizia a sinopse e tentava identificar algumas passagens do livro que havia gostado. Com o tempo percebi que não gostava apenas dos livros de Caio Fernando Abreu e Markus Zusak. Ela lia também biografias de jovens que sofreram com transtornos alimentares. Cada vez que conversávamos ficava impressionada com o quanto era atualizada sobre questões referentes à anorexia e bulimia nervosa. Lia matérias em jornal, livros, artigos de revistas científicas e assistia a documentários.

Bárbara também explicava com bastante clareza os critérios médicos para o diagnóstico de transtornos alimentares, de personalidade, de déficit de atenção e bipolaridade, acometimentos que foram investigados ou confirmados junto com a anorexia e bulimia nervosa.

Segundo Bárbara seu comportamento alimentar oscila entre períodos de restrições e compulsões alimentares, nos quais a ingestão é normalmente seguida de vômitos auto-induzidos. Algumas vezes ela me explicou que seu comportamento alimentar sofre influência da bipolaridade, quando está na fase da “mania” – eufórica – tem compulsões alimentares e vomita, quando está deprimida ela diz que faz de tudo para dormir, pois assim evita comer. Ela também recebeu um diagnóstico de transtorno de déficit de atenção. Diagnóstico com o qual ela concordava, pois de acordo com suas declarações, sentia muita dificuldade para se concentrar, sobretudo nos estudos.

Entre os meses de outubro de 2008 e abril de 2009, Bárbara esteve afastada do tratamento e eu perdi completamente o contato com ela. As únicas fontes de contato que tinha na ocasião eram o número de telefone do seu celular e um endereço de um *blog* de sua autoria. Durante um tempo tentei contatá-la por telefone, mas as chamadas não completavam a ligação. Depois de tentar telefonar de números e em horários diferentes, desisti do contato por celular e tentei um contato virtual. Através deste endereço consegui localizá-la no Orkut. Fiz um o convite para que ela fosse minha amiga virtual, mas ela recusou. Bárbara justificou sua recusa dizendo que nesta página pessoal só fazia parte da sua rede de contatos pessoas com um perfil *fake*<sup>14</sup>. Na verdade, o seu próprio perfil era *fake*.

A princípio, logo que consegui localizá-la no Orkut, obtive poucas informações a seu respeito. Sobre as políticas de uso do *site*, quero antes esclarecer que, nos últimos anos, devido a uma série de crimes de invasão de privacidade associados ao Orkut, o *site* passou a oferecer várias ferramentas de privacidade, cujo dono do perfil pode restringir o compartilhamento de informações apenas com pessoas que fazem parte de sua rede de amizades. Neste caso, Bárbara, mesmo com um perfil *fake*, ou seja, protegida por uma identidade fictícia, restringiu o acesso às suas informações apenas para os amigos virtuais. Registros como fotografias e recados que outras pessoas deixavam para ela só estavam disponíveis para pessoas autorizadas. Contudo, investigando as comunidades<sup>15</sup> das quais ela fazia parte, tais como: “Ansiedade”; “Amigos da Ritalina”; “Convivendo com a Bipolaridade”; “Comunidade Amigos do Depakote”; “Zyprexa (olanzapina)”; “Bulímicas(os) em tratamento”; “Anorexia: Uma história de Vida”; “Dissipada - Marya Hornbacher<sup>16</sup>”;

---

<sup>14</sup> Como acontece na maioria dos sites de rede social no Orkut existe um grande número de perfis falsos (também chamados de *fakes*). Nestes perfis todas as informações publicadas tais como nome, fotos e outros dados pessoais não correspondem à identidade civil do dono da página do Orkut.

<sup>15</sup> Comunidades são espaços virtuais criados pelos membros do Orkut para formar um grupo de pessoas com interesses comuns.

<sup>16</sup> HORNbacher, Marya. **Dissipada**: Memórias de uma anoréxica e bulímica. Rio de Janeiro: Record, 2006.

“Magreza sustentável, ser feliz, só depende de você”; “ossos são bonitos”; “seja uma boa menina”; “faminta”; “vazia e perdida”; “como está indo o tratamento”; “Anorexia is about control”; “Suicide”; “(Buli)mia: My Obsession”; “i’m a child anorexic”; “dietas”, descobri que ela era dona de uma comunidade.

Ela afirma que essa comunidade foi criada com o objetivo de ser um espaço onde as meninas poderiam trocar experiências com outras que enfrentavam o mesmo problema. Com a comunidade, ela também esperava reunir depoimentos, que junto com os dela, seriam matéria prima para escrever um livro que mostraria como é o mundo das pessoas acometidas por transtornos alimentares. Ao descobrir a comunidade, rapidamente fiz um pedido para fazer parte e lá fui aceita.

Logo que minha solicitação foi concedida, busquei verificar se o perfil *fake* que identifiquei como pertencendo a Bárbara era realmente seu. Após algumas leituras, num dos fóruns de discussão, vi que ela assinou um dos seus depoimentos com o seu nome verdadeiro, com isto, passei a acompanhar com bastante frequência as mensagens publicadas na comunidade - que não terá seu nome divulgado aqui com o objetivo de resguardar a identidade de Bárbara.

Na comunidade, Bárbara abre o seu coração e articula questões interessantes ao afirmar que relação com a comida é para anoréxicas e bulímicas uma forma de enfrentar problemas interiores. Na comunidade ela também depõe sobre alguns efeitos dos medicamentos receitados pelos seus médicos, tais como aumento do apetite; diminuição do metabolismo; insônia etc. Bárbara também usa a comunidade como um espaço para manifestar suas insatisfações no que concerne ao tratamento. Uma delas foi um diagnóstico de transtorno de personalidade.

Meses depois de ter abandonado o tratamento, Bárbara voltou a freqüentar o ambulatório e tentou retomá-lo. Depois do nosso reencontro, fiquei muito mais próxima dela. Numa oportunidade, que julguei apropriada, perguntei sobre a comunidade e o projeto de publicar o livro. Quando fiz esta pergunta, Bárbara me pareceu bastante surpresa, e segundo me afirmou, não sabia que eu participava da sua comunidade. Ela justificou sua surpresa dizendo que quando aceitou a minha solicitação para participar, talvez não tivesse me reconhecido.

Sobre seu afastamento e minha procura por ela na *internet*, contei que as meninas sempre me perguntavam por notícias suas, mas que eu respondia que não sabia de nada. Falei

---

ainda que mesmo acompanhado-a na comunidade, achei que não tinha o direito de falar dela para as outras, pois se ela se apresentava na comunidade com um perfil falso é porque não queria ser reconhecida. Pouco tempo depois desta nossa conversa, Bárbara me adicionou no MSN e passamos a conversar pela *internet* com bastante frequência.

Com o tempo ela revelou que tinha abandonado a terapia porque descobriu que haviam lhe diagnosticado com transtorno de personalidade e que ela não tinha sido avisada disso. De acordo com o que ela informou, só tomou conhecimento do tal diagnóstico porque leu uma *xerox* que ela fez do seu prontuário médico. Aborrecida com o diagnóstico, do qual ela discordava, e com o fato de não ter sido informada a respeito, ela resolveu abandonar o tratamento e passou a investir com mais afinco no projeto de publicar um livro no qual ela poderia compartilhar suas experiências enquanto sujeito anoréxico e bulímico. Sobre a experiência de escrever Bárbara declarou na comunidade:

(...) ando meio cansada ultimamente [por causa de um treinamento para um emprego], chego em casa escrevo um pouco durmo. Acordo no meio da noite com algumas pensamentos, vou e escrevo... to vivendo em função disso e tô amando! é muito terapêutico e gratificante.

Quando conheci Bárbara senti muita dificuldade em entender o relacionamento que tinha com a mãe, Alice. Pelo que ela falava sua mãe parecia ser alguém muito ríspida e dominadora. Ela dizia também que a mãe não apoiava a filha em dar continuidade ao tratamento. Uma vez, quando conversávamos, Alice disse que ficar doente era coisa de rico. Além disso, Bárbara dizia que sua mãe acreditava que sua convivência com as outras meninas do ambulatório lhe fazia mal, pois uma estimularia a outra a continuar emagrecendo. Alice também não concordava que a filha fosse medicada, pois achava que os medicamentos causariam dependência. Por não concordar com o tratamento, Alice, mesmo quando ficou desempregada, não acompanhava a filha ao ambulatório. Conforme as declarações de Bárbara, ela até preferia que a mãe não fosse porque tinha medo de que ela fizesse outro escândalo no hospital, ocasião que aconteceu quando eu ainda não fazia pesquisa de campo no local, mas que Bárbara descreveu como muito constrangedora. Bárbara diz que várias vezes sua mãe a fez passar vergonha perante as pessoas.

Quando Bárbara ia às consultas sempre ligava para mãe avisando quando chegava ao hospital e quando ia embora para casa. Quando falava com a mãe ao telefone sua voz se transformava num misto de ternura e nervosismo. A voz de Bárbara ao telefone manifestava, de alguma forma, a confusão de sentimentos envolvidos na sua relação com a mãe.

Bárbara é filha única de sua mãe. Alice engravidou aos 18 anos. Segundo Alice, ao contrário da filha, sempre gostou de curtir a vida, saía muito e namorava muito. Era vaidosa, mas sem exageros. Quando conheceu o pai de Bárbara tinha um *affair* com outro rapaz. Alice descreveu o pai de sua filha como alguém muito educado e inteligente. O pai de Bárbara é estrangeiro e quando Alice o conheceu estava no Brasil fazendo faculdade em Fortaleza. Alice relembrou que gostava muito de estar com o namorado e sua turma de amigos, pois eram ótimas companhia.

Alice teve sua filha, mas ela e o namorado não casaram. Bárbara ainda nem havia nascido quando seu pai concluiu os estudos e voltou para o seu país de origem. Segundo mãe e filha foram poucas as vezes que Bárbara falou com pai ao telefone e até a adolescência não o conhecia pessoalmente. Com uma filha pequena para sustentar, Alice disse que trabalhava muito mas, mesmo trabalhando muito, ela declarou que nunca deixou de se divertir e namorar. Bárbara também guarda lembranças dos namorados da mãe do tempo em que era criança e, sobre as relações amorosas da mãe, ela também manifesta ter alimentado uma grande mágoa. A seguir transcrevo trechos de uma conversa que eu e Bárbara tivemos pelo MSN na qual ela relembra da infância ao lado da mãe e de um de seus namorados<sup>17</sup>.

Eu não tive uma infância normal. Nem adolescência. Sempre fui peculiar... No mundo da lua. Com 10 anos... no dia da gravação do vídeo da eucaristia lembro **DEMAIS** de ficar me perguntando porque da vida, porque eu tava viva. Tentei me matar a primeira vez com 11 anos. “Tentei” porque não consegui. Tava esmagando remédio pra carrapato e ia tomar, ia mesmo, a empregada chegou na hora e jogou na pia. Mas antes... eu tentava me matar prendendo a respiração, era burra o suficiente pra achar que isso ia me matar. Ficava de quase 2 min até ficar vermeeelha. Eu me jogava na frente de carros, não sei como nunca fui atropelada. Eu fiz isso pelo acumulo de tudo. Eu nunca perdoei minha mãe. Muito menos o meu pai. Ela fudeu na hora que eu mais precisei dela. Com 9 anos ela levou um homem para dentro de casa que espancava ela demais. Eu ficava vendo tudo chorando. Ia com ela no hospital com braço quebrado, olho roxo... e ela me fazia ligar para ele do hospital implorando para ele ir vê-la... Porque ela precisava muito dele. Se eu não fizesse isso ela me bateria até sangrar, como ela fazia quando tava com ele. Eu ia e ligava **CHORANDO**. E foi assim... até meus 12/13 anos. Cada vez pior. Minha tia me levava pra polícia pra tomar minha guarda, mas eu tinha tanto medo da minha mãe, que chorava lá desmentindo tudo pra voltar pra casa. E sabe o que é pior? É ver que ela quer sofrer porque ela tá cega. Dai ele terminou com ela e pra completar... ela tenta suicídio e me ligam pro colégio, e vou de táxi pro hospital. Imagina eu viver isso sem contar pra ninguém. Nunca. Nem minhas melhores amigas... porque eu sentia nojo, vergonha de mim e de tudo. Ela arruinou minha vida. Ela gastou todo dinheiro que tinha. A gente passou por uma crise foda depois disso. Eu achava tudo nojento. O relacionamento deles... ela ficou 6 meses numa rede. Eu ia pro colégio e voltava sozinha. Eu que fazia minha comida, saca? Eu tinha que cuidar dela. Ai com 14 anos as coisas “melhoraram um pouco”. Ela do nada surtava e me batia dizendo que por minha causa ele tinha deixado ela. Cara é tanta coisa. Minha mãe achava

---

<sup>17</sup> Por ser comum no MSN as pessoas escrevem as palavras abreviadas, com o objetivo de melhorar compreensão dos leitores transcreverei as palavras abreviadas na íntegra. Palavras em caixa-alta, pontos de exclamação, reticências e outros sinais gráficos, deixarei conforme o original. Minhas falas sempre apareceram em itálico.

que eu transava com ele. EU COM 11, 12 ANOS, CARA. Minha mãe era uma doente. Te juro, por Deus. *(E porque ela achava isso?)* Porque ela era neurótica, obcecada por ele. Ela vivia soltando indiretas, sabe? Eu odiava ter que sair com eles por isso. Imagina pra mim, uma criança. *(Mas ele alguma vez se insinuou para você?)* Não, graças a deus. (...) Comecei a mudar freneticamente de colégio depois da 7ª. série. Nunca fixava amigos. Minha mãe era muito escrota. Ela me batia tanto, tanto, cara que nem sei. Se ela entrasse no quarto [e] tivesse um papel no chão, ela pegava o cinto. Ela toda semana derrubava todo o guarda roupa e me fazia organizar tudo. Me espancava se perdesse uma borracha da escola. Era uma merda. Eu tinha que ser adulta com 8 anos de idade. Ela me dava as chaves de casa, eu ia pro colégio sozinha, esquentava minha comida porque ela trabalhava no shop [e] só a via à noite sabe. Hoje não quero ser adulta. Não tive chance de viver a infância como uma criança normal. *(E agora, porque ela parece ser tão preocupada contigo?)* Porque eu sou a única coisa que ela tem? No fundo no fundo... ela sabe que só tem a mim. O marido dela pode cair fora qualquer hora. Lembro o primeiro dia que fiquei sem comer... foi quando meu avô faleceu. Eu tinha 13 anos. Passei o dia no enterro só com café. *(Agora você pertence a ela?)* Ela me tem como objeto. Pior... O PIOR é que pertença. *(Você acha isso?)* Não posso viver, sabe? Ela nunca vai admitir eu ir embora, morar sozinha. Ela me tem como propriedade [e] depois do que aconteceu em 2006 então... [viagem para morar com o pai e estudar fora do Brasil] Ela usa isso como desculpa. Diz que sou incapaz de viver sozinha. *(E você acha que o seu controle aparece como nessa relação de propriedade?)* Talvez. *(Como você acha que isso aparece?)* Eu não dependo da minha mãe, isso eu sei. *(Mas ela acha que você depende...)* Eu tento me desligar dela com a comida, sei, lá. E pra completar meu pai fudeu tudo. Ele e a mulher dele... eu só queria ter um pai, sabe? Viajei, e me frustrei legal. Pronto. Isso foi o suficiente pra cair em queda livre. Todos meus planos, sonhos... por água abaixo. Eu me imaginava em um lugar tão diferente de onde estou sabe Mayara. E o pior é saber que eu deixei tudo acontecer... *(E no meio dessa história ainda tem o lance da faculdade né?)* Tem. Meu sonho. Minha vida. Que nem sei se vou conseguir realizar um dia. Esse atualmente é um dos pontos que me impedem de ficar “boa”. Porque não vejo motivos. Porque não tenho metas... porque sei lá pra que. Tudo perdeu sentido. Apenas respiro, Todos os dias. Tenho um coração batendo no peito. Mas viver não é isso. Pareço serena, “bem”... me falaram hoje de novo que tô bem, como eu transmito paz. Acho que com o tempo... tô conseguindo interpretar algo que não sou, só pode! E é inconscientemente. (...) Mas imagina pra alguém com 21 anos que tinha tantos planos... estar hoje como eu estou? Sem fazer porra nenhuma? E a cada dia que passa fico mais distante de tudo. (...) Mas entende que tô tão acostumada nessa vida de merda que tenho medo de largar, entende? Medo de “viver”, medo de sentir emoções. É mais cômodo ficar aqui reclamando de tudo sem fazer nada, porque no fundo... eu escolhi isso para mim, não exige esforço e no fundo acontece o que eu quero que aconteça. Eu não tenho que viver a minha vida... Nem sentir as responsabilidades de um adulto. Eu odeio tomar decisões, ser questionada, sei lá. Acho que nasci pra isso... são 4 anos direto na mesma merda... minha vida se resume a isso. Atualmente 90% dos meus amigos tem transtorno alimentar, pessoalmente e pela internet. (...) Sabe aquele ditado? Unidos venceremos, ou morremos. (...) Experiência é algo intangível. E sentir as contradições dentro de mim é complexo. As pessoas não entendem. Acham que é algo simples. Mas isso é interligado de toda forma na minha cabeça.. me perguntam.. porque você não se ajuda? Você não quer melhorar? PORRA LÓGICO QUE QUERO. Quem quer ficar numa merda de vida vegetativa? Todo mundo te olhando com pena.. como se você fosse uma coitadinha. Coitadinha que nada. Todo mundo tem problemas.. E to onde to indo, foi porque eu permiti. Minha culpa, minha máxima culpa. Eu tive chances, oportunidades.. sei lá. Só que dentro de mim tem duas barbarinhas.. uma não quer melhorar. Não quer mesmo. E outra quer. Só que não consigo sobressair a mais conveniente. É foda. “Só depende de você, só do seu esforço, melhorar”. Cara, quando começo a engordar não paro mais.. tenho medo de engordar e me matar, fato. Quando tomei veneno de rato.. eu tava magra mas eu tava “voltando a comer”. Foi suficiente uma briga com minha mãe e pronto, decidi: é agora. Acabou. Eu penso muito em me matar, Mayara. Sabe porque não faço isso? Porque não quero morrer gorda. É como desistir de um sonho. E esse

sonho eu não me permito largar [emagrecer]. Porque é a única coisa que depende só de mim... e de nada nem de ninguém mais (...).

Nos seus relatos, Bárbara também diz que passou a perceber uma mudança significativa na sua alimentação a partir dos quinze anos, quando começou a ter compulsões alimentares, mas isso não era freqüente. Ela diz que a sua mãe desde muito jovem também tinha problemas em manter o peso e declarou que quando criança surpreendeu a mãe vomitando algumas vezes, mas que não entendia o porque dos vômitos. Só depois que ela passou a induzir vômito com o intuito de refrear o ganho de peso é que entendeu o que a mãe fazia.

Aos dezoito anos Bárbara foi morar com o pai no exterior com o propósito de cursar uma faculdade. Disse que foi durante esse período que os episódios de compulsões alimentares, que ela diz ter iniciado aos quinze anos, gradativamente tornaram-se mais freqüentes. Certa vez descreveu numa conversa pelo MSN como foi sua rotina de compulsões quando esteve fora do país:

Eu comia compulsivamente para vomitar depois. Ia pro *burger king* comia o lanche em segundos e corria para o banheiro de lá vomitar. Todo mundo já me conhecia lá, já. (*Porque você ia muito lá? E as pessoas percebiam que você ia vomitar?*) Cara certeza. Ia toda semana e pela forma que eu comia. Parecia que tava passando fome, saca? E sempre corria para o banheiro. Ia não era movimentado... No banheiro do shop do cine, [o] mesmo das fotos que eu tava gordinha [me enviou umas fotografias tiradas na época em que estive fora do Brasil]. Uma vez a servente bateu na porta perguntando se eu estava bem e se queria ajuda. Foi deprimente. 2006 o pior ano. (*Vomitar deve dar um alívio né?*) Pior que dá. Faça-me o favor de vomitar as suas dores. Parece que sai tudo, entende?

Para Bárbara o ano de 2006 foi um ano de muitas mudanças, expectativas e frustrações. Viajou para um país estrangeiro no qual enfim conheceria seu pai. Iria realizar o sonho de estudar medicina. Aos quinze anos teve um “namoro que não foi namoro” com uma menina. Bárbara descreve assim a relação porque o namoro foi à distância. Sua namorada morava numa cidade do interior do Estado do Ceará. Com o fim do relacionamento, conheceu um rapaz e começou a namorá-lo, mas depois da viagem o rapaz resolveu terminar o namoro porque, conforme declarou: “meu ex-namorado terminou comigo pela doença. Me deixou quando eu mais precisei dele. Me afundei numa puta crise”. E as crises apareceram depois que Bárbara foi morar com o pai e não foi recebida como esperava. O pai foi distante e pouco amoroso. E a mulher do seu pai a recebeu com hostilidade.

Segundo Bárbara sua madrasta fez de tudo para afastá-la do pai. Mentia quando dizia ao marido que Bárbara não levava a sério a faculdade e provocava confusão quando o pai lhe dava algum dinheiro. Bárbara disse que sempre teve o hábito de estudar durante a madrugada, assim, enquanto todos dormiam a jovem se dedicava aos estudos. Durante o dia ela dividia o tempo indo às aulas e dormindo. Ela lembra que sua madrasta usava o fato de dormir durante o dia como argumento de que não estaria comprometida com os estudos. Bárbara disse que tentava se defender usando seus argumentos, disse inclusive que o período em esteve lá estudando sempre tirou excelentes notas, mas seu pai nunca se interessou em pedir o seu boletim. Com o comportamento da madrasta, Bárbara temia se aproximar do pai. Ela declarou que ficou hospedada numa espécie de compartimento externo à residência paterna durante o tempo em que viveu com ele. Disse ainda que devido à rotina de trabalho do pai, à sua própria rotina escolar e à arquitetura da casa, que dificultava a comunicação, pai e filha conversavam mais por telefone do que pessoalmente. Declarou que se reuniu com o pai e a família em duas oportunidades: na comemoração ao dia do aniversário do pai e na comemoração ao dia dos pais.

Sozinha e imersa numa forte crise sentimental, as compulsões alimentares tomaram conta da sua rotina e conseqüentemente seu peso aumentou. A forma que Bárbara encontrou para resolver seu problema com o peso foi parar de comer. Passava dias sem comer. No MSN disse: “Foi-se o tempo que ficava 7 dias na água. Eu ficava pra morrer no 7 dia. Nem me levantava mais. Ficava o dia vendo TV. Ai voltava a comer depois. Meu máximo foi 7 dias, só”. Falou outra vez que seu “alimento” eram os inibidores de apetite. Afirmou que no país onde esteve este tipo de medicamento é vendido sem receita médica, portanto, comprava a quantidade que desejasse. Perdeu muito peso, estava magérrima e seu pai ignorava seu problema.

Quando voltou à Fortaleza, para passar férias, Alice quase não reconheceu a filha tamanha era sua magreza. A mãe, preocupada com a saúde da filha não permitiu que Bárbara deixasse o país e nem regressasse à casa do pai. A anorexia fez com que Bárbara se livrasse da frustração de viver ao lado de um pai distante, mas a trouxe de volta à rotina de conflitos com a mãe.

Considerando a trama familiar em que a relação entre mãe e filha foi construída, penso que Bárbara tenta mobilizar a mãe a assumir o seu “papel de cuidadora”, contudo, de acordo com os depoimentos da filha, não é só ela que precisa de ajuda, sua mãe também parece demonstrar que precisa ser amparada e cuidada. Nesta trama familiar há um embaralhamento de papéis entre mãe e filha do qual Bárbara tenta se libertar. A seguir outro

trecho de uma conversa pelo MSN – nesse diálogo eu também coloquei para ela a relação que tenho com minha mãe:

Mayara. Minha mãe tá tão estranha!. (*Sua mãe?*) É. Tá com ataques de pânico, às vezes ela me assusta. (*E ela já tinha isso?*) Muito pouco. Esses dias ela tá meio histérica, aérea... Não sei, oh. Sorte que ela tem consulta marcada com a psiquiatra semana que vem. Te contei tudo sobre minha mãe Mayara? Ela é doente. (...) Ela tem síndrome do pânico e cleptomania! Isso tá me afetando muito Mayara. Muito medo... Ela passa tudo pra mim, nem sei mais. Vô pedir para psiquiatra interná-la um tempo antes dela ser presa! (...) Não sei mais o que fazer. Cara não adianta falar... Num sei mais o que fazer. Não consigo cuidar nem de mim, ter que ser mãe dela também. Tenho muito medo porque dependo dela. Ela tá afastada do trabalho. Ela não tá nada bem, normal. (...) (*Mulher. Eu sei que é difícil não se preocupar com ela, mas não há muita coisa que você possa fazer. Então cuide de você que já é muita coisa.*) Ai, ai. Mas é fácil falar. Eu fico nervosa a mil. Ansiedade, tudo! Vô comer porque não comi nada hoje ainda. (...) Eu não agüento mais viver em casa [2]<sup>18</sup>. Minha mãe é louca, mas as vezes é legal. Cara eu também quero ir [embora de casa]. Mas só vou fazendo faculdade... Vô tentar federal agora né. Mas não passo... Queria fazer faculdade e tentar bolsa. Ir atrás da minha vida, não dá mais Mayara. Tô me aniquilando aqui. (...) Eu estou me tornando uma mulher igual a ela [2]. Aliás, estava sabe? Mas mudei. EU NÃO QUERO SER IGUAL. Sabe? Não suporto tudo na minha mãe. Quase tudo não tolero. Como me tornar igual? Que merda. (*Cada vez que eu vejo que faço coisas como ela [minha mãe] me dá uma revolta tão grande. Porque eu não acho que ela é uma mulher bem sucedida e eu quero muito ser diferente, nem que eu me foda, mas eu quero me foder do meu jeito, você entende?*) [222222222222] Mayara, eu sinto você. Acredite! (...) (*Acho que toda mulher ama e odeia a mãe*) Certeza. Eu sinto exatamente isso! (...) (*Eu sinto que eu só sou eu se não for ela*) Eu também. Mas vamos mudar isso, né? Não podemos deixar acontecer issoooooo!.

Depois que retornou a Fortaleza, Bárbara deu início a uma nova etapa em sua vida. Fez vestibular, ingressou no curso de nutrição e começou a fazer tratamento num ambulatório de transtornos alimentares, mas, entre idas e vindas, tentou suicídio e passou a ser assistida em outro hospital. Depois disso trancou a faculdade, deu continuidade ao tratamento, sempre com idas e vindas, e na medida do possível, comunicava-se com suas amigas da *internet*.

Enquanto pude acompanhar o tratamento de Bárbara, a única vez que vi Alice acompanhar a filha ao hospital foi após uma internação depois que Bárbara passou mal num treinamento para um emprego – este seria o seu segundo emprego dela depois que nos conhecemos. No hospital foram realizados exames bioquímicos. Os resultados dos exames mostraram que a taxa de potássio que Bárbara tinha no sangue estava extremamente baixa. De acordo com mãe e filha, o médico que a atendeu disse que se Bárbara tivesse demorado um pouco mais para ser atendida poderia ter sofrido uma parada cardíaca. Alice disse que a filha

<sup>18</sup> O número dois colocado entre chaves ao lado ou após uma frase que o interlocutor escreve tem o mesmo uso gramatical das aspas. Significa que o receptor da mensagem se sente apreciado com o conteúdo.

confessou que não estava se alimentando e que ainda vinha tomando diariamente diuréticos. Quando cheguei ao hospital para visitá-la Alice recolheu minha bolsa dizendo temer que eu estivesse levando algum medicamento para sua filha. Alice me pediu desculpas pela abordagem, mas disse que preferia não arriscar, que queria garantir que a filha não tomaria laxantes naquele estado de saúde. Confesso que fiquei surpresa com uma abordagem tão contundente, mas eu entendia as preocupações de Alice. Após este internamento, entre os meses de outubro de 2009 e março de 2010, Bárbara esteve internada por mais três vezes e, dentre estas internações, uma foi por tentativa de suicídio.

Sobre a terapia, as relações familiares e o efeito de tudo isso em sua vida Bárbara desabafou na sua comunidade no Orkut:

sempre que vou à psiquiatra volto reflexiva. acho incrível a forma de enxergar as coisas deles, da minha psiquiatra então.. eles vêem através do olhar, de modo profundo e peculiar. eles sentem pela nossa voz.. a sinceridade ou a dissimulação. não esqueço nunca de uma palavra que o psiquiatra do tratamento de transtornos alimentares daqui me falou uma vez: **você esta se boicotando, Bárbara.** e sabe que é a pura verdade. sempre me autoboicotando. engano a mim mesma às vezes, quase sempre. também preciso inegavelmente de uma atenção (que me compreenda). preciso perdoar meu pai porque ele simplesmente não queria ter uma filha. não nas condições que teve. preciso perdoar a mulher dele por ter fodido minha vida. perdoar minha mãe por ter sido omissa, exigente demais e carente. por todo mundo ter me deixado sozinha quando eu mais precisei.. na hora da construção dos valores e personalidade. sou incompleta. falta pedaços de mim, em mim.. e não sei como começar a preenchê-los, porque o tempo tá passando e o circo se fechando. preciso ser adulta. a vida me exige isso. mas.. simplesmente não sei como corresponder às expectativas da vida, das pessoas. porque.. eu, simplesmente, sou uma eterna criança medrosa que não quer tomar decisões, nem casar.. muito menos ter filhos. só queria poder viver em paz do meu modo.. mas cada dia as coisas ficam mais impossíveis. as cobranças me aniquilam (grito dela).

Ao contrário das próximas biografadas, Bárbara não enfatiza a questão estética como fim ao submeter-se a um regime alimentar rigoroso. Para além da questão estética, o regime alimentar ajuda Bárbara a alcançar questões de foro íntimo, como traumas de infância ou mesmo mobilizar a atenção de pais ditos ausentes. Contudo, ela também acredita que a cultura contribui para que o alimento seja o objeto escolhido para ajudá-la a preencher um vazio. No Orkut ela diz:

cada um encontra a sua forma de viver ou “sobre”-viver diante de alguns problemas. eu sei que tudo isso é uma doença. mas antes de ser uma doença, antes de se chamar anorexia, bulimia, o que quer que seja... é algo que preenche algum tipo de vazio, no qual você usufrui de alguma forma (cada pessoa usufrui de uma maneira) e essa tentativa de sobreviver (a meu ver louvável, porque por trás de cada uma de nós aqui há muitos traumas de infância, pais e ou mães ausentes, famílias desequilibradas, personalidade flexível) e uma cultura que propicia muito.

Quando ouço essas jovens, umas das palavras que elas mais recorrem para exprimir tudo o que fazem é o **controle**. Se há uma palavra que conecta a experiência das anoréxicas à cultura, esta é a palavra. Conforme Lipovetsky (2000) e Marzano-Parisoli (2004) o significante feminino privilegiado na contemporaneidade é a beleza. Contudo, não é qualquer beleza que é digna de reconhecimento. Na contemporaneidade, para se alcançar a beleza, é preciso um forte investimento para se construir um corpo sem marcas e sem gorduras. Só se alcança esta beleza quando se alcança o autodomínio do corpo, quando suas dimensões, medida e processos internos são controlados.

Analisando a história de algumas personagens da ficção, Marzano-Parisoli acredita que a mensagem que recebemos destas obras nos diz que: “É por sua magreza que as mulheres podem comprovar o controle e o domínio de si, enquanto que por sua obesidade elas ostentam sua fraqueza, como mostra Marcia Millman em sua obra *Such a Pretty Face* (1980)” (2004, p.40). E conforme revela em seu depoimento, para Bárbara a mulher acometida por um transtorno alimentar encontra neste discurso sobre a beleza feminina uma possibilidade de controle nunca antes experimentada.

No Orkut Bárbara emite sua opinião sobre a culpa da mídia em relação aos transtornos alimentares:

é uma doença, que NÓS, desse mundo 'sobrevivemos como um instinto de sobrevivência', ou seja, faz parte da nossa vida. não que nós vamos levantar a bandeira VAMO GENTE: ANNA/MIA É O FUTURO, só traz coisa boa! é lindo, delicioso ter isso, VAMOOOOOOOOOS \Ô/[.] pelo amor de deus, né? mas tbn ser hipócrita e dizer que nós não usufruimos do NOSSO mundo, por favor. cada uma vê nisso tudo um esconderijo. um momento em que você pode ser VOCÊ. sem ngm te criticar/julgar, etc. nós acabamos levando como UMA FORMA DE VIVER/SOBREVIVER. estilo de vida acho que é exaltar um pouco o que vivemos. digo que é uma doença mas nós APRENDEMOS a viver/conviver com ela, da melhor forma que podemos. (...) Sabe, se vê MUITO por aí falando "ah, a culpa é da mídia que estipula um padrão de beleza tal". Eu discordo. Porque acho que ninguém aqui acordou um dia e pensou "omg, estou gorda, preciso ficar igual a gisele bundchen se não ninguém vai me aceitar na sociedade". CLARO que isso ajuda, porque é óbvio que os gordos sofrem preconceito e tal, mas NÓS também sofremos desse jeito. Acho que "o buraco é mais embaixo". Pelo menos PRA MIM foi uma espécie de válvula de escape de todos os problemas que eu estava tendo e considerava sem solução, aliada a falta de um objetivo concreto, sabe. Você passa a vida tentando entender o porquê da vida e não descobre, chega uma hora que você precisa de alguma coisa pra sobreviver, e a ana foi o meu escape, e acredito que tenha sido mais ou menos assim pra muitas outras meninas.

Bárbara também argumenta com um novo membro da comunidade que, embora a questão do controle seja uma característica das anoréxicas que causa admiração entre muitas pessoas que desejam perder peso – eu mesma já ouvi pessoas dizerem que queriam ficar

anoréxicas para perder peso -, ela tenta convencê-lo de que este controle leva a uma vida infeliz:

bom, Lauren. seja bem-vinda na comunidade.. achei seu comentário válido, mas sou contra. você me demonstrou ter inteligência o suficiente para entender que este não é o caminho. que esta não é a força de vontade que move montanhas. que nós não somos NEM DE LONGE, exemplos para ninguém. sim, obesos fazem redução de estômago (lembrando que SOMENTE em casos onde sua saúde está posta em risco, e os benefícios serão - pelo menos aparentemente. - melhor que os malefícios.) mas obesos emagrecem de forma saudável, seguindo dietas equilibradas feitas por nutricionistas, através de exercícios físicos, caminhadas, academia, etc. anorexia, bulimia e compulsão alimentar SÃO DOENÇAS. mas me desculpe se interpretei mal, mas você passou aqui como se o controle sobre a comida fosse algo invejável, vanglorioso, etc. eu sei que muitas que 'têm' um certo controle sobre a comida não são/estão doentes, mas AINDA. acredito que muita gente aqui que começou isso só por 'admirar' a força das anoréxicas/bulímicas se fudeu muito (desculpem o termo). porque isso não é admirável, louvável. e esse controle é passado para a comida, mas ele advém de muitos outros controles mal-sucedidos durante toda nossa vida. ele é nossa última saída. e realmente funciona, porque conseguimos o 'controle'. mas você pode me dizer alguma vantagem nisso? uma vida infeliz, regrada aos mínimos detalhes, minunciosamente cronometrada, desde a hora que você acorda, vai ao banheiro ao tempo disponível para alimentar-se, a forma de comer uma simples maçã com uma colher de sobremesa raspando camadas finas delicadamente e colocando-as na boca (refeição que dura cerca de 3-4 horas), solidão, depressão, vazio, e tudo isso é uma bola de neve! porque depois que você entra de cara, boa sorte. e digo porque eu sei. porque conheço pessoas que convivem comigo e que tudo começou assim. e sabe qual é o primeiro passo? EVITAR. como se evita algo gelado quando se está gravemente gripada. quando não começa, não tem como continuar... acho que cada uma aqui vive uma dualidade de amor-e-ódio. porque esses são os sentimentos opostos, porém mais próximos que já senti e conheci. nós amamos e odiamos esta doença. amar? palavra forte.. mas você se agarra nela com unhas e dentes e dedica sua vida de forma tão integral, que isso é amor. - apesar de doentio. - odiar? sim, porque ela te dissolve, absorve, te diminui até um tamanho tão pequenos que nem todas as lúpas da galáxia seriam capazes de aumentá-la. eu já pesei quase 70kg.. não comecei por meio de orkut fake, blog, etc. nesses lugares eu descobri o que vivia, soube nomear meus sentimentos e compartilhar meu sofrimento com meninas que viviam um pouco do que eu vivia. aqui virou meu refúgio por não saber mais onde procurar alguém que me entendesse, enfim. eu não sabia o que era, pude então saber e ver que eu não era a alienígena que eu imaginava ser. mas em compensação maximizou (querendo ou não), o meu desejo e minha competição comigo mesma. MORAL DA HISTÓRIA: não existe essa de entrar para emagrecer, me desculpe a sinceridade. isso tudo é desculpa, nós sabemos que é. quer emagrecer? vai no médico, faz um check-up, pede indicação de um nutricionista e vai fazer uma atividade física. isso aqui [não? é brincadeira, isso aqui NÃO VAI PARAR quando você quiser. ela vai te engolir, te dissipar. você não vai mais viver, não vai saber o que significa. por favor, [não] vamo contar piada pra outro boi dormir. procurar isso aqui só pra emagrecer não rola. e se você o fez inocentemente.. faz uma pesquisa antes de 'penetrar' nisso. pergunta as meninas se ela optariam algum dia ter escolhido conhecer isso ou não. enfim, fudi mt minha vida com tudo isso.. e minha terapia agora é escrevendo e tentando externizar td que senti.. transcrever tudo o que vivi, me fudi, vomitei, jejei, etc. de 68kg fui para 47kg em 4 meses em 2006, me afundei na coisa mais fudida que jamais poderia ter imaginado me afundar. a qual ainda procuro alguma saída. e desde então eu não vivo. vivem por mim. e eu apenas fiquei estática, assistindo a alguém conhecer o inferno e apreciá-lo. bom, força de vontade? coloca isso no google e vê os resultados. que tal as pessoas que superam as dificuldades da vida, a fome, as debilidades físicas, mentais.. e SE SUPERAM? acho que força de vontade é isso. força de vontade é sobretudo, AMAR SUA VIDA e querer viver acima de tudo, independente do que a vida tenha reservado para você. superação de limites não de inanição ou controle.

mas superar limites impostos pela sociedade a pessoas pobres, deficientes físicos e mentais.. portadores de síndrome de down, etc. ACHO QUE ISSO É FORÇA DE VONTADE. pelo menos para mim. (...).

Controle, força de vontade, levar o corpo ao limite... Conversando com Bárbara pelo MSN ela me explicou porque o controle aparece como algo tão importante na sua vida. Primeiro ela me falou do quanto sentia saudades do tempo em que passava sete dias sem comer, depois falou do consumo de produtos “zero”, até chegarmos ao tema controle.

Hoje tomo tudo que é zero. Refrigerante, suco. Só não trident nem café. Nada com calorias reais. Uhaihui [risos] *(É quase um treinamento de guerra né?)* Praticamente. Foda como me sinto tão bem e tão mal, sabe? Tão bem por estar limpa, vazia, forçando o corpo ao limite e mal por saber que merda que to fazendo minha vida e das pessoas que gostam de mim. *(Mas a guerra é contra quem?)* Contra eu mesma. *(Contra o eu que se senti bem ou contra o eu que se senti mal?)* Contra o eu que se senti bem. Sentir-se mal é normal, aceitável. (...) Não comenta nada que te falei do namorado dela [Beatriz].. É exatamente como te falei, ela ta super dependente dele. E tenho muito dela dela se machucar muito. *(Mas porque você acha isso?)* Foi ele mesmo que deletou o Orkut dela. Porque ela mesma falou que não consegui viver sem ele mais, que não sai sem ele, etc. *(Hum)* Poise. *(Não sei o que dizer sobre isso)* Sei lá, espero que eles fiquem bem. Cara eu sei como é, sabe? Você depender de alguém para tudo.. Depender da pessoa estar com você, gostar de você.. Pelo simples fato de você saber que ela esta ali. Você fica carente e dependente.. Só que acho que a solidão é importante. Nunca aprendi tanto com esse tempo que to sozinha. Meu último namorado faz 2 anos. Sabe o que é isso? Há dois anos que não me envolvo com ninguém, fora uns poucos casos de ficar. Não fico com ninguém desde o carnaval. Mas não quero saber de ninguém. Pessoas me machucam demais e não agüento mais nada. Prefiro depender só de mim. Tenho medo de terminar sozinha. Muito medo, mas não sei se isso vai ser ruim.. Eu mudo de humor rápido, vivo melhorando e recaindo, ninguém nunca entenderia. Sei lá, liguei o foda-se pra tudo. Pra relacionamentos, intimidade. Eu dependo muito, May. Não quero mais isso. Meu ex terminou comigo pela doença. Me deixou quando mais precisei dele. Me afundi numa puta crise. Eu to ótima agora, daí sei lá. Tenho medo de qualquer contato que saia do meu controle. *(Ótima como?)* Ótima comparada a antes. Eu tenho que controlar tudo Mayara. Minha vida, meus sentimentos. Não dá pra me apegar a ninguém.. Eu saio do controle, quando vejo que to gostando muito. Não tenho meio termo. Eu AMO MUITO e me fodo. Me apegô muito, sei lá. Entende? Não consigo deixar que me tirem isso. Eu fico aqui no meu casulo, ninguém penetra aqui. É muito cômodo ficar aqui assim. O mundo dói menos. Viver dói menos. Ninguém me machuca, saca? Porque não permito. Porque fico tão fechada dentro de mim.. Que supero fácil, como se nada tivesse acontecido. Não consigo me ligar muito nas pessoas por isso. Me afastei de todo mundo, saca? Amigos, “família”. E assim, vou vivendo. *(Me responde uma coisa)* Respondo sim. *(Você diz que não quer depender de ninguém certo?)* Não quero. *(E como você define sua relação com a comida? O seu controle)* É diferente. Porque é exatamente ele que me afasta “das coisas ruins”, das dores, sofrimento... Ele é um objeto, ser inanimado. Seres humanos são cruéis. Erram e muito, como eu. Nunca vivi muito, sabe? Mas só pouco que vivi me fudi legal. Com meu pai, com pessoas que eu tinha expectativa. Pior coisa na vida que existe é: expectativa. *(Você já parou para pensar porque tentou se matar?)* Mayara, sim. Foram várias coisas. Eu tava susceptível, muito deprimida. Mas eu sei. *(E porque você acha que fez isso?)* Eu nunca tive uma infância normal. Nem adolescência. Sempre fui peculiar... (...).

Daí pra frente Bárbara descreve sua infância, a relação com a mãe e a ausência do pai, a continuação deste depoimento já foi transcrito acima e foi posicionado de modo a obedecer a uma ordem cronológica dos acontecimentos. Mas fazendo uma análise do meu próprio texto é bastante significativo concluí-lo exatamente onde começou.

Quando Bárbara vai falar da sua infância, e das experiências que a marcaram, ela primeiro explica o que para ela significa estar no controle. Logo acima ela se refere ao controle alimentar como um “controle que advém de outros controles mal sucedidos”. Quando pequena Bárbara se sentia impotente diante das adversidades, não tinha nenhum controle das circunstâncias da sua vida. A única maneira que conhecia de controlar sua vida era tirando-a, o que tentou fazer quando quis tomar veneno para matar carrapatos, quando se jogava à frente dos carros ou quando prendia sua respiração.

Na adolescência e agora na juventude Bárbara, como ela mesma diz, força seu corpo ao limite para saber se ainda está viva. No momento atual da sua vida as tentativas de suicídio ainda são recorrentes e o esforço em tornar seu corpo cada vez mais magro é diário. Para Bárbara, tomar conta de sua vida (num sentido quase biológico) é única coisa que depende dela mesma. É a única coisa sobre a qual tem controle.

Em nossa cultura midiática é muito comum encontrarmos depoimentos de pessoas que tiveram sua vida transformada depois que perderam peso. Existem seções de revistas especializadas em dietas dedicadas exclusivamente a isso. Na *internet* há milhares de *site* que nos ensinam que perder peso e manter uma alimentação saudável fortalece nossa auto-estima e melhora nossa relação com o mundo. A mídia nos ensina que a vida se resolverá com a perda de peso. A experiência anoréxica é prova cabal de que isso é verdade. A anoréxica **literalmente** resolve seus problemas perdendo peso, controlando suas medidas, por fim, seu corpo, sua vida. Portanto, a anoréxica não está alienada da sua realidade social, pelo contrário, esta muito atenta às suas demandas e ambivalências.

A anoréxica é conhecida por travar uma luta contra si mesma quando se recusa a comer, mas também entendi que seu poder de recusar o alimento é digno de admiração de outras pessoas porque a gula e a intemperança são comportamentos que ferem a ética corporal contemporânea. Assim, o comer humano não faz parte apenas da sua vida orgânica, fazer dieta nos define enquanto sujeito moral (Carneiro, 2004). O comer traz interseções entre a vida orgânica e a moral que fazem com que estas meninas se apropriem destes valores para tomar conta de suas vidas. É forjando uma vida de submissão e obediência ao padrão estético do corpo magro que elas desafiam a compreensão lógica da família, dos médicos e da sociedade de como é possível viver forçando o corpo ao limite e de como é possível encontrar

gratificação psíquica com tanto sofrimento. É obedecendo literalmente à cultura corporal contemporânea que elas operam uma vida de domínio de si, mesmo que esse domínio reverta-se contra elas próprias.

A seguir apresento mais duas trajetórias que também revelam o quanto o sentimento de estar no controle importa para as meninas que investem sua vida numa dieta alimentar.

#### 2.4.2. Beatriz: Corpo, alimento e amor nas relações mãe-filha

Beatriz, 18 anos, foi uma das pacientes por quem me afeiçoei mais depressa. Tem uma fala doce, um sorriso cativante e pede presentes como se fosse uma criança. Ela diz que gosta de ganhar presentes porque quando alguém compra algo para ela significa que foi lembrada.

É loira, tem pele e olhos claros. Chegou ao ambulatório extremamente magra. Mas, mesmo com seus aspectos físicos debilitados pela desnutrição - tais como: pele ressecada e amarelada; cabelos fracos e quebradiços; olheiras escurecidas e olhos sem brilho - tratava-se de uma adolescente bonita.

Eu e Beatriz nos aproximamos depois que retirei da minha bolsa uma caneta esferográfica com motivos da personagem Penélope Chamosa. Ao ver a caneta ela me perguntou onde eu havia comprado. Respondi que tinha sido próximo a minha residência. Ela perguntou se eu poderia comprar uma para ela. Respondi que sim. Ela pediu a mãe dinheiro. Eu falei que não precisaria, pois presentearia a ela e as outras com a caneta. Na semana seguinte levei algumas canetas. Beatriz ganhou duas, cada uma com estampa diferente. Demonstrou satisfação com o presente. Contou que tinha uma coleção de canetas e que adorava comprar objetos vendidos em papelaria.

Além de canetas, outro objeto que despertava grande interesse em Beatriz era a maquiagem. Sua mãe complementava o orçamento familiar vendendo produtos cosméticos e, com isso, Beatriz não perdia a oportunidade de convencer a mãe em presenteá-la com uma nova maquiagem. Quando começou a frequentar o ambulatório fazia uma maquiagem suave, mas aos poucos, foi perdendo o interesse em maquiarse e adornarse. Maquiagens, roupas, escola, amigos e o namorado, nada disso pareciam ocupar um lugar tão importante em sua vida quanto a comida.

Beatriz conseguiu manter por algum tempo uma alimentação muito restrita, contudo, se a comida não atravessa sua boca pelo ato da alimentação, esta não saía dos seus lábios através da fala. Por muitas vezes sua mãe se irritava com único assunto do qual a filha conseguia falar: comida.

Em muitas de suas falas, Beatriz ressaltava temer perder o controle sobre o que ingeria. Chorava muito. Queria se alimentar, mas sentia muita dificuldade porque temia voltar a comer em demasia e recuperar os 69 quilos que tinha antes de começar a fazer dietas.

Beatriz é filha única. Sua mãe, Luma, engravidou aos dezesseis anos de idade. Luma disse que sempre lutou para conquistar sua liberdade. Afirmou que desde cedo trabalhava e que se sentia incomodada em ter que pedir dinheiro aos pais. Disse que gostava de comprar suas coisas com o próprio dinheiro. Quando engravidou de Beatriz esperou ser pedida em casamento pelo namorado. Luma sonhava em ter sua casa e cuidar da própria vida longe da autoridade materna. Entretanto, Luma viu seus planos fracassados quando o pai da menina não a pediu em casamento. Depois da decepção amorosa rompeu com o namorado e teve sua filha com a ajuda dos seus pais e irmão.

Conforme os depoimentos de Beatriz, seus avôs e tio materno sempre a trataram com muito amor. Já com o pai, nunca teve uma relação de afeto, mesmo morando na mesma cidade e cruzando com ele pelas ruas, declarou que se sentia constrangida em falar com ele. Envergonhada, quando o avistava de longe, corria fugindo. Luma disse que o pai de sua filha, diante do comportamento da menina também não forçava uma aproximação. Nesse jogo de ressentimentos e receios de uma rejeição, pai e filha tiveram um contato praticamente inexistente. Na adolescência Beatriz disse que teve breves encontros com pai e que ela não se interessava em conversar com ele. Uma vez Beatriz revelou que considerava o tio o seu verdadeiro pai. Sobre a relação entre tio e sobrinha Luma disse que o irmão, junto com sua mãe, mimaram muito Beatriz fazendo todas as suas vontades.

Até os quinze anos Beatriz morou numa cidade próxima à Região Metropolitana de Fortaleza. Vivia com a mãe, os avôs e tio materno. Quando Beatriz tinha 10 anos de idade sua mãe foi morar na Capital deixando a filha sob os cuidados da família. Luma disse que resolveu vir morar em Fortaleza porque na capital recebia uma melhor remuneração pelo trabalho (costura e artesanato). Dizia que ambicionava ganhar melhor porque poderia dar uma vida mais confortável à filha. Luma declarou que toda quinzena viajava para sua cidade natal a fim de passar o final de semana com a filha e encontrar com a família. Luma afirma que sempre se sacrificou para dar uma vida melhor a Beatriz – já que a pensão que a menina recebia do pai era insuficiente para satisfazer suas necessidades e desejos de consumo. Sobre

a mudança para a capital disse que era grata à mãe por ter cuidado de sua filha enquanto estava longe. Mas, ao mesmo tempo em que tinha gratidão, também sentia mágoa, pois recebia acusações da mãe de que teria vindo a Fortaleza atrás de uma grande paixão. Luma se defendeu, disse que de fato viveu com o homem por quem estava apaixonada, mas que nunca deixou de considerar o bem-estar da filha.

Por volta dos treze anos Beatriz perdeu o avô. Após dois anos de sua morte ela e a avó vieram morar com Luma na Capital. Seu tio também se mudou para a capital e foi morar com a mãe, irmã e sobrinha. Ao mudar-se para capital, o tio de Beatriz trouxe para morar com a família sua namorada (da mesma idade da sobrinha). No início, Beatriz e a namorada do tio brigavam muito. Bia reclamava que depois que o tio começou a namorar esta moça recebia menos atenção e presentes. Além disso, a menina tomava partido da avó que reclamava que a futura nora não ajudava em nada nas tarefas domésticas.

Beatriz demonstrava ter uma grande estima pela avó, respeitava sua autoridade e a chamava de mãe. De acordo com as descrições de Luma e Beatriz a avó da menina é uma mulher de quase 70 anos que tem uma personalidade muito difícil. É controladora e faz de tudo para concentrar as responsabilidades domésticas para si, contudo, reclamava por ninguém ajudá-la. Luma culpa sua mãe pela gravidez precoce. Diz que se a mãe não fosse tão controladora, não teria desejado desde muito cedo ter uma vida independente. Diz que queria casar-se para fugir da soberania materna. Na visita que fiz a sua residência tive a oportunidade de conhecer a matriarca da família e de fato ela me pareceu ser alguém com um temperamento muito forte.

Beatriz não falava muito da infância. Mas das vezes que narrou sobre esta fase da vida sempre evocava a questão dos alimentos. Beatriz me contava em tom de voz nostálgico que na infância e no início da adolescência sua vida era muito diferente. Quando era gordinha disse que se sentia feliz porque comia tudo o que gostava e não se importava com o seu peso. Descrevia com brilho no olhar as comidas que mais gostava de saborear. Biscoitos recheados, refrigerante, salgadinhos, bruaca<sup>19</sup> eram os seus preferidos. Declarou que diariamente se juntava às amigas e que passavam a tarde conversando, vendo televisão e comendo. Quando terminavam de comer iam ao mercadinho mais próximo comprar mais comida ou preparavam alguma coisa em casa. Conforme ela mesma dizia “eu nem terminava de comer e já ficava pensando qual seria a próxima comida que eu ia comer”.

---

<sup>19</sup> Massa feita com farinha de trigo, leite, manteiga e ovo, frita no óleo.

Beatriz só passou a se preocupar com o seu peso quando entrou na adolescência. Disse que se sentia excluída do seu grupo de amigos porque não conseguia se vestir como as demais meninas. Nesta época, segundo Beatriz, começou a perceber que a menina mais popular da sua escola era considerada bonita e bem-vestida. Beatriz disse que gostaria muito de ser como Daiane. Contudo, na época em que estava com 69 quilos seu corpo a impedia de ser como a amiga. Beatriz lembrou que havia uma *boutique* na cidade que vendia roupas de marca e que era neste estabelecimento que Daiane comprava grande parte das suas roupas. Beatriz declarou que sempre tentava comprar roupas nesta loja, mas que nunca havia modelos disponíveis no tamanho que vestia na época – tamanho 44. Beatriz considerava as roupas que vestia impróprias para sua idade. Por não encontrar roupas do seu manequim, Beatriz se sentia obrigada a usar “roupas de velha”, como ela dizia. Vestida de “velha” se achava pouco atraente e estranha entre as meninas da sua idade. Decidiu fazer dietas porque achava que com uma nova imagem despertaria o amor e a admiração das pessoas. Para justificar sua opinião citava sua amiga Daiane e as artistas da TV como exemplos de que a beleza é importante para cativar as pessoas.

Sobre as dietas de emagrecimento, Beatriz disse que deu início depois que veio residir em Fortaleza. Ela acreditava que emagrecendo ficaria mais bonita e seria mais bem aceita na nova escola. Nas falas de Beatriz também é muito comum associar a questão do consumo à construção de uma auto-imagem positiva. Disse que tinha preocupação em levar para a escola alguma nova aquisição. Uma caneta, um batom, roupas novas, brincos diferentes. Comprava tudo o que podia para mostrar às meninas da escola, forjar uma aproximação e fazer amizades. Durante o período em que esteve em tratamento, mesmo não usufruindo das novas aquisições, Beatriz não parava de comprar. Era comum chegar ao ambulatório dizendo que tinha ganhado um relógio que havia pedido à mãe, uma roupa que havia pedido ao tio etc. Tentava persuadir a mãe a comprar roupas de marca como recompensa quando ganhasse o peso recomendado.

De acordo com Beatriz, com as dietas emagreceu, usou roupas da moda e ficou bastante popular na escola. Contudo, vivia insatisfeita com suas amigas, pois dizia que a maioria delas só se aproximava por interesse, para pedir suas coisas emprestadas. Neste mesmo período conheceu seu atual namorado e iniciaram uma história de amor. Quando fui a sua casa, Luma me mostrou algumas fotografias da filha antes da anorexia, e dentre as fotos, haviam muitas tiradas ao lado do namorado. Mostrou-me também um CD multimídia feito pelo rapaz que havia fotos, músicas e mensagens românticas. Considerando o conteúdo do CD, o casal parecia estar muito apaixonado.

Beatriz iniciou sua dieta retirando comidas gordurosas, doces, frituras e refrigerantes. Com a dieta deixou de comer tudo o que adorava na infância. Quando Beatriz chegou aos 55 quilos, Luma tentou convencer a filha a manter este peso. Mas Bia não estava satisfeita com o corpo e continuou emagrecendo e se submetendo a um regime cada vez mais rigoroso. Passava o dia quase todo sem comer. Alimentava-se apenas de produtos *light* e *diet*, frutas e pão integral com uma fatia muito fina de queijo branco. Sua mãe lembrava que a filha passava horas para comer uma única refeição.

Com uma alimentação muito restrita Beatriz passava mal. Sua menstruação parou. Chegou a ter desmaios. Foi levada ao hospital para tomar soro. Sua avó suspeitava que a neta estivesse grávida. Mas um dos médicos que a atendeu na emergência tinha outra suspeita. Percebeu que Beatriz poderia estar acometida por um transtorno alimentar. Beatriz foi encaminhada a um CAPS<sup>20</sup> e lá foi encaminhada para um serviço especializado no atendimento dos transtornos alimentares.

Voltando ao seu relacionamento amoroso, Beatriz me contava que depois que a anorexia se agravou, ela perdeu o interesse pelo namorado, mas que mesmo assim ele continuou ao seu lado e não aceitou terminar a relação. Quando passou a tomar os medicamentos e comer um pouco mais percebi que passou a falar do garoto com mais carinho e entusiasmo. Contudo, depois que foi internada, terminou a relação e reatou em seguida. Atualmente Beatriz continua o namoro, mas demonstra sentir muita insegurança na relação. Sente muito ciúmes do namorado e teme ser abandonada, pois descobriu que no tempo que esteve internada o rapaz teve um breve relacionamento com outra menina.

Nas declarações de Beatriz quase sempre afirmava se achar feia e para ela isso seria o motivo para não ser querida pelas pessoas. Desconfio que, ao acreditar nesta autoimagem desqualificada, Beatriz não se sentia segura suficiente para investir no relacionamento com o namorado ou outras relações interpessoais. Nas falas de Beatriz é muito interessante as associações que ela faz entre se sentir feia e não ter nenhum valor.

Conforme a trajetória de Bia, a feiúra que ela sentia em ver sua imagem no espelho está ligada ao peso elevado que a impedia de comprar roupas que a valorizariam, não só porque estavam na moda, mas porque eram de marca. Neste caso é importante frisar que o estigma que o gordo traz em nossa sociedade já é por si só bastante negativo. Como mencionei antes, a imagem do gordo remete à idéia de intemperança e descontrole. Talvez para Beatriz arcar com um corpo que fugia à ética do controle e não poder “compensar” a

---

<sup>20</sup> Centro de Atendimento Psicossocial.

“falta de valor” do seu corpo com valores de consumo, isto é, vestindo roupas de grife, era uma situação sentida com grande sofrimento. Assim, acredito que quando Bia controlava seu peso ela assegurava a si mesma que não engordaria novamente e não passaria de novo pela situação de exclusão<sup>21</sup>.

Na espera pelas consultas Bia demonstrava defender com muita energia o controle na ingestão alimentar. Bia argumentava que não poderia comer mais do que ela já estava comendo porque engordaria. Ficava extremamente irritada com a mãe, ao ponto de precisar ser segurada pelo tio e o namorado para não quebrar as coisas da mãe quando esta deixava em casa algum tipo de alimento ao seu alcance. Em momentos como este Beatriz acusava a mãe de tentar tirar dela o seu controle. Chegou inclusive a brigar com sua psicóloga quando esta perguntou se ela não achava que seu controle sobre os alimentos não tinha se transformado em descontrole.

Beatriz era tão reconhecida por seu controle alimentar entre as outras pacientes que, uma vez Bárbara me confidenciou que sentia muita inveja de Bia, pois ao contrário da amiga, ela não conseguia mais dominar o seu apetite.

Depois de quase cinco meses de tratamento Beatriz não teve um ganho de peso significativo. O pouco que ganhava, na semana seguinte perdia. Beatriz e Bruna, outra menina que será biografada, durante alguns meses estiveram visivelmente abaixo do peso esperado. Após o ingresso de ambas ao ambulatório duas pacientes foram internadas, o que deixou algumas pacientes apreensivas ao considerar a mesma possibilidade. No caso de Beatriz e Bruna essa apreensão tornou-se mais considerável quando a equipe do ambulatório advertiu a Bia que, se caso não recuperasse um pouco mais de peso, ela também ficaria internada. Na época Bruna se sentiu atingida pela mesma advertência porque outras pacientes e suas respectivas mães especulavam pelos corredores que ela também poderia ser internada. Tal fato favoreceu o empenho das duas em comer<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> No texto *A civilização das formas: o corpo como valor*, Goldenberg e Ramos (2002) mostram como a ética corporal contemporânea vem alterando as noções do que compreendemos o que seja decente ou indecente. Neste texto os autores declaram que na nossa cultura um vestuário pode ser considerado inadequado se a forma física do sujeito estiver fora do desejável. Uma roupa inapropriada para um corpo pode ser considerada tão indecente quanto foi o corpo nu quando nossa sociedade passava pelo “processo civilizador”. Neste texto os autores ainda mostram que o corpo é coberto por signos distintivos, que não se referem apenas a “boa forma”, mas também aos símbolos que são investidos nele, como as roupas de grife. E com este corpo, duplamente qualificado, o sujeito consagra seu valor e se demarca dentro de um grupo social. E é neste sentido que Mirian Goldenberg fala do corpo como capital (Goldenberg, 2007).

<sup>22</sup> Para as meninas, ter seus corpos, literalmente, capturados pela equipe médica nunca internação parece ser algo negativo na medida em que atinge diretamente o domínio que exercem sobre seus corpos, sobretudo quando a alimentação é dada por sonda. As duas meninas a que me referi foram internadas e alimentadas por sonda. Ambas receberam alta após ganharem peso, mas ambas voltaram a perder peso depois que voltaram ao atendimento ambulatorial.

Em novembro 2008, ao sair da pesagem com a nutricionista, Beatriz ficou nervosa por ter ganhado 400 gramas. Abalada, teve uma queda de pressão e desmaiou. Por conta disso precisou tomar duas bolsas de soro. Neste dia Bia foi levada para uma sala reservada enquanto recebia o soro. No local perguntei se estava com medo de ser internada, ela respondeu que não. Falou também que já tinha perdido muita coisa por causa da anorexia e que se para ficar boa fosse necessário ser internada ela aceitaria a decisão do seu psiquiatra. Na época, Beatriz não foi internada. Acredito que o médico não considerou necessária a internação porque, embora a paciente ainda mantivesse uma alimentação insuficiente, ela manifestava vontade de se recuperar. Bia afirmava que estava comendo no intervalo de horas negociadas com a nutricionista e que, com dificuldade, estava tentando aumentar gradualmente a quantidade de alimentos nas refeições. Contudo, embora declarasse seu esforço, Bia não apresentou o desempenho esperado e foi internada.

Bia permaneceu internada entre os meses de fevereiro e abril de 2009. Como Bia não impôs resistências em comer não foi necessária a alimentação por sonda. A jovem concordou em comer o cardápio do hospital, ainda que reclamasse do leite integral que era servido a ela. Impossibilitada de controlar o cardápio oferecido passou a contar a quantidade de colheradas que ingeria nas refeições. No início deixava sobras das refeições servidas. Depois substituía algumas refeições por alimentos trazidos pela família como biscoitos e iogurtes. Mas, tomando conhecimento das substituições a equipe médica proibiu Beatriz de comer tudo o que não fosse servido pelo hospital. Ansiosa para alcançar o peso estipulado e retornar ao seu lar passou a comer tudo o que era oferecido. Entretanto, depois de ter concordado em comer – sem muitas restrições – a dieta do hospital, uma das coisas que mais a aterrorizava aconteceu: perdeu o controle sobre o que comia. Começou a apresentar episódios de compulsão alimentar.

Sempre que sentia raiva, comia em demasia e por vezes chegou roubar a comida dos acompanhantes de outros pacientes. Em outra ocasião vendeu um objeto pessoal para comprar comida escondida da mãe e dos médicos numa cantina que funcionava dentro do hospital. Algumas vezes pediu para os acompanhantes dos outros pacientes para comprar comida fora do local. Sem saber que Bia estava proibida de comer alimentos fora da dieta hospitalar e acreditando que ajudariam a jovem paciente a recuperar o peso, as pessoas compravam o que ela pedia.

---

Por muitas vezes percebi que Bia achava que estava sendo obrigada a comer. Indignada ela dizia “querem que eu coma? Pois vou comer! Minha mãe quer que coma? Eu como!”. Quando falava das compulsões Bia explicava que quando ingeria algo que não tinha planejado para o dia, ela se punia comendo até passar mal. Assumi ter induzido vômito uma vez, porém, desconfio que ela tenha recorrido a essa prática de compensação outras vezes.

Depois que recebeu alta Bia compareceu poucas vezes aos atendimentos ambulatoriais. Das últimas vezes que foi contou que abandonaria o tratamento porque sua mãe tinha começado a trabalhar e deixaria de acompanhá-la ao hospital. Disse também que sozinha não iria porque, além da avó não querer que a neta saísse desacompanhada, não tinha ânimo para sair sozinha de casa até o serviço médico devido à longa distância que percorria – gastava mais de uma hora e meia de ônibus da sua casa ao hospital. Após alguns meses de afastamento nos falamos por telefone. Bia disse que sentia falta da terapia, mas que não tinha coragem de voltar ao ambulatório porque se achava gorda e tinha vergonha do seu corpo.

Sobre a vergonha Giddens (2002) diz tratar-se de um sentimento de insuficiência pessoal. Bia voltou a sentir vergonha do seu corpo porque a experiência que antecedeu o abandono do tratamento mobilizou nela este sentimento. As compulsões alimentares e o descontrole do seu apetite – que pode ser interpretado também como um ato de insurreição, já que foi proibida de comer em algumas circunstâncias – feriram sua integridade psíquica e corporal. Quando Bia perdeu o controle sobre o apetite, perdeu também o controle das dimensões do seu corpo. Com um corpo “sem controle” sentia-se inadequada e incapaz de ser amada e admirada pelas pessoas.

Quando Bia emagreceu, conseguiu atenção da mãe, dos familiares e de certa forma do namorado, que manteve o relacionamento mesmo sendo tratado com hostilidade pela namorada. Com as dietas Bia recebeu mais atenção e talvez tenha confundido esta atenção com o amor e a admiração que tanto esperava receber das pessoas. Bia, quando tinha as compulsões alimentares, sentia-se culpada e dizia comer como forma de punição. Sobre a culpa Giddens (2002) explica que esse é um sentimento ligado à transgressão de limites constituídos como ideal. O ideal é definido por Kohut (*apud* Giddens, 2002) como o “eu como quero ser”. Ao perceber seu autocontrole maculado e a auto-imagem que determinou para si ferida, Bia estabeleceu a comida como punição para mostrar para si mesma e para os outros (médicos e familiares) que comer não era bom negócio.

Na trajetória de Bia, se por um lado ela evocava a questão da estética e o horror à gordura como motivações para suas práticas alimentares, ela também deixava muito claro que com a anorexia ela passou a ter um contato bem mais próximo com a mãe. Quase sempre ela

dizia que só comia porque queria a mãe. Muitas vezes dizia temer ficar “boa” e não ter mais sua atenção. Desejava que sua mãe fosse mais carinhosa e paciente. Dizia que a amava e queria que ela se preocupasse com a filha. Pedia à mãe que lhe comprasse presentes, o que para Bia é bastante significativo, já que atenção e presentes são para ela quase sinônimos. Beatriz afirmou que quando começou a emagrecer esperava receber mais amor das pessoas. Ao que parece, quando Bia emagreceu entendeu que passou a receber o amor do qual ela demonstrava mais carecer: o amor de sua mãe.

Bia mobilizou a atenção da mãe de tal maneira que passou a receber alimentação na boca. Comia apenas o que a mãe preparava, e ainda sim, depois de muitas negociações. Os cuidados, a preferência por um padrão alimentar infantilizado (alimentos processados, mingau, iogurte etc.) e a alimentação dada na boca talvez possa ser pensada como algo que fortaleceu um sentimento de proteção e cuidado que, de certa forma, pelas circunstâncias, Luma negou à filha no passado. Logo que foi internada, a primeira restrição dada à Beatriz foi a de que ela deveria comer sozinha, sem que a mãe desse o alimento na boca.

Quando Bia recebeu alta médica da internação, Luma, estimulada pelos médicos, convidou a filha para que a ajudasse com as vendas dos cosméticos, assim mãe e filha teriam algum meio com o qual manteriam sempre contato. Segundo Luma, a avó de Bia não concordava com a idéia. A matriarca brigava com Luma dizendo que não queria ver a neta fazendo o trabalho da mãe. Assim, algo que foi pensado para fortalecer os laços entre mãe e filha terminou se transformando em motivo de conflitos familiares.

Assim, a trajetória de Bia enquanto anoréxica parece ilustrar bem as questões familiares que estão envolvidas nessa experiência. Durante cinco anos Bia ficou sob os cuidados dos avôs e tio materno. Luma declarou que a filha foi superprotegida pelos parentes e que se transformou numa jovem emocionalmente insegura. Já Bia, até bem pouco tempo, achava que tudo o que tinha passado e sentido não foram uma doença, mas sim uma forma que encontrou de colocar para fora o que ela sentia por dentro. Com isto, para Bia, o alimento serviu como um objeto que respondeu a várias expectativas com as quais ela não sabia lidar. Quando começou a controlar o que ingeria, começou controlar também as circunstâncias que incomodavam em sua vida. Com a dieta alimentar conquistou um novo corpo e reaproximou-se da mãe.

### 2.4.3. Bruna: Ser moça e comer como uma menina

Bruna, 15 anos, começou a fazer dietas aos 13 anos. Garota de pele clara, rosto com traços delicados e infantis. Quando olhava o seu rosto sempre me lembrava das pinturas das Infantas do espanhol Diego Velázquez. Gosta muito de maquiagem e nunca vi seu rosto sem pintura. Quando usava minhas maquiagens no hospital a mãe dizia à filha que deveria usar maquiagem com tons mais claros, como os que eu usava. Muitas vezes trocamos dicas de maquiagem e no seu aniversário de 15 anos lhe dei um batom.

Bruna tem uma voz marcante e articula muito bem as palavras. A sensação que eu tinha quando a ouvia era de que ela nunca falava nada sem antes pensar. Bruna era uma menina que parecia estar o tempo todo preocupada em se portar com elegância.

Bruna mora com a mãe, o avô materno e com a família de sua tia materna. É órfã de pai há quase sete anos e é filha única. A mãe sempre diz que o temperamento difícil de Bruna foi herdado do pai.

Quando Bruna chegou ao ambulatório sentava-se longe das demais pacientes, passava o tempo todo ouvindo música no celular e praticamente não falava com ninguém. Quando a mãe reclamava que ela não comia, mostrava-se agressiva. Uma vez brigou com sua mãe, Nadi, porque ela estava “devorando” biscoitos no corredor do hospital. Bruna disse que o modo como sua mãe comia a constrangia. Depois desse dia a mãe deixou de levar comida para o hospital. Na hora marcada em que Bruna fazia o lanche da manhã a mãe a levava numa lanchonete para que pudesse comer longe dos olhos dos outros.

Bruna tornou-se mais sociável e, segundo a mãe, menos agressiva em casa depois que começou a tomar antidepressivo. Observando as mudanças de comportamento de Bruna no ambulatório é possível afirmar que o remédio foi importante para que ela obtivesse um equilíbrio no seu humor e melhor aderir ao tratamento. Mas mesmo com um temperamento mais brando, Dona Nadi sempre reclama da dificuldade de fazer com que a filha mantivesse sua dieta de acordo com as recomendações médicas.

Bruna começou a ser atendida no ambulatório depois de uma longa investigação da mãe que estava preocupada com a amenorréia da menina. Depois de várias consultas à ginecologista, finalmente uma das médicas atentou para o peso baixo de Bruna e aconselhou Dona Nadi a procurar ajuda psicológica. Segundo a mãe, Bruna chegou a ser atendida algumas seções por uma psicóloga particular na Santa Casa de Misericórdia, mas lá mesmo recebeu a orientação de levar a filha para um serviço especializado em transtornos alimentares.

Dona Nadi é uma mulher simples, tímida e sem vaidades, tem 50 anos, mas parece ter mais idade. Parece ser muito sofrida e reclama que vive para cuidar da família. Cuidou do marido e da mãe até a morte deles. Cuida da filha, do pai e ajuda a criar a sobrinha que vive com os pais na casa que Nadi divide com a irmã. Casou-se perto dos trinta e cinco anos e, segundo ela, quando nem imaginava que ainda poderia se casar. Quando casou continuou morando na casa dos pais junto com sua família. Quando Bruna tinha sete anos seu pai teve câncer, mas não resistiu ao tratamento e morreu um ano depois.

Bruna nunca falou do pai e pouco falava da sua vida íntima. Os assuntos que ela ocupava mais tempo conversando eram sobre beleza, alimentação, as matérias que tinha que estudar na escola e dos aborrecimentos que tinha com a mãe.

Em casa se incomodava com as brincadeiras da prima de cinco anos de idade. Dizia que ela falava demais e não gostava das comparações que sua mãe fazia entre ela e a criança. Sua mãe dizia que Bruna deveria comer como a menina – sem medo e sem preocupações com o peso. Bruna reclamava dizendo que não queria ficar gorda como a priminha. Ao falar da sobrinha, Dona Nadi recordava que quando criança a filha gostava de comer e, assim como a prima, também era gordinha. Dizia que a filha só tinha “inventado essa história de dieta depois que ficou moça”. Uma vez Dona Nadi recordou que a filha tinha muita vontade de participar dos desfiles de *miss* na escola, mas que a menina ficava insatisfeita porque nunca era convidada a participar.

Bruna sempre cobrava a mãe dizendo que gostaria de ir mais vezes ao salão de beleza. Insistia também para que Dona Nadi a matriculasse nos cursos de inglês e informática.

Bruna dedicava-se com muito afinco à escola. Tirava sempre notas boas e no final de 2009 foi aprovada na seleção para cursar o nível médio no Instituto de Educação Tecnológica do Ceará.

Logo que começou a ser atendida no ambulatório, a nutricionista prescreveu a Bruna um suplemento alimentar chamado maltodextrina<sup>23</sup>. Durante alguns meses um dos motivos pelos quais mãe e filha se desentendiam no hospital era o modo como Bruna preparava e tomava as porções do suplemento. O recomendado pela nutricionista, de acordo com as duas, era que Bruna deveria adicionar duas colheres do produto ao alimento líquido de

---

<sup>23</sup> Maltodextrina é um carboidrato complexo de absorção gradativa proveniente do amido de milho. Ela fornece energia durante a atividade física de longa duração e retarda a fadiga porque proporciona a liberação gradual de glicose para o sangue. A maltodextrina contém polímeros de dextrose/glicose, compostos de açúcar unidos que são mais fáceis de serem assimilados e utilizados pelo corpo. Estes polímeros são metabolizados de forma lenta e constante, o que pode ajudar a sustentar os níveis de energia durante atividades que necessitam de resistência (por exemplo, partida de tênis, jogo de futebol, basquete, vôlei, maratona, etc.). Fonte: <<http://www.corporfeito.com.br/ce/maltodextrina>>. Acesso: 11 abr. 2009

sua preferência, a mistura deveria ser tomada quatro vezes ao dia. Bruna adicionava quatro colheres a cada vez, mas só tomava o composto, que ela mesma preparava supervisionada pela mãe, duas vezes ao dia. Nadi reclamava que ela “estava fazendo tudo errado”. Bruna argumentava, dizia que não estava errada porque totalizado a soma de colheres diárias ela estaria consumindo o produto na quantidade recomendada.

Antes de dar início ao tratamento Bruna só aceitava se alimentar com alimentos *light, diet*, leite e carne de soja, folhas e algumas frutas. Disse que costuma olhar com bastante atenção os rótulos das embalagens para saber a quantidade calórica e nutricional dos alimentos. Depois que deu início ao tratamento, aos poucos, aceitou aumentar a quantidade de refeições do dia, antes comia rigorosamente três vezes ao dia – passou a comer cinco. Com tempo aceitou incrementar alguns itens no cardápio como, arroz, feijão e às vezes uma sopa no jantar, no lugar de mingau de aveia - que ela diz gostar e achar muito saudável, ao contrário da sopa, que ela acusava a mãe usar muita gordura no preparo.

Mesmo com todo o esforço em aumentar a ingestão diária de alimentos, Bruna ganhou pouco peso. Contudo, alguns aspectos físicos mudaram sensivelmente. A pele ficou menos pálida; os cabelos mais brilhantes e macios; e as olheiras menos profundas. Mas, para o seu aborrecimento, a acne também apareceu no seu rosto. Bruna culpava o azeite e a bolacha água e sal pelo aparecimento das espinhas. Bruna dizia à mãe que não iria mais comer nenhum dos dois alimentos. A menina hostilizava a mãe por conta da acne e queria a qualquer custo que Dona Nadi ajudasse a resolver o problema levando-a à esteticista ou à dermatologista. Sobre esse tema a mãe achava que a acne era um sinal que a menstruação da filha estava voltando. Mas Dona Nadi afirmava que a filha não queria voltar a menstruar. Quando sua menstruação voltou, mesmo usando absorvente, Bruna dizia à mãe que o fluxo menstrual não era sangue, mas sim sujeira<sup>24</sup>. Quando ouvia a filha, Dona Nadi reclamava dizendo que para menstruar a filha não queria “ser moça”, mas que para ir ao salão de beleza se depilar e fazer as sobrancelhas ela queria.

Na medida em que Bruna ganhava peso, Dona Nadi observava que a filha se olhava no espelho e reclamava do tamanho de sua barriga. Para Bruna o tamanho da barriga

---

<sup>24</sup> Em *Pureza e perigo*, Mary Douglas fala dos rituais de purificação como experiências que buscam estabelecer um equilíbrio entre pureza e impureza. Neste texto a autora afirma que a idéia de sujeira está essencialmente ligada à desordem. “Mas não há sujeira absoluta: ela existe aos olhos de quem a vê”. O perigo da sujeira carrega uma carga simbólica. Tomando como referência o texto de Douglas e a percepção que Bruna tem sobre a menstruação proponho uma interpretação. Talvez Bruna se refira a menstruação como sujeira, negando ser o sangue que aparece no seu absorvente o fluxo menstrual, porque admitir a menstruação seria assumir que a relação que mantinha com seu corpo estava passando por um processo de desorganização. Menstruar é um dos primeiros indícios de que houve uma recuperação de peso e neste sentido ganhar peso seria até certo ponto ceder ao poder médico.

sempre pareceu ser um motivo de grande preocupação. Quando se sentava ou quando permanecia em pé sempre cruzava os braços sobre a barriga. A mãe criticava a filha e dizia que ela não tinha barriga. Bruna, para provar a mãe e a todos os presentes, levantava um pouco da camiseta e apertava a pele da barriga dizendo que aquilo era gordura. Uma vez perguntei se ela fazia exercícios abdominais. Ela respondeu com muita propriedade que os exercícios abdominais eram ótimos para enrijecer os músculos da barriga, mas que não ajudavam a perder as gorduras localizadas. Disse que quando começou fazer dietas fazia os exercícios, mas depois que soube que o exercício não reduzia a gordura desistiu de fazer.

Por fim, a experiência de Bruna na ambiência médica foi de constante enfrentamento à mãe e às prescrições médicas. Sua mãe tentava insistir para que a filha seguisse rigorosamente as recomendações da nutricionista. Bruna aceitava as sugestões, mas nunca seguia exatamente o que fora recomendado. Bruna parecia que se reapropriava dos aconselhamentos nutricionais se alimentando conforme a sua vontade. Fazia seu prato, supervisionada pela mãe, ou supervisionava a mãe quando lhe servia o alimento.

O comportamento que Bruna apresentou após dar início ao tratamento talvez possa ser pensando como uma nova categoria de controle sobre o alimento. Bruna não controla mais sua alimentação escolhendo o que não irá comer. Ela agora controla a qualidade dos alimentos e busca novas possibilidades de construir seu prato “com alimentos saudáveis”. Aos poucos sentia prazer em comer. Dizia que gostava de tomar suco de frutas porque era refrescante e gostava do sabor do suco de abacaxi da marca *Ades*.

O enfrentamento que Bruna estabelece em relação às prescrições médicas pode traduzir o que Foucault chama de “insurreição dos saberes dominados” (1979, p.170). Isto é, o fato de não corresponder ao tratamento de acordo com as expectativas da mãe (o que a deixava muito aflita) não significava que a filha estivesse indiferente à terapia, pelo contrário, se havia negociações é porque havia interesse da menina em construir algo a partir do tratamento. Ajustar os aconselhamentos nutricionais ao seu gosto pessoal mostra que Bruna conseguiu aderir à terapia sem abrir mão de seus rituais de controle de si mediante a (não)ingestão dos alimentos.

Sobre a construção do sujeito e a cura enquanto aquisição de autonomia, Foucault prevê que a oposição do doente ao saber médico pode fazê-lo existir como sujeito da intervenção médica e não como objeto das práticas médicas. O processo de ajustamento das práticas dietéticas da paciente a preparou para existir como sujeito de sua existência, preparando-se para enfrentar novas etapas em sua vida.

### 3. FIGURAÇÕES DO CORPO DA MULHER E RESISTÊNCIAS FEMININAS

#### 3. 1. A invenção do sexo da mulher

A questão da identidade e da diferença representa um papel importante para compreender práticas políticas contemporâneas, inclusive no que concerne à sexualidade e ao corpo. Identidade e diferença são baseadas numa existência social e são classificações do eu em relação aos outros. Todo o percurso biográfico dos indivíduos é marcado por distinções e, dentre todas, a mais elementar diz respeito ao gênero, ou seja, homem e mulher são os primeiros significantes que nos constituem (Héritier, 1989; Kehl, 1998, p. 11).

A compreensão que se tem hoje a respeito das distinções anatômicas e seus efeitos no uso dos corpos difere de outros períodos. Sobre as especificidades no uso dos corpos ao longo dos séculos, Foucault propõe ser o corpo uma realidade atravessada por múltiplas relações de poder. Nas formulações do autor, o corpo é compreendido como produção histórica e, por ser produzido historicamente, revela o significado ou a percepção do que vem a ser o corpo para cada época. No que concerne especificamente às diferenças entre os sexos, Laqueur compartilha da concepção de Foucault: “O sexo, tanto no mundo de sexo único como no de dois sexos, é situacional; é explicável apenas dentro do contexto da luta sobre poder e gênero” (Laqueur, 2001, p. 23).

De acordo com as investigações de Laqueur (2001), até o final século XVII a concepção que se fazia de sexo masculino e feminino era a de que se tratava de sexo único. A base que constituía este modelo sexual foi o isomorfismo entre o órgão sexual masculino e feminino, mas embora fosse considerado que homens e mulheres possuíam o mesmo órgão, a mulher era percebida como um homem imperfeito, pois seu órgão era interno.

Tal modelo de sexo único entre homens e mulheres fora concebido na Antiguidade. Galeno (130-201 d.C) acreditava que o órgão da mulher era “virado para dentro” porque seus humores eram predominantemente ausentes de calor. Esta ausência de calor era importante na distinção hierárquica entre homens e mulheres na medida em que a dominância do quente era responsável pela circulação dos outros humores no corpo.

Com efeito, a morfologia assumida pela genitália masculina, assim como sua *projeção* no *espaço exterior*, seria devida às virtudes do humor quente. Em contrapartida, as formas anatômicas da genitália feminina e sua inclusão no *espaço interior* do corpo seriam decorrentes da ausência ou da subalternidade do humor

quente no corpo das mulheres. Com isso, enfim, a invaginação dos diversos elementos da genitália feminina seria consequência direta da ausência relativa do humor quente na circulação humoral no corpo das mulheres (Birman, 2001, p.39, grifo autor).

O humor quente do homem gerava um temperamento ativo, orientado para ocupar o universo público. Este temperamento justificava o “empenho” e “interesse” do homem pela política. No caso da mulher essa baixa predominância de calor repercutia na sua não-participação nos destinos da cidade. Considerada possuidora de um humor muito próximo da animalidade, a mulher deveria ocupar um papel inferior na hierarquia social porque representava um perigo para a ordem da cidade. Enquanto a figura do macho seria, pois, atividade e ação, a fêmea seria passividade e da recepção. “Enfim, todas essas oposições estariam condensadas e intrincadas na oposição maior dentro/fora, regulada pelo humor quente” (Birman, 2001, p. 40).

Ainda de acordo com a teoria galênica, Birman (2001) explica que entre masculino e feminino poderia ocorrer uma transformação do segundo no primeiro, porém o masculino nunca poderia ser feminino. Isso porque o quente era dominante na circulação dos humores. O humor quente representava a perfeição e, de acordo com os pressupostos valorativos dessa lógica hierárquica, o perfeito jamais se transformaria em imperfeito. A anatomia masculina era definitivamente o modelo morfológico perfeito.

Assim, até o início do século XVII os desenhos nos livros médicos da anatomia se baseavam no corpo masculino, considerando o modelo da perfeição, isto é, o estudo do corpo do homem possibilitaria não apenas o saber anatômico adequado, mas também perfeito sobre a morfologia corpórea (Birman, 2001, p.41).

Na Antiguidade o predomínio dos pressupostos da hierarquia morfológica dos sexos influenciava também a percepção estética dos gregos antigos. François Lissarrague, em *Historie des Femmes* afirma que neste período rejeitava-se a identificação das mulheres ao belo sexo. Segundo o autor, até a metade do século V as representações femininas foram fortemente marcadas pelo modelo de corpo masculino: “Aparecem musculosas, da mesma altura que os homens, com ombros largos e um tórax viril; apenas os seios assinalam a identidade feminina” (Lissarrague *apud* Lipovetsky, 2000, p.110). A concepção hierárquica nos gregos antigos perdurou até o século XVII. Até então, homens e mulheres foram concebidos num modelo hierárquico regulado pela anatomia masculina. O sexo único era representado pelo sexo masculino.

Em meados do século XVIII surge um novo paradigma sexual. Houve um deslocamento do paradigma fundado no sexo único para outro no qual os sexos foram determinados como distintos e complementares. Com o desenvolvimento da biologia nos séculos XVIII e XIX o paradigma da diferença sexual é fundado num determinismo exato da natureza.

Os órgãos que tinham sido comuns aos dois sexos – testículos – passaram a ter seu próprio nome e posição na relação comparativa ao seu respectivo sexo depois da descoberta do espermatozoide e do óvulo. Em alguma época do século XVIII o “testículo” passou a designar a gônada do homem, sem haver mais necessidade do uso dos adjetivos “masculino” e “feminino”. O ovário, e não as “pedras femininas” ou o “testículo feminino”, passou a designar seu equivalente feminino (Laqueur, 2001, p. 200).

Com o desenvolvimento da ciência positiva, o uso destes termos inaugura o paradigma da diferença sexual que consagra a modernidade no Ocidente (Duarte, 2004). É na “invenção do sexo”, ou melhor, na invenção do sexo da mulher, que se localiza um dos paradigmas que fundam a modernidade. Paradigma este que irá gerar ambigüidades em relação aos papéis sexuais<sup>25</sup>. O modelo cientificista orgânico redefine o gênero a partir do sexo anatômico e biológico<sup>26</sup>. A diferença entre os sexos é concebida por uma essência natural biológica.

Esse modelo essencialista é uma tentativa de restauração do sexo masculino, na medida em que a mulher, - por sua essência mais próxima da natureza e da paixão-, estaria destinada à maternidade e ao espaço doméstico, em oposição à natureza racional do sexo masculino, que o destinaria a ocupar o espaço público. Como comenta Laqueur, ele se apresenta como uma solução de compromisso dentro da nova ordem vigente: tal como no antigo modelo, trata-se de uma estratégia de

<sup>25</sup> Uma ambigüidade importante que diz respeito ao fato de que após a Revolução Francesa e, com a emergência de novos ideais políticos, o avanço da urbanização e o abrandamento dos afetos, o político passa a não concernir ao público, mas também politiza o privado. Contudo, as micropolíticas do privado eram reguladas pelas instituições legitimadas pelo Estado: a medicina, o direito e as instituições pedagógicas. Na definição dos papéis sexuais, mesmo que homens e mulheres fossem sujeitos de igualdade civil, o modelo que regulava as micropolíticas do privado gerava assimetrias entre os sexos e restringia as possibilidades identificatórias femininas ao matrimônio e à maternidade. Por outro lado, os homens poderiam ocupar o lugar do médico, do magistrado, etc. De modo sucinto, o poder de estabelecer as normas que organizavam a sociedade era atribuído aos homens, enquanto às mulheres restava o poder de gerir essas normas entre os membros de sua família.

<sup>26</sup> Independente da definição social dos órgãos sexuais, a relação de poder entre masculino e feminino não sofreu alterações profundas porque a base da civilização está constituída em princípios que legitimam a “dominação masculina”. “Assim, a definição social dos órgãos sexuais, longe de ser um simples registro de propriedades naturais, diretamente expostas à percepção, é produto de uma construção efetuada à custa de uma série de escolhas orientadas, ou melhor, através da acentuação de certas diferenças, ou do obscurecimento de certas semelhanças. A representação da vagina como um falo invertido, que Marie-Christine Pouchelle descobriu nos escritos de um cirurgião da Idade Média, obedece às mesmas oposições fundamentais entre o positivo e negativo, o direito e o avesso, que impõem a partir do momento em que o princípio masculino é tomado como medida de todas as coisas” (Bourdieu, 2007, p.23).

preservação do pai como aquele que encarna a ordem na civilização e da afirmação do papel determinante do homem na cultura. A batalha de diferença de gênero se dando agora em torno do sexo biológico, do corpo, e não mais do espírito, a hierarquia não é mais divina mas biológica (Neri, 2005, p. 62, grifo meu).

De acordo com Neri, o iluminismo substitui a ordem transcendental metafísica e anuncia um novo modelo em que a autoridade democrática se organiza. O cientificismo e a Revolução Francesa são um dos principais movimentos que inauguram o modo de vida moderno. A Revolução Francesa proclama a queda da autoridade tirana de Deus, do Rei e do Pai: “Liberdade, igualdade, fraternidade substituem a submissão, hierarquia e paternidade” (Neri, 2005, p. 61).

Birman (2001) coloca que, ainda no século XVIII, mesmo com as primeiras concepções a respeito do novo modelo que distinguia os sexos, havia uma pregnância do paradigma do sexo único. Foi apenas após a Revolução Francesa, que pregava a igualdade de direitos, que o modelo hierárquico do sexo único pôde ser subvertido. Em acordo com as formulações de Laqueur, Birman propõe a impossibilidade de sustentar a hierarquia entre o homem e a mulher pelo paradigma do sexo único porque este se contradizia com o discurso de igualdade dos cidadãos diante da lei fundada pelos ideais da Revolução Francesa.

Maria Rita Kehl, em seu livro *Deslocamentos do Feminino*, destaca a participação e o interesse significativo das mulheres nos novos domínios da cena pública, introduzidos pela Revolução. A Revolução fez com que as mulheres reconhecessem em si uma personalidade civil. Os novos ideais políticos de igualdade introduziram a perspectiva de que as mulheres poderiam exercer direitos relativos à autonomia do sujeito. Neste sentido, a expectativa de autonomia dos sujeitos femininos foi em parte correspondida na relação conjugal, uma vez que, por influência dos ideais do romantismo, as mulheres poderiam escolher seus cônjuges baseados no amor e gerir sua vida emocional na esfera doméstica. Ao investir sua vida a fim de reproduzir o ideal romântico de felicidade compartilhada e ao dispensar cuidados aos filhos, a mulher poderia enfim inscrever sua experiência enquanto sujeito político. Por outro lado, a existência da vida política da mulher só era admitida enquanto ser subserviente à tutela masculina: primeiro desempenhando o papel de filha (e moça bem-comportada) e depois quando deixasse a casa paterna para casar e dar conta de um novo rol de obrigações conjugais e parentais. Um elemento importante que esta outra face da existência feminina revela é que havia o entendimento segundo o qual as mulheres não saberiam cuidar sozinhas da própria existência.

A invenção do sexo da mulher foi um elemento emancipador feminino na medida em que as inseriu na sociedade com um papel político positivo (o de mãe higiênica), no entanto, o ônus do novo papel social que as mulheres deveriam desempenhar foi a renúncia ao desejo de outras possibilidades significativas em suas trajetórias pessoais que, ao serem subvertidas, seus comportamentos seriam inscritos no código das perversões ou das doenças nervosas.

### 3. 2. O civilizar da mulher: A produção do feminino na modernidade

Com o objetivo de compreender as relações de poder dissimétricas entre homens e mulheres numa perspectiva histórica e dinâmica de longa duração, proponho o conceito de *habitus* de Elias (1994a) a fim de perceber as alterações nas imagens femininas e o seu respectivo processo de produção na cultura moderna. Com este intuito trago também algumas considerações de Silvia Nunes que, ao estudar a hipótese freudiana de que a mulher seria dotada de uma “natureza masoquista”, traz um rico debate a respeito do conteúdo cultural da formação do “masoquismo feminino”. Entretanto, conforme será tratado no que diz respeito às “doenças nervosas”, a concordância da expressividade destas doenças frente ao ideal feminino não deve ser interpretado apenas como passividade, mas pode ser considerado também como produto cultural da insubordinação feminina ao desequilíbrio de poder entre homens e mulheres. Com este texto busco apresentar alguns elementos que ajudem a construir um panorama geral da inserção da mulher na cultura moderna ocidental<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Referindo-se à cultura, no texto *Cultura Feminina* George Simmel oferece uma rica análise a respeito das possíveis contribuições que as mulheres poderiam dar à produção cultural moderna. Por cultura Simmel compreende em primeiro lugar as formas ou atividades que os indivíduos utilizam para existir, o direito, os costumes ou modo como nos vestimos são exemplos que o autor utiliza para definir o que ele chama de “cultura objetiva”. Outro critério que o autor considera para definir a cultura humana é o seu caráter sexualizado. Para Simmel a cultura possui faculdades predominantemente masculinas e por isso exige-se dos sujeitos forças especificamente masculina nas relações sociais, ou seja, “nossa cultura, nascida do espírito e do labor dos homens, só é verdadeiramente adaptada à capacidade de produção masculina” (Simmel, 2006, p. 71). O sociólogo indica que as principais características da sociedade moderna, a razão e a impessoalidade, são dotadas de um feitiço masculino. Embora reconheça o potencial dessas características em assegurar a organização das metrópoles, Simmel considera também que estas características não dão conta de mediar relações e produzir saberes a contento. O autor compreende que as mulheres poderiam e deveriam contribuir na sociedade de modo mais amplo do que executando apenas atividades domésticas, pois a sensibilidade feminina ajudaria a encontrar respostas mais profundas não só em questões científicas, como nas ciências histórias ou médicas, mas também nas artes e em outras atividades produtivas, uma vez que, as mulheres não desfrutavam da rigidez masculina em relação às normas e as técnicas de trabalho. Foi considerando as mulheres menos integradas à “cultura objetiva” que Simmel reconheceu uma produção cultural feminina fora da formalidade, mais livre e criativa a qual ele chamou de *cultura feminina*, sendo o romance um dos ícones das produções femininas exatamente por admitir

De acordo com as concepções produzidas em *A Sociedade dos Indivíduos*, Norbert Elias propõe que as relações sociais são formadas por tensões entre os indivíduos que exercem funções distintas na sociedade. No que concerne a estas funções é importante frisar que a distribuição de poder entre os indivíduos é desigual. A vida dos indivíduos é inscrita dentro de margens de possibilidades e, conforme Elias, quanto maior for a margem de possibilidades que um indivíduo possui para potencializar suas aptidões, mais alta é sua posição na hierarquia social, ou seja, mais próximo ele estaria do centro do poder. De maneira simplificada, pertencer a uma alta hierarquia social significa possuir propriedades psíquicas e sociais que são características estruturais das relações humanas. Portanto, o masculino seria o sujeito da cultura porque suas propriedades psíquicas e sociais estão conforme às estruturas da civilização.

Sobre a concepção de poder em Elias, Pacheco (2009) observa que: “Mesmo que o poder não apareça como um objeto, ele se faz sentir através das relações em diversas esferas” (p.259). Para Elias o poder é sempre relacional, ou seja, “para existir poder, é necessário existir um referencial a partir do qual ele será exercido” (Pacheco, 2009, p. 259). Conforme o autor, uma das formas de poder focado por Elias se refere à mudança dos padrões de comportamento e das emoções como forma de operar o cotidiano. Nos dois volumes de *O Processo Civilizador* Norbert Elias descreve e explica estas mudanças. Na mesma obra o autor também indica que a eficácia na educação dos afetos não é dada apenas pelo exercício da coerção física ou moral sobre o indivíduo, outras possibilidades de satisfações psíquicas compensariam a renúncia aos impulsos (sexuais, agressivos, etc.)<sup>28</sup>.

---

um conteúdo menos formal. Considerando as formulações do autor, ainda que ele assuma uma postura bastante entusiasmada em relação ao potencial criativo das mulheres, uma das questões importantes que traz em seu texto é que o lugar que a mulher ocupa na cultura é um lugar de contingência, que a cultura dá pouca margem à expressão do mundo interior feminino. Considerando a análise do autor, entendo que para que se possa compreender o adoecimento feminino, é preciso estar atenta ao modo como o modelo normativo feminino é construído. Para isso, é necessário dar destaque ao modo como as mulheres foram educadas para agir em conformidade ao modelo proposto pela “civilização”, em que a diferença dos sexos, segundo Colette Chiland, converteu-se em desigualdade às custas das mulheres. Chiland vai além, e afirma ser necessário responder por que “as mulheres tenham podido interiorizar sua desvalorização” (2005, p. 14).

<sup>28</sup> Sobre os temas poder e sexualidade, Pacheco (2009) identifica perspectivas distintas entre os autores Norbert Elias e Michel Foucault nas obras *O Processo Civilizador* e *História da sexualidade*. De acordo com sua análise na obra de Foucault o poder exerce força sobre a sexualidade pelo discurso. Neste sentido, para produzir um saber sobre o corpo, este conhecimento se fez através de confissões íntimas e exames sobre o corpo. Buscando compreender a verdade sobre o corpo, ou seja, uma classificação ou uma norma a respeito dos comportamentos e desejos dos indivíduos é que se estabeleceria uma regulação dos impulsos nocivos à convivência social. Em Elias, de acordo com Pacheco, o exercício do poder sobre a sexualidade se daria pelo silêncio. O uso da etiqueta e as restrições que ela faz aos modos e costumes controlavam os “instintos” (expressão usada por Elias). Falar sobre o sexo em público ou usar expressões referentes às suas funções fisiológicas passa ser percebido como algo de mau gosto, causando nos indivíduos sentimentos de repugnância ou constrangimento. Elias observa que o controle dos instintos foi substituído por novos modelos de expressividades: “Para tudo o que faltava na vida diária um substituto foi criado nos sonhos, nos livros, na pintura” (Elias, 1994c, p. 203). Para Foucault falar de si

No que refere a este estudo, conduzir uma análise subsidiada pelo conceito de *habitus* proposto por Elias, relacionando a sua concepção de poder, é importante para poder ajudar a questionar a suposta ontologia dos temperamentos distintos e complementares entre os sexos e a supremacia do masculino enquanto agente social. Outro aspecto importante que estes conceitos podem ajudar a esclarecer diz respeito ao “processo civilizador” no qual a mulher foi transportada para alterar seu estado psíquico de forma tão eficaz que esta ontologia passou a ser vista como natural.

Portanto, para compreender a formação da relação de poder entre homens e mulheres, parto das proposições de Nunes (2000) que, ao investigar a formação da representação da mulher na modernidade, defende que, embora as formulações de Freud sobre o feminino tenham contribuído no reforço da associação entre passividade, masoquismo e feminilidade, foi com a psiquiatria e a sexologia no século XIX que esta hipótese ganhou força. Em seu estudo, Nunes analisa os discursos elaborados por estes saberes que regulavam as condutas femininas. Estes dois saberes fizeram parte de uma estratégia de regulação do corpo feminino com objetivo de fazer com que as mulheres ocupassem o lugar da esfera doméstica e da maternidade. Para isto, a sexualidade feminina transformou-se em objeto privilegiado dos discursos médicos.

Reforçando velhos mitos sobre a mulher, como a de que a sua sexualidade deveria servir a fins reprodutivos, a medicina exercia um controle sobre o comportamento feminino. Neste contexto, foram duas as imagens construídas pelo discurso médico. A primeira, que correspondia ao ideal da higiene pública e da psiquiatria, era a de mulher frágil, sensível e dependente, ou seja, a mulher passiva. A segunda correspondia à ordem das perversões, representada pela mulher portadora de uma constituição física e moral facilmente

---

mesmo ajuda o sujeito a adquirir uma identidade baseada no desejo. Para Elias, silenciar os instintos e incorporar novos valores altera as formas de expressividade dos indivíduos e os colocam dentro de uma configuração social. Elias concebe o poder como uma relação de forças que é distribuída desigualmente entre os indivíduos. O equilíbrio de suas forças se daria pela interdependência funcional entre os indivíduos, contudo, este equilíbrio seria mantido por meio de instrumentos coercitivos reconhecidos como legítimos. O riso, a repugnância e a indiferença seriam um dos instrumentos de coerção dos indivíduos. A incorporação dos modos de agir e pensar por meio destes instrumentos é o que Bourdieu chama de “violência simbólica”. Em Foucault, esta perspectiva da coerção enquanto exercício do poder é o que ele chama de “hipótese repressiva”, na qual o poder sobre a sexualidade só seria instaurado pelo silêncio, pela repressão e por discursos negativos. Foucault compreende as relações de poder de modo inverso, o poder é inscrito de forma positiva, uma vez que os sujeitos não precisam silenciar seus impulsos, mas sim construir uma existência produzida por vários discursos e táticas disciplinares. Enquanto Elias usa o conceito de *habitus* para falar da socialização do eu, Foucault descreve os processos de subjetivação para falar das práticas de objetivação do sujeito, ou seja, classificando-o e fazendo dele um objeto de saber. De acordo com Foucault, ao mesmo tempo em que as práticas de objetivação, subsidiadas por um certo número de técnicas permitem o indivíduo constituir-se como sujeito de sua própria existência, por outro lado inventaria outros sujeitos, todos relacionados aos discursos de poder, como a divisão entre a louca e a mulher saudável.

degenerável. Com isto, qualquer comportamento feminino considerado inadequado poderia ser facilmente patologizado. Mas, considerando os dois modelos, a autora observa que o investimento da medicina na regulação da sexualidade feminina poderia ser explicado da seguinte forma:

A mulher era vista então como alguém sem condições de manter seus sentimentos e pensamentos sob controle, devido a sua frágil estrutura, podendo sucumbir a seus estigmas degenerativos, transformando-se em criminosa, prostituta, louca, histérica ou ninfomaníaca (Nunes, 2000, p. 12).

Nunes identifica que entre os séculos XVIII e XIX houve um forte investimento na regulação do comportamento feminino, que disciplinava essa sexualidade a fim de minimizar os riscos de degeneração. Como isto, a autora enfatiza que a “natureza masoquista” da mulher não seria, portanto, um dado *a priori*, isto é, orientado por funções da anatomia ou fisiologia corporal como consideravam os médicos e moralista da época. Ao contrário, ela é apreendida precocemente, já nas primeiras relações de sociabilidade localizada na família, e que se perpetua nas relações sociais e de erotismo ao longo da vida. Ao considerar os papéis feminino e masculino como socialmente atribuídos e apreendidos, as considerações de Nunes sobre a produção da representação da mulher dotada de uma “natureza masoquista” apresenta aproximações com o conceito de *habitus* utilizado por Elias. O estudo do conceito de *habitus* nas relações de gênero só faz sentido porque implica a produção de pólos relacionais.

Uma das questões centrais na sociologia de Norbert Elias (1994a) é revelar como os indivíduos estão interligados entre si numa sociedade. O sociólogo judeu-alemão percebe a sociedade como espaços de pertinências, ou seja, um ordenamento de vida que oferece ao indivíduo possibilidades de funções e comportamentos mais ou menos *estrutos*. Para o autor, esses espaços de pertinências são formados por uma rede de relações na qual cada indivíduo exerce uma função em relação a outro, portanto essas redes de relações são interdependentes. São estas relações de interdependência entre os indivíduos que Elias chama de **figuração social**.

Para que cada indivíduo possa desempenhar sua função é necessário que ele tenha propriedades psicológicas em conformidade com a figuração social em que está inscrito. Tais propriedades são nomeadas por Elias de *habitus*. Por *habitus* o sociólogo compreende formas de pensar, sentir e se comportar, delimitados pela sociedade, que foram incorporados pelo indivíduo com tanta eficácia que é sentido como fazendo parte da natureza humana. O *habitus* é uma história individual socializada, que estrutura a ação e percepção do mundo dos agentes.

O conteúdo moral que julgava a mulher como um ser frágil, indefeso e amoroso, o investimento da medicina para que as mulheres correspondessem a este ideal feminino e o comportamento de grande parte das mulheres ajustadas a este modelo<sup>29</sup> dá mostras de possíveis aproximações do conteúdo histórico e teórico apresentado por Nunes com o conceito de *habitus* construído por Elias. Assim, as mulheres tiveram de incorporar uma série de atributos morais e agir em conformidade com eles para serem inseridas na cultura enquanto agentes sociais. Pensar, sentir e se comportar “como uma mulher” foi essencial para que as mulheres deixassem de ser vistas como um ser bruto ou diabólico<sup>30</sup>.

Nos séculos em que predominavam uma figuração social de ordem transcendental e metafísica, a imagem e as expectativas relativas ao comportamento das mulheres foram vistas de forma distinta em relação à modernidade. O pensamento religioso delimitava o papel feminino determinado pela natureza. A natureza da mulher consistia na perversidade deixada de herança por Eva. Foi na sua concordância à armadilha diabólica que a mulher conduziu o homem a perda de sua consistência divina<sup>31</sup>. Foi desta forma que a mulher passou a ser percebida como a intermediária entre o homem e o diabo. Ao cometer essa falha, a mulher era vista como um ser imperfeito, de corpo frágil, que só alcançaria a misericórdia divina se seguisse uma vida virtuosa. A força feminina deveria ser manifestada na negação da sua sexualidade, em relação à qual o gozo sexual era desestimulado. Contudo, quando as mulheres manifestavam suas forças sem necessitar desta mediação divina para dar conta dos seus destinos, eram consideradas possuídas pelo diabo. Sustentadas por esse poder o corpo da mulher também se tornava um corpo forte. As mulheres que buscavam de forma intensa o consolo e o deleite de suas necessidades corporais, ao contrário das orientações religiosas que

---

<sup>29</sup> Questão repugnada pelas feministas, lembra-nos Chiland (2005).

<sup>30</sup> Nesta perspectiva observo um elemento cultural que considero interessante, enquanto as mulheres foram compreendidas como homens imperfeitos os seus temperamentos estavam ligados a natureza bruta e ao perigo, contudo, quando possuidoras de uma corporeidade própria, regras de conduta, de etiqueta, e até mesmo de sedução como o coquetismo são constituídas de modo que as mulheres passam a possuir algum tipo de *poder legítimo* no mundo moderno e civilizado. Entretanto, enquanto a inserção social do homem moderno dependia de qualidades como força, inteligência e poder, as qualidades esperadas para uma mulher como a bondade, recato e modéstia (ver-se aí qualidades ligadas à passividade, imprescindíveis ao exercício da boa esposa e mãe) fazia de seu corpo capital importante nas relações sociais. Com isto, o exercício do poder feminino passou a depender diretamente do seu corpo “recém-descoberto”. Adiante analiso que mesmo que na contemporaneidade as relações dissimétricas de poder entre homens e mulheres tenham sido atenuadas, as expectativas em relação à beleza feminina são importantes porque correspondem ao sistema cultural sexista no qual as classificações referentes ao masculino estão associados a uma maior possibilidade de identificações positivas ao contrário do feminino que possui signos de classificações positivos mais restritos. No rol das classificações referentes ao feminino a beleza é ainda um dos ícones da sua supremacia.

<sup>31</sup> Neste sentido Lipovetsky afirma que os encantos da beleza feminina eram considerados artificios para conduzir o homem a perdição, pois pensava-se que “(...) nas filhas de Eva, a beleza física anuncia o Inferno e esconde a feiúra da alma” (2000, p. 170).

determinavam o combate ao corpo por meio de privações e penitências, foram acusadas de praticarem bruxaria.

Zordan (2005) em seu ensaio *Bruxas: figuras de poder*, narra algumas representações negativas sobre as mulheres descritas nos manuais de inquisidores do século XIV. Eram consideradas bruxas todas as mulheres que, de alguma forma, dominavam práticas de cura ou realizavam fenômenos considerados sobrenaturais. Estas mulheres foram condenadas à fogueira porque faziam uso de poderes considerados impróprios para elas, ou seja, trata-se aí de uma questão relativa ao domínio do saber<sup>32</sup>. Nesse período, o domínio do saber era autorizado apenas aos membros da ordem religiosa, e era essa mesma ordem que tinha autoridade para julgar aqueles que faziam uso do saber fora dos seus domínios. As mulheres não foram as únicas condenadas à fogueira, entretanto, foram as maiores vítimas da inquisição. O extermínio em massa de mulheres consideradas bruxas aponta que a margem de possibilidades que as mulheres tinham para desenvolver suas habilidades intelectuais era reduzida. A impossibilidade da mulher exercer autoridade superior na religião cristã também denuncia essa restrição. As únicas mulheres que conseguiram dispor de alguma autoridade dentro da religião católica foram as santas jejuadoras e as visionárias que seguiam os preceitos consolidados pela hierarquia religiosa e eram apresentadas como modelos de pureza e virtude aos fieis.

Outros exemplos poderiam ser dados para ilustrar o desequilíbrio de poderes entre homens e mulheres. Mas, para além do desequilíbrio de poderes, o *habitus* feminino deve obedecer a uma figuração social específica. Neste caso, as bruxas foram vítimas da brutalidade e da coerção física, pois suas propriedades psíquicas não se ajustavam ao que se esperava de uma mulher na Idade Média. Pelo contrário, as bruxas representavam o expurgo de todos os males atribuídos às mulheres.

A perseguição à bruxa foi um efeito dos discursos do poder religioso. Entretanto, a partir do momento que há o declínio da ordem transcendental metafísica, o cientificismo ocupa o seu lugar, a perseguição às bruxas declina e desaparece:

A Medicina substitui a Teologia; o alienista substitui o inquisidor; o insano substitui a feiticeira. O resultado foi a substituição de um movimento religioso por um movimento médico de massa, e a perseguição dos doentes mentais substitui a perseguição dos heréticos (Szasz, 1978, p. 20).

---

<sup>32</sup> Saber sobre a natureza e seus processos, privilegiadamente. Ver Michelet (1989), para quem as mulheres, sob a atribuição de feiticeira, mediante o conhecimento das plantas, exerceu, durante séculos, o papel de “médico do povo”.

De acordo com Nunes (2000), até a virada do século XVIII a figura da mulher ainda estava ligada ao mal, à natureza bruta e à desordem. No entanto, quando emergem os debates sobre direitos entre homens e mulheres, surge a necessidade de situar a mulher na sociedade.

Sobre a questão da igualdade de direitos entre homens e mulheres, Birman (2001) afirma que a sociedade democrática constituída após a Revolução Francesa não concedeu às mulheres a paridade de direitos proclamada. Apesar do engajamento político das mulheres na Revolução, a sociedade não conferiu a elas os mesmos direitos (Birman, 2001; Kehl, 1998). Entretanto, com esta nova perspectiva acerca da igualdade de direitos, o modelo de sexo único da Antiguidade e o lugar que este modelo destinava às mulheres na hierarquia social não tinham mais legitimidade; a hierarquia de poder entre homens e mulheres foi delineada sobre novas bases:

Assim, se a democracia ateniense da Antiguidade constituiu o paradigma do sexo único, no qual as mulheres tinham um estatuto ontológico e social inferior ao dos homens, a nova democracia advinda da Revolução Francesa procurou fundar na natureza biológica as inserções sociais entre os sexos. Com efeito, se a antiga democracia grega foi constitutiva da tradição patriarcal no Ocidente – sendo então a política identificada com o universo do masculino e o panteão religioso dominado por divindades masculinas -, a moderna democracia transformou efetivamente os fundamentos até então inquestionáveis do poder patriarcal, mas manteve inalteradas as fontes do poder masculino. Para isso, entretanto, foi necessário forjar um novo discurso, precisamente sobre a diferença sexual, pelo qual o homem e a mulher teriam finalidades e inserções sociais bastante diversas, em consequência de suas naturezas diferenciadas uma à outra (Birman, 2001, p.49).

A diferença social e cultural dos sexos, ancorada na biologia da incomensurabilidade que tratavam homens e mulheres como seres radicalmente distintos, colocou a mulher como guardiã absoluta da infância. No entanto, foi necessário que:

Para que as mulheres pudessem assumir os encargos da maternidade, foi preciso uma mudança radical em sua imagem. A mulher não é mais identificada a uma criatura diabólica. Ela se transforma numa pessoa doce e sensata, de que se espera comedimento e indulgência (Nunes, 2000, p. 28).

É nesta nova concepção conferida pela anatomia do corpo da mulher que a autora identifica a produção da “natureza masoquista” feminina<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Enquanto a natureza da mulher na Idade Média era perversa e estava submetida à fragilidade de seus atributos espirituais, a natureza da mulher no início da Modernidade esta submetida as suas funções anatômicas ou a fisiologia corporal. Não é à toa que Foucault identifica a mulher como um dos personagens centrais (juntamente com as crianças e a família dos perversos) sobre quem investiram as estratégias disciplinares do biopoder. Ver Foucault (1988) e Paiva (2000).

Em seu estudo Nunes (2000) revela que até o século XVIII as mães não eram responsabilizadas pela sobrevivência e educação de suas crianças. As amas-de-leite, a criadagem ou instituições pedagógicas e religiosas estavam aptas a desempenhar essa tarefa. Portanto, este “*habitus* da maternidade” era constituído de forma muito diversa em relação ao modelo de família burguesa. A partir do século XVIII e durante o século XIX o papel da mulher na sociedade passa por alterações.

Na Europa, em fins do século XVIII, a formação política de governo era organizada em Estados soberanos. O crescimento da população urbana atraída pelas indústrias e o comércio contribuíram para a formação de uma nova figuração social. A aglomeração na cidade e a falta de planejamento urbano trouxeram uma profusão de doenças e um alto índice de mortalidade. A vida na cidade estava tomando proporções caóticas. A formação de uma “população” desorganizada exigia a formação de sistemas que resolvesse esses conflitos comunitários atribuindo um papel para cada grupo, deste modo, de acordo com Elias isto significa dizer que quanto mais a sociedade se formaliza, maior é a interdependência social entre os indivíduos. Portanto, as condições em que os indivíduos viviam suas vidas tornaram-se de interesse público. Sob a influência do racionalismo, o corpo e a vida dos indivíduos foram esquadrihados enquanto objeto do saber científico e filosófico:

Enfatizando a diferença sexual, a comunidade médica permitiu que os adeptos da teoria da complementaridade construíssem argumentos para uma maior diferenciação de papéis. A tese que homens e mulheres não são física e moralmente iguais, mas opostos complementares, ajustava-se perfeitamente ao pensamento liberal, fazendo as desigualdades parecerem naturais, ao mesmo tempo em que satisfaziam as necessidades da sociedade européia de dar continuidade à divisão sexual do trabalho, assinalando para a mulher um único lugar social. A mulher não deveria ser vista como inferior ao homem, mas como fundamentalmente diferente e portanto incomparável a ele. A figura da mulher doméstica e cuidadosa surge como um oposto à do homem público e racional (grifos meus) (Nunes, 2000, p. 43).

Ao abordar as transformações que concernem às atribuições femininas, Nunes revela aspectos que para Elias são importantes para a compreensão da formação do *habitus*. A diferenciação bem delimitada dos papéis masculino e feminino e a constituição de uma relação de interdependência entre homens e mulheres, compõem a figuração do modelo de família burguesa que se estabelecia e constituía a cidade. Contando com o respaldo científico das funções femininas definidas pelas diferenças anatômicas, o comportamento subserviente

---

do sujeito feminino foi reproduzido e incorporado com tanta eficácia que passou a ser sentido como absolutamente natural.

Os tratados médicos e moralistas e, posteriormente, os romances românticos foram fundamentais para que a formação das novas propriedades psíquicas e corporais que ajustassem a mulher à família e à vida na cidade.

Segundo Kehl (1998) e Nunes (2000), Jean-Jacques Rousseau foi um dos principais pensadores do século XVIII a defender a idéia de que as mulheres teriam de se situar na ordem social de acordo com o seu destino natural. Rousseau argumentava que as características biológicas e morais das mulheres eram condizentes com a maternidade e a vida doméstica, enquanto os homens estavam aptos à vida pública e às atividades intelectuais.

Em 1762, Rousseau escreveu em *Emílio, ou Da educação* sobre a diferença sexual: “a única coisa que sabemos com certeza é que tudo o que têm de comum é da espécie, e o que têm de diferença é o do sexo”. Kehl (1998) adverte sobre a aparente natureza feminina em Rousseau:

Mas se Émile [Emílio] trata de educação, é importante observamos que a natureza aqui é somente o fundamento irredutível sobre o qual se constituem homem e mulher. De resto, os ideais de gênero para os personagens estão sendo claramente construídos, não mais como características naturais e sim como desejáveis para que cada um cumpra seu papel em sociedade – a partir de suas predisposições naturais (Kehl, 1998, p. 72-3, grifo autor).

Sobre esta obra, Kehl (1998) e Nunes (2000) afirmam que os escritos de Rousseau são muito contundentes ao defender que a educação conferida às meninas e às jovens deveria disciplinar os sentimentos, os desejos e os seus corpos. Para ambas, a razão desta educação seria formar um caráter dócil, passivo e subserviente, características fundamentais da esposa e da mãe.

O que as psicanalistas reivindicam na obra de Rousseau é o seu grande empenho em educar os afetos femininos. Segundo as autoras, se a anatomia feminina realmente determinasse o comportamento da mulher, não seria necessária tanta insistência no trabalho da educação. Sobre a educação, Elias compreende que é através deste mecanismo que os seres humanos são socializados. Na perspectiva de Kehl (1998), a questão da educação apareceria na obra de Rousseau como fundamental para o a manutenção do equilíbrio das relações conjugais, pois:

As mulheres devem se tornar, portanto, recatadas e resistentes (ao sexo) para sustentar com seu negaceio a virilidade do parceiro: frágeis e desprotegidas para

mobilizar nele força, potência, desejo de proteção; submissas e modestas para melhor governar a casa e a família (Kehl, 1998, p.76).

Assim, conforme as considerações à obra de Elias, o desequilíbrio de poderes entre homens e mulheres e a complementaridade dos papéis masculino e feminino foram fundamentais para composição da família moderna. Há nesta relação um jogo simbólico entre virilidade e passividade que estruturaria a relação conjugal entre os sexos.

No caso das mulheres do século XIX, não necessariamente uma renúncia aos afetos, como o recato nas relações sexuais, repercutiria em sentimentos de insatisfação ou no adoecimento psíquico (no caso das histéricas). O civilizar das mulheres no século XIX, as satisfações amorosas que a gestão da vida familiar podiam proporcionar formavam um conjunto de recompensas simbólicas ao sacrifício e à submissão. Para que a mulher desempenhasse com propriedade o seu novo papel de guardiã da família, um novo elemento foi incorporado nesta dinâmica: o amor romântico. No século XIX os sentimentos amorosos e os ideais românticos foram objetivados na sexualidade, legitimada na relação conjugal, e na realização emocional da maternidade.

O casamento baseado no amor e a busca pela a felicidade compartilhada, que a relação conjugal deveria trazer, é um aspecto relevante na obra de educação de Rousseau. Numa interpretação realizada a partir da perspectiva de Elias, é possível afirmar que a renúncia feminina a alguns impulsos (ou afetos) foi motivada pelo investimento da mulher à relação amorosa.

Tendo em conta a aptidão “natural” da mulher enquanto guardiã da família, o amor deveria ser a motivação para o seu comportamento feminino. Para a boa gestão dos interesses familiares, a mulher deveria abrir mão do próprio bem-estar em detrimento dos filhos e do marido (Nunes, 2000). O que a autora propõe é que, no século XIX, foram formadas as bases que conceberam a mulher como portadora de uma essência masoquista na qual “ser mãe é padecer no paraíso”. Nesta perspectiva, se o único destino inteligível às mulheres no início da modernidade era a maternidade e se a mãe era portadora de uma essência masoquista, é possível afirmar que se concebia o masoquismo como essência feminina.

No Brasil, o regateio por uma sexualidade feminina voltada para a família em troca do prazer proporcionado pelos sentimentos amorosos seguiu um percurso um pouco diferente em relação ao propagado na Europa. No Brasil a mulher ganhou força enquanto

agente na gestão familiar através de ordens políticas para além do discurso de igualdade de direitos entre os sexos.

Jurandir Freire Costa, em *Ordem médica e norma familiar*, explica que no século XVIII o país ainda vivia sob os domínios político e econômico de Portugal. De acordo com o seu texto esta relação política e econômica com a Coroa era extremamente desfavorável aos colonos. Portugal cobrava altos impostos, mas nenhuma política era realizada para organizar o povoamento e a urbanização no Brasil.

De acordo com Costa (1989) até o século XVIII Portugal ainda não havia demonstrado interesse em urbanizar a Colônia, contudo, identificando movimentos de oposição à extorsão econômica da Coroa, a cidade transforma-se em questão de interesse na qual precisava ser dominada. A tentativa foi de recolonizar as cidades à ordem colonial. Investindo numa “reuropeização”, segundo a expressão de Gilberto Freyre, Portugal introduziu na sociedade brasileira toda uma série de mudanças nos costumes e hábitos coloniais (Freyre *apud* Costa, 1989).

Neste período os espaços públicos no Brasil eram desprezados. O lugar privilegiado em que se estabeleciam as relações sociais eram os casarões e o entorno das casas, que eram compostos por grandes famílias (que não se restringia a família nuclear, eram constituídas por outros membros familiares como irmãos, tios, sobrinhos, apadrinhados, escravos, etc.) sob o controle soberano paterno. Entretanto, ainda que a casa fosse o espaço de intensa convivência, este espaço revelava ausência de intimidade e de convívio exclusivo entre pai, mãe e filhos. O arranjo doméstico estava em acordo com as necessidades do cuidador da família, ou seja, do patriarca. A organização dos interiores da casa não estava voltada para o aproveitamento do tempo livre dentro dela porque ao homem pouco interessava estruturar desta forma o espaço doméstico, já que, podia e devia usufruir seu tempo livre na rua (Costa, 1989, p.82-3). A arquitetura dos casarões e as prioridades no uso dos espaços da casa e da rua determinados pelo patriarca sugerem a força e o poder que ele concentrava. O poder soberano do qual o patriarca gozava só foi possível porque:

A metrópole, interessada no lucro fácil e sem investimentos, instigou a iniciativa privada dos colonos que tratavam de impor a ordem social e econômica que mais lhes beneficiasse. Embora esta autonomia tivesse limites e se enquadrasse na política de interesses de Portugal, na prática permitiu aos proprietários de terra reinarem e governarem sozinhos nos três primeiros séculos de colonização. A Coroa limitou-se a intervir, freando os excessos. Desta forma, a família “latifundiária” acumulou uma massa de poder que, em breve, competia com o próprio poder da metrópole (Costa, 1989, p.36).

Com isto Costa observa que esse “absolutismo patriarcal” sobre a cidade fazia com que o privado se impusesse ao público. Foi observando o grande valor do poder patriarcal na composição dos moldes da cidade que o Estado passou a investir na constituição do modelo familiar burguês e na modernização da cidade como forma de refrear o poder com o qual concorria. Foi com este modelo que a Coroa esperava a obediência dos colonos.

De acordo com Costa (1989), no Brasil, a passagem da ordem baseada no exercício do poder coercitivo do patriarca para um modo de vida mais emocional foi impulsionado no reforço do sentimento de nacionalidade brasileira. Aderir ao projeto de modernização dos costumes significava aliar-se ao Estado. Contudo, o modelo de modernização do Estado esbarrava frequentemente nos hábitos e condutas da tradição familiar, o que levavam os indivíduos a não aderirem aos objetivos do Estado. Assim, para que o modo de vida tradicional cedesse lugar ao modo de vida burguês os indivíduos foram esclarecidos dos ganhos e benefícios do exercício das práticas de higiene social com a promessa de uma vida mais longa, saudável e feliz. Outro elemento importante na adesão dos colonos aos hábitos de vida mais sofisticados foi a chegada da Corte ao Rio de Janeiro. Com objetivo de introduzir-se junto à aristocracia, as famílias mais abastadas buscavam seguir os costumes dos nobres, pois ter dinheiro, escravos, terras, brancura de pele e seguir o catolicismo não eram suficientes para participar de favores da Corte (*op. cit.*, p. 106). Aqui, pode-se observar um forte elemento proposto nos estudos de Elias, aqueles que estão ou são reconhecidos pela proximidade de um centro do poder comportam-se conforme as regras que estrutura as relações sociais de sua respectiva sociedade, enquanto os que não possuíam instrumentos para participar desta relação buscavam aprender a se comportar do mesmo modo para obter reconhecimento e legitimidade frente a Corte Portuguesa.

Um dos aspectos da vida cotidiana nas casas-grandes mais criticados pelos europeus era a negligência da mulher ao seu lar e a sua família. A falta de conforto da casa, a convivência dos escravos com os membros da família e a própria forma física das senhoras (gordas e descoloridas) denunciavam uma vida de ociosidade que causavam espanto entre os europeus. A mulher que correspondia ao modelo de vida civilizada deveria servir e proteger sua família, preservar sua intimidade e cuidar pessoalmente do conforto dos seus membros. A atenção as mobílias da casa, ao alimento servido à família e ao vestuário mais adequado as ocasiões sociais e as alterações sazonais eram uma de suas atribuições. Receber bem em casa os convidados do marido também era uma atribuição muito importante:

Da maneira como as mulheres se comportavam, recebiam, hospedavam ou se insinuavam junto a personagens prestigiados, dependia, às vezes, o bom encaminhamento da carreira política ou econômica do homem. Em troca desse gênero de exposição e mercadejo de seus corpos, as mulheres passaram a reivindicar um cuidado e uma atenção que nunca haviam tido antes (Costa, 1989, p.108).

Tendo em vista este novo lugar ocupado pela mulher, de certa forma bastante privilegiado na cultura brasileira moderna, Jurandir Freire Costa aponta para dois tipos de comportamentos que emergem com nascimento desta nova mulher: o machismo, uma mistura de controle e atenção que assegurava ao marido que o comportamento de sua mulher não escapasse daquilo que era esperado; e a mulher nervosa que, ao manifestar uma série de sintomas como irritabilidade, palpitações, vapores e epilepsia, servia-se das crises nervosas como subterfúgio ao poder masculino.

Considerando estas proposições, de acordo com Costa, o “pai proprietário” cede lugar ao “pai moderno” (higiênico), ou seja, o poder tirano do pai perde sua força e passa a compartilhar o seu poder com um membro familiar que outrora o devia total obediência tanto quanto os demais membros da família patriarcal. É neste momento de reestruturação dos espaços da cidade e de redefinição da família que a mulher ganha força e voz dentro dos domínios domésticos. A mulher usa seu tempo livre para cuidar, ela mesma, de suas crianças e do seu lar, tarefas que antes eram compartilhadas ou executadas inteiramente pelas escravas. Através da amamentação, por exemplo, buscava-se depositar na mulher a responsabilidade sobre os filhos e pela unidade da família. Ao administrar sua família, a mulher dava ao homem maior disponibilidade para outras obrigações sociais, ou seja, se na família patriarcal o pai era o responsável por associar os membros da família, na família burguesa é a mãe que guarda e cuida dela.

A transformação do papel da mulher na família foi de grande valia na reestruturação do espaço e das relações domésticas; com isto, o casamento, que outrora era definido como um contrato conjugal no qual era realizado intercâmbio de riquezas ou outros acordos econômicos, passa a ser firmado sobre novas regras: o reconhecimento social da união amorosa passa ser respeitado na celebração conjugal. Tal alteração aconteceu, pois, na concepção de Costa:

O casal ajustado à defesa da propriedade revelou-se canhestro na proteção da infância. As preliminares do bom casamento mudaram de tom. As razões higiênicas desarticularam as razões familiares e impuseram novas regras ao contrato conjugal. O compromisso essencial do casal era com os filhos. Não se tratava mais de amar o pai sobre todas as coisas, e sim a raça e o Estado como a si mesmo (Costa, 1989, p. 218).

Conforme enunciado há pouco, dados os novos interesses da família no Brasil, se por um lado a mulher passa a desempenhar um papel social mais consistente na sociedade, em contrapartida foi dado ao pai o direito de concentrar sobre a mulher toda a carga de dominação antes distribuída sobre o grupo familiar e demais dependentes da propriedade. A mulher passa a ser percebida então como única propriedade privada do marido. Costa definiu este modo de exercício da paternidade como machismo. Para o autor o machismo foi relevante para a promoção da família moderna no Brasil porque foi através do homem machista que de maneira direta ou indireta foi possível promover socialmente o ideal da mulher-mãe. “O marido dispensava atenção a sua esposa e só reagia quando sentia sua propriedade ameaçada”. Na família brasileira que se modernizava, a mulher também ocupava um lugar de fragilidade e dependência no ideal de mulher-mãe, e portanto, também necessitava ser cuidada e amparada.

Analisando os moldes nos quais o comportamento feminino foi sendo formulado, tanto na Europa, quanto no Brasil, pode-se dizer que as mulheres eram educadas para serem capazes de encontrar prazer nas atribuições que lhes foram destinadas, pois a intimidade e o amor, sobretudo aos filhos, eram valores bastante significativos na formação moral da mulher.

Cattoné (*apud* Nunes 2000) identificou a histeria como uma manifestação da submissão à qual o sexo feminino foi exposto a partir do século XVIII. A sexualidade insubordinada da histérica a educação moral e corporal da época representava um risco ao projeto de higiene social. Neste sentido, a histérica reunia em seu corpo o que havia de pior na degenerescência feminina. O autor citado por Nunes ainda observa que à medida que os movimentos de emancipação das mulheres avançaram os sintomas histéricos que as mulheres apresentavam foram desaparecendo<sup>34</sup> (Nunes, 2000, p. 108).

Sobre a potencialidade de insubordinação ao poder masculino que as doenças nervosas proporcionavam às mulheres, Costa, citando Freyre, diz que:

(...) a “mulher nervosa” ensinou a mulher a utilizar o nervosismo para impor seus interesses. Essa “criatura médica” tornou-se uma arma obrigatória da mulher que queria livra-se da opressão do cotidiano familiar. Quando insatisfeita com as obrigações sociais e domésticas, a mulher tinha um “ataque dos nervos”; quando descontente com as privações sexuais, também fazia apelo ao nervosismo. Tiranizada pelo “nervosismo médico”, a mulher serviu-se desse nervosismo para defender-se de seus opressores e oprimir seus opositores (Costa, 1989, p.271).

---

<sup>34</sup> Em Trillat (1991) podemos encontrar uma interessante descrição da história da histeria em diferentes configurações sócio-históricas e de saber.

Analisando o caráter de protesto e acordo que as doenças nervosas, como a histeria, a agorafobia e a anorexia nervosa, apresentam em relação aos papéis que a cultura determina às mulheres, Susan Bordo interpreta a sintomatologia dessas desordens enquanto textualidades. “Os corpos das mulheres perturbadas apresentam-se como um texto agressivamente descritivo para quem o interpreta – um texto que insiste e exige mesmo ser lido como afirmação, uma exposição sobre o gênero” (Bordo, 1997, p.23). Esta exposição de sintomas é significativa porque, conforme a autora, além de ser extremamente literal à mística feminina, também possui um significado simbólico e político dentro das normas que governam a construção histórica de gênero, portanto, para além de desordens psicossomáticas, estes são produtos de uma cultura que dispõem de poucos roteiros biográficos adaptados ao mundo interior feminino.

A respeito destas manifestações nervosas femininas pode-se afirmar que as considerações de Elias sobre as alterações da economia psíquica na modernidade não dão conta de dar respostas sobre as “verdades” produzidas sobre o adoecimento feminino. O que Elias propõe ao determinar a formação do *habitus* é que trata-se este de um conceito que designa as propriedades psíquicas do ser humano socializado. No que concerne às mulheres, este conceito ajuda a desconstruir a ontologia de temperamento entre os sexos pois, conforme exposto, houve uma grande mobilização social em “civilizar” a mulher. Contudo, o conceito de *habitus* de Elias pouco ajuda a compreender a formação de identidades para além da perspectiva de dissidência ou de conflito. Todavia, considerando a “análise do poder” de Foucault sobre a sexualidade é possível perceber conteúdo de protesto das ditas doenças nervosas tal qual concebe Bordo, ou seja, estes sintomas femininos manifestam um mal-estar feminino em relação a seu lugar na cultura.

Portanto, tais doenças podem ser consideradas como linguagem na medida em que dizer a verdade sobre nossa sexualidade (nossos impulsos corporais e afetivos) é dizer a verdade sobre nós mesmos. “A sexualidade, muito mais do que um elemento do indivíduo que seria excluído dele, é constitutiva dessa ligação que obriga as pessoas a se associar com uma identidade na forma de subjetividade” (Foucault *apud* Revel, 2005, p. 80). Com isso, enquanto para Elias o adoecer feminino estaria fora das condutas estabelecidas, para Foucault a linguagem que o corpo da mulher perturbada exprime não serviria apenas para a produção de saberes sobre o corpo, mas é desse próprio saber produzido a partir do seu discurso e sintomas que ajudaria a desvendar a verdade sobre seu corpo e sua alma.

Considerando as formulações aqui analisadas, tanto a feiticeira quanto a histérica formaram figuras que, por estarem em desacordo com as figurações sociais às quais pertenciam, perturbaram e incomodaram as respectivas sociedades no seio das quais encarnavam figuras de alteridade e espécie de “loucura sexual”.

Na contemporaneidade, novos saberes e discursos sobre o corpo da mulher foram produzidos e novas práticas de intervenção nos corpos foram estabelecidas. Os novos dispositivos de poder que foram incorporados no modo de vida dos sujeitos femininos ajudam a compor novos desejos e novas ansiedades nas mulheres.

Lipovetsky (2000) comenta que enquanto era imprescindível às mulheres qualidades como: bondade, firmeza moral, recato, modéstia, etc., as suas qualidades físicas foram consideradas de valor secundário. Contudo, na medida em que as dessemelhanças baseadas na ontologia sexual se flexibilizaram, a supremacia estética feminina se firmou, exigindo das mulheres um novo modelo de educação corporal e dos afetos.

Na contemporaneidade novos modelos de perturbação do social pelo feminino podem ser identificados, e entre eles, aqueles relativos aos transtornos alimentares. A anoréxica, absorvida por questões estéticas e de autodomínio, aparece como um dos modelos da mulher em confronto com o mundo. A anoréxica redefine a essência masoquista que emerge junto à invenção do sexo da mulher na modernidade para criar para si um corpo em confronto com os agenciamentos médicos e midiáticos.

### **3. 3. A invenção do “belo sexo”: recomposições do feminino na modernidade**

Logo acima, a partir de alguns conceitos de Elias, foi possível formular uma análise crítica no que se refere à organização social da relação entre os sexos. Nesta análise foi examinado que, tanto no mundo de sexo único quanto no de dois sexos, a masculinidade é tomada como matriz de inteligibilidade das hierarquias sócio-culturais; com isto, o avesso simbólico da masculinidade, ou seja, a feminilidade, não possuía um modo de expressividade inteligível fora da relação hierárquica entre masculino e feminino.

Conforme Thomas Laqueur até o século XVII o sexo constituía-se como uma categoria sociológica e não ontológica (2001, p.19) na qual: “Ser homem ou ser mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel cultural, não *ser* organicamente um ou o outro de dois sexos incomensuráveis” (*op. cit.*, grifo autor). Todavia,

a mulher só passa a gozar de um lugar relevante na sociedade ocidental quando seu organismo passa a ser visto como distinto ao organismo do homem.

Sobre a perspectiva da vida orgânica marcar a existência dos indivíduos (mediante biologização da existência e das diferenças sociais), Foucault observa que através da gestão da saúde, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., a grande massa de indivíduos organizados por essas táticas de gestão da vida poderiam prestar com maior eficiência seu potencial produtivo. Neste sentido o corpo da mulher foi alvo privilegiado do controle da vida por ser considerado objeto de comunicação orgânica com o corpo social (procriação), com o espaço familiar e com a vida das crianças (Foucault, 1988, p. 99). Neste sentido o saber médico constituiu um saber que associou diretamente o corpo da mulher aos destinos da civilização.

Com o objetivo de desconstruir a naturalização das distinções anatômicas o movimento feminista passa a utilizar a palavra “gênero” como ferramenta teórica para analisar o caráter social das relações entre sexos. A respeito deste movimento Vale (2006) afirma que: “O empenho com o qual o discurso feminista designou o corpo feminino como sendo produto de uma **história política** e não simplesmente uma história natural deve ser celebrado como o início de uma das maiores rupturas epistemológicas do século XX” (p.61, grifo autor)<sup>35</sup>.

Judith Butler no texto *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”* compreende que a categoria sexo é normativa. O sexo biológico é utilizado para separar e qualificar os corpos conferindo-lhes inteligibilidade. Para autora o sexo é a materialização das forças normativas. A materialidade do sexo é imposta pela consolidação da heterossexualidade; nessa perspectiva, cabe ao sujeito assumir o discurso masculino ou feminino ficando deste modo impedido de exercer outras identificações. A crítica que Butler constitui é a de que a heterossexualidade é uma matriz excludente, formada a partir de dispositivos normativos. Desde modo, o gênero é anterior ao sexo e o destino do sexo é projetado em relação ao discurso do gênero.

A exclusão é a força que reitera o sexo em gênero. Butler (2007) concebe essa força como “heterossexualidade compulsória”. Considerando as contribuições da autora, é importante destacar que essa força que constrói a materialidade do corpo enquanto masculino e feminino não se restringe a essa divisão entre os sexos e, para efeito deste trabalho,

---

<sup>35</sup> Entretanto, o autor observa que o próprio feminismo, ao recusar outras feminilidades (lésbicas masculinas, transexuais e transgêneros) produzidas pela apropriação tecnológica do corpo da mulher, termina por reivindicar a feminilidade como um substrato natural, como forma de verdade ontológica. Sobre esta questão ver Vale (2006).

considero também a existência de uma classificação hierárquica dos corpos femininos, no qual a forma física e a beleza feminina qualificam as mulheres para mais ou para menos.

Pierre Bourdieu, em *A Dominação Masculina*, também oferece importantes contribuições sobre questões de gênero. Na referida obra o autor tenta compreender como se produz e reproduz a relação de dominação entre homens e mulheres a partir de uma descrição etnográfica da sociedade Cabília (localizada no norte da Argélia). Neste trabalho Bourdieu define que é na ação pedagógica do corpo que se constroem as distinções de gênero, isto é, o que compreendemos como homem e mulher são construções sociais e arbitrárias que internalizamos no corpo e que, portanto, constituem uma “segunda natureza”.

Nesse estudo, o sociólogo francês expõe que as estruturas objetivas do universo social dos cabilas estão organizadas numa “visão androcêntrica que se impõe como neutra” (Bourdieu, 2007, p. 18). Assim como masculino e feminino, o mundo está dividido em oposições homólogas como: alto/baixo, quente/frio, fora (público)/dentro (privado) etc., em que essas oposições obedecem a uma perspectiva androcêntrica. O autor elucida ainda que tudo que internalizamos em nossos corpos obedece a um modelo de classificação do mundo. “O mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexualizantes” (Bourdieu, 2007, p.18). Deste modo, reproduzir uma *hexis* corporal nos posiciona no mundo.

Mirian Goldenberg (2005), em pesquisa realizada entre 1998 e 2000, com 1.279 homens e mulheres cariocas, percebeu essas diferenças homólogas como base na expectativa estética masculina e feminina. A pesquisadora constatou que os homens valorizam a altura, a força física e o tamanho do pênis (pênis grande), enquanto as mulheres procuravam chamar a atenção para a sua magreza. No estudo, Goldenberg constatou que o peso reduzido das mulheres é considerado algo positivo.

As mulheres que citam o peso indicam um mínimo de 52 quilos e no máximo de 60 quilos, uma variação de 8 quilos. Já os homens têm uma variação entre o máximo (99 quilos) e o mínimo (64 quilos) de 35 quilos, o que pode ser um indicativo que de, no caso masculino, o peso não é considerado tão relevante quanto a altura. (Goldenberg, 2005, p. 67).

A perspectiva androcêntrica do mundo aparece como elemento importante na obra de Bourdieu (2007) ao definir as relações sociais como relações de conflitos, isto é, de tensões entre os indivíduos sexuados que exercem papéis distintos na sociedade. A distribuição assimétrica de poder entre os indivíduos provoca essas tensões que, no caso das mulheres, por

mais que se tente subverter a dominação masculina e se inserir em novos espaços sociais estes espaços sempre estarão, de certa forma, limitados:

(...) qualquer que seja sua posição no espaço social, as mulheres têm em comum o fato de estarem *separadas por um coeficiente simbólico negativo* que, tal como a cor da pele para os negros, ou qualquer outro sinal de pertencer a um grupo social estigmatizado, afeta negativamente tudo o que elas fazem, e está na própria base de um conjunto sistemático de diferenças homólogas... (Bourdieu, 2007, p.111).

Naomi Wolf parece compartilhar da perspectiva teórica de Bourdieu quando afirma que a magreza não é uma questão de estética feminina, mas sim uma tática política para refrear os avanços sociais alcançados pelas mulheres. Para a autora a cultura dominante tenta através do estímulo ao emagrecimento da mulher erradicar os perigos de sua liberação. Com isto, Wolf parece pretender demonstrar em seu texto que a fome feminina e os transtornos alimentares são efeitos perversos desse “coeficiente simbólico negativo” atribuído às mulheres na contemporaneidade.

Quanto mais independentes sob o aspecto financeiro, quanto mais controle tivermos dos acontecimentos, quanto mais instruídas e autônomas do ponto de vista sexual nós mulheres nos tornarmos, tanto mais esgotadas, sem controle, tolas sexualmente inseguras queremos que nos sintamos em nossos corpos (Wolf, 1992, p. 261).

Para a autora o corpo da mulher se emancipou de antigas prisões sexuais, as quais foram substituídas por novas coerções estéticas. Se no século XIX o corpo da mulher, compreendido como “saturado de sexualidade”, representava riscos ao projeto de medicina social no que concernia à questão da fecundidade e da higiene dos corpos, na contemporaneidade o corpo feminino é percebido como *mal* sob uma nova perspectiva. Nas últimas décadas, com as descobertas acerca dos malefícios que o excesso de gordura causa no corpo, os cientistas e os meios de comunicação se envolveram numa verdadeira guerra contra a gordura, que passa a ser encarnação do perigo e do mal (Bauman, 2007).

Sobre esta questão Wolf (1992) apresenta argumentos que para ela explicariam o excessivo esforço feminino em manter um peso corporal reduzido. Conforme visto acima a autora acredita que o incentivo à magreza e a valorização da fome feminina seriam um novo efeito da dominação masculina no corpo da mulher.

Sobre as conseqüências das dietas restritivas, Wolf (1992) adverte que a gordura é uma propriedade marcante e desempenha funções necessárias à constituição física feminina. A gordura é o meio e regulador das características do sexo feminino. Segundo Wolf (1992),

ao nascerem as meninas têm cerca de 10 a 15% a mais de gordura do que os meninos e numa mulher saudável de vinte anos, em média, seu corpo é composto de 28,7% de gordura. Na meia-idade, esse percentual de gordura aumenta para uma média de 38%. Já a constituição física do homem apresenta um maior percentual de músculos (p.254). A autora ainda mostra outros argumentos relevantes sobre a importância da gordura no equilíbrio das funções corporais do sexo feminino:

A gordura é de interesse sexual nas mulheres. As vitorianas a chamavam carinhosamente de “minha camada sedosa”. A esbelteza da Donzela de Ferro prejudica a sexualidade feminina. Um quinto das mulheres que fazem exercícios para dar forma ao corpo tem irregularidades menstruais e fertilidade reduzida. Lembrem-se: o corpo da modelo é entre 22 e 23% mais magro do que o da mulher média; a mulher média quer ser tão magra quanto a modelo; a infertilidade e o desequilíbrio hormonal são comuns entre as mulheres cuja a proporção de gordura esteja abaixo de 22%. Os desequilíbrios hormonais propiciam o câncer ovariano e do endométrio bem com osteoporose. Os tecidos adiposos armazenam hormônios sexuais. Por esse motivo, baixas reservas de gorduras estão relacionadas a baixos níveis de estrogênio e de todos os outros importantes hormônios sexuais, assim como a ovários que não funcionam (Wolf, 1992, p. 254-5).

Analisando estas informações, a mulher que pretende manter um corpo esbelto deve se submeter a um regime corporal bem mais rigoroso, comparativamente com um regime para o homem. Contudo, a magreza feminina é ainda mais problemática quando as informações levantadas por Goldenberg (2005) são levadas em consideração, pois além do corpo da mulher acumular mais gordura do que o homem, o excesso de peso masculino parece ser mais bem tolerado. Portanto, presume-se que o esforço para que as mulheres mantenham um corpo em forma é bem mais policiado e constitui-se em tarefa fatigante.

Outro autor que trata das implicações estéticas nas questões de gênero é Gilles Lipovetsky. Assim como na obra *O mito da beleza* de Naomi Wolf, texto com o qual o autor estabelece diálogo constante, na obra *A terceira mulher* considera o tema do avanço da igualdade democrática entre os gêneros um ponto importante para compreender a relevância da beleza para o feminino. Mas, enquanto Wolf (1992) caracteriza o “o mito da beleza” como uma reação às conquistas feministas, Lipovetsky tem uma perspectiva da beleza feminina na contemporaneidade bem mais otimista.

Para Wolf, ao investir neste produto da dominação masculina as mulheres não conseguiram se apropriar das heranças da igualdade democrática entre os gêneros de modo que os desequilíbrios hierárquicos entre homens e mulheres fossem desfeitos ou atenuados. Com isto, segundo seus argumentos, o principal recurso utilizado para impedir as mulheres de obterem igualdade aos homens nos campos sociais é a massificação do mito da beleza. Sobre

esse ponto de vista o que Wolf insiste em enfatizar é que ao investir num ideal de beleza feminino estrito como o do Ocidente contemporâneo, ou seja, o corpo magro e jovem, a mulher se fragiliza e compromete sua auto-estima. Para a autora essa insegurança e fragilidade feminina impediriam as mulheres de exercer papéis sociais, até então impossíveis, com energia e entusiasmo.

Lipovetsky (2000), no entanto, observa que após passarem séculos tendo seus corpos domados por uma ética corporal estrita, finalmente, mediadas pelas práticas de beleza, as mulheres podem tornar-se donas e possuidoras de seus próprios corpos. O autor analisa que o engajamento das mulheres nestas práticas é uma forma de reivindicar a soberania de si que lhes garanta uma notoriedade social, ao mesmo tempo em que redefinem e estabelecem um outro modelo de distinção de gênero.

(...) por intermédio do código da beleza, a mulher adquiriu uma nova posição simbólica que exprime uma vacilação na maneira de perceber a diferença entre os sexos. De um lado a cultura do belo sexo depende de uma lógica de tipo “arcaico” baseada na desigualdade e na dessemelhança radical entre os sexos. Aos homens, a força e a razão; às mulheres, a fraqueza do espírito e a beleza do corpo: ambos os sexos são apreendidos sob o signo da heterogeneidade das qualidades, na linha direta do passado imemorial. Mas, de um outro lado, semelhante sacração coincide com uma desestabilização da economia tradicional da dessemelhança dos gêneros. Mesmo que as mulheres sempre tenham tido papéis e lugares reconhecidos na sociedade, nem por isso deixavam de ser lançadas na ordem da natureza selvagem ou do caos, sendo assim excluídas das funções nobres da cultura. Com a época do belo sexo, esse banimento de ser absoluto: as mulheres ganham o direito às homenagens e à notoriedade social. Tal mudança só pôde se produzir porque a absoluta heterogeneidade da mulher deixou de ser evidente: foi apoiado na erosão da percepção da mulher como “corja maldita” e “metade perigosa” da humanidade que adveio o reino do belo sexo (Lipovetsky, 2000, p. 126-7).

De acordo com Lipovetsky, o avanço da igualdade democrática entre os gêneros fez com que a mulher tomasse para si a beleza enquanto signo privilegiado que a distinguiria do homem, já que a diferença entre os sexos continua baseada na heterogeneidade das qualidades dos sexos. Tal consideração conforma com os conceitos de gênero de Butler (2007), que diz que a materialidade do sexo é construída sobre uma matriz heteronormativa, e de Bourdieu (2007) que fala na classificação do mundo baseada em oposições homólogas.

Sobre a predominância da beleza enquanto qualidade feminina, afirma Lipovetsky: “As imagens mostram, os comportamentos provam, as expectativas confirmam: a beleza não tem o mesmo valor no masculino e no feminino” (2000, p. 101). Desse modo, a expectativa em torno da beleza da mulher é relevante, pois, ainda que, nas últimas décadas homens e mulheres venham se empenhando em cuidar da aparência, entre as mulheres o

descontentamento em relação aos seus corpos e o investimento nas práticas de embelezamento é muito mais forte. Esse interesse diferenciado em relação ao embelezamento pode acontecer porque: “Uma mulher nunca é bela demais: quanto mais o é, mais irradia feminilidade. Para os homens, nada de semelhante: a imagem da virilidade não é função da beleza” (*op.cit.*, p. 102). Daí porque na pesquisa de Mirian Goldenberg (2005) as características físicas viris como a altura, a força física e o pênis grande são mais valorizadas pelos homens do que o peso do corpo. Com isso, ao contrário do que imagina Wolf, os homens também são reféns da dominação masculina, todavia, aos homens as exigências em relação à sua performance corporal são de outra ordem (Bourdieu, 2007; Goldenberg, 2005). Contudo, ainda que a questão corporal seja de interesse para ambos os gêneros, para o feminino essa questão revela ser bem mais importante, sobretudo no que concerne ao emagrecimento. Prova disto é a frequência com que tem sido noticiado nos últimos meses a morte de mulheres que se submeteram a cirurgias plásticas<sup>36</sup> ou o maior no consumo de produtos cosméticos.

Sobre a estética corporal predominante é consenso eleger o corpo magro (sem gordura), rígido e jovem como paradigma. Sobre este corpo Marzano-Parisoli observa que:

Desde as imagens publicitárias até os videoclipes e os filmes, estamos cercados por um número crescente de representações bastante significativas para a compreensão deste modelo ideal, e que remetem, todos eles, de uma ou outra maneira, ao corpo musculoso dos *bodybuilders* e ao corpo magro, esbelto e quase transparente dos manequins, assim como o seu significado em termos de controle e de falta de controle. Se o controle de si mesmo exprime, de fato, o valor mais positivo, a falta de controle exprime, ao contrário, a impotência daqueles que, não podendo exibir um corpo musculoso-esbelto, são considerados incapazes de assegurar um controle sobre sua vida e sobre seus instintos mais primitivos (Marzano-Parisoli, 2004, p.31).

Assim, segundo a autora, o controle ou a falta de controle, é um elemento cultural importante na produção do ideal corporal contemporâneo, pois é através deste esforço que o corpo adquire características exigidas pela sociedade, ou seja, o combate a obesidade, a moleza e o relaxamento. Para a autora, ambos os sexos têm seus corpos “docilizados” pelo autocontrole, contudo, o ideal de beleza entre os sexos oscila entre o modelo minimalista dos manequins e o modelo atlético dos *bodybuilders* (p.35).

---

<sup>36</sup> No dia 25 de janeiro de 2010 morre a jornalista Lanusse Martins no DF durante lipoaspiração (Fonte: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1469336-5598,00.html>>). No jornal O globo de 12 de janeiro de 2010 duas outras mortes em decorrência de complicações em cirurgia de lipoaspiração foi noticiado. Uma na Paraíba, a psicóloga Conceição Maria Palha e outra no Rio de Janeiro, a radiologista Carla Fares (Fonte: <<http://oglobo.globo.com/cidades/mat/2010/01/12/psicologa-morre-durante-cirurgia-de-lipoaspiracao-na-paraiba-915507631.asp>>).

Considerando que esta meta de controle seja a mesma para homens e mulheres, ainda que se manifestem sob modalidades distintas, questiono: Se o controle do corpo é um imperativo para todos, porque as mulheres parecem ser mais atingidas por este imperativo do que os homens?

Conforme as considerações apresentadas neste texto no que se refere ao maior investimento feminino na aparência, é possível tirar duas conclusões importantes: **a)** ao embelezar seu corpo a mulher encontra no discurso social um lugar de inteligibilidade no exercício de autocontrole da própria vida que nunca fora antes experimentado e **b)** encontra neste mesmo discurso um signo importante de feminilidade, ao contrário do masculino que possui vários signos de acesso a virilidade, para além da forma física, tais como: o lugar que ocupa no emprego, o carro possui e, até mesmo, a beleza da parceira que tem ao seu lado<sup>37</sup>.

Com isto, podemos afirmar que as questões relativas aos transtornos alimentares e, em especial à anorexia nervosa, relacionam-se ao campo de efeitos da dominação masculina. Mas, ao contrário do que percebe Wolf, o mito da beleza não é necessariamente uma tática perversa da dominação masculina para refrear os avanços femininos e deixar as mulheres inseguras em relação ao próprio corpo. Para além disso, a questão da paixão feminina pelo embelezamento do seu corpo, e as conseqüências negativas a ela associadas, pode revelar a ausência ou uma restrição de signos e significados positivos referentes à feminilidade, uma vez que, o masculino tem uma diversidade de signos inteligíveis bem maior para acessar a masculinidade.

Se a beleza tornou-se para a mulher um capital, não ter um corpo bonito repercute na sua auto-estima, na sua capacidade de sedução e no seu investimento em relações sociais. Entre os séculos XVIII e XIX as mulheres foram ensinadas a se envergonharem dos seus corpos os quais foram ditos dotados de um excesso sexual ameaçador (Nunes, 2000). Na contemporaneidade as mulheres são ensinadas a se envergonharem de seus corpos porque estão com celulites, culotes e barriga.

Outra questão a ser considerada no texto de Wolf é que, ao enfatizar que o ódio à gordura interfere diretamente na bioquímica do sexo feminino e que este tipo de intervenção seria também uma tática perversa contra as mulheres, a autora termina por desconsiderar as

---

<sup>37</sup> Sobre a relação entre parcerias sexuais e virilidade, envolvendo a sexualidade masculina, Michel Bozon diz que: “o masculino não se define apenas em relação ao feminino, mas também em relação a outras imagens desvalorizadas do masculino. Nesse sistema bipolar, os homens que têm relações sexuais com outros homens não formam uma categoria à parte. Eles também são classificados, de acordo com papel ativo ou passivo na relação, como homens ou mulheres”. (Bozon, 2004, p.23). Com esta compreensão de masculinidade, é possível verificar a pertinência da perspectiva de gênero formulada por Butler (2007) que percebe a inteligibilidade de gênero como heteronormativa.

outras formas de feminilidades apropriadas pela tecnologia, com isto, ela naturaliza o gênero ao sexo<sup>38</sup>.

Assim, ao comparar os sistemas de valorização do corpo feminino nos séculos XVIII e XIX com os das últimas décadas, pode-se afirmar que a apropriação das tecnologias na construção do corpo feminino é um rito de passagem importante ao acesso a feminilidade e que, talvez por isso, os casos de anorexia nervosa comecem majoritariamente na adolescência. Ora, “o que mais conta para uma mulher é estar de acordo com o modelo ideal” (Marzano-Parisoli, 2004, p. 38), e para atingir o modelo ideal é preciso ter controle sobre todo o corpo, inclusive sobre os seus processos internos controlados pelos regimes alimentares, pelo exercício físico e pela cirurgia estética (*op. cit.*, p.31). Fica aqui uma afinidade eletiva muito forte das anoréxicas com as práticas corporais femininas contemporâneas: a questão do *controle*. Manter o controle sobre o que (não) se come é uma fala recorrente entre as anoréxicas e controlar a comida muitas vezes é uma forma de compensar impotência de controlar outras questões cotidianas, como pode ser esclarecido nas narrativas das meninas.

Por fim, asfixiadas por um modelo de beleza que ao mesmo tempo em que favorece a construção do autodomínio do corpo, faz também com que as mulheres se submetam à exigência cruel de se ajustarem a um modelo corporal oposto à sua constituição física (do sexo feminino)<sup>39</sup>, as anoréxicas “optam” por uma relação de caráter masoquista com o próprio corpo na qual o sacrifício e a punição são suas marcas principais<sup>40</sup>. Sacrifício e punição que também se referem à insistência de sustentar um lugar subjetivo, mesmo que pelo viés da negatividade (não comer), para além das reduções objetivantes do seu corpo e dos objetos (alimentos) com que se relacionam, reduções agenciadas pela medicina e pela mídia.

Neste capítulo foi possível averiguar que a preocupação com o corpo feminino é uma das questões que marcam a modernidade. Pensadas como sujeitos que possuem um lugar na sociedade, os corpos das mulheres tornaram-se objetos privilegiados dos discursos médicos

---

<sup>38</sup> Ver Vale (2006).

<sup>39</sup> Podemos aqui, levando em conta os processos históricos analisados anteriormente a respeito da ascensão do modelo binário dos corpos sexuados, levantar uma dúvida a respeito dos atributos da constituição física feminina destacados: seriam esses atributos o “referente material” (Ver J. Butler, 2005) e a-histórico do corpo feminino? Ou esses referentes já se encontram agenciados pelos jogos de verdade do sistema de sexo/gênero (G. Rubin, 1993)?

<sup>40</sup> Ao falar em “opção”, ou “escolha” do tipo de adoecimento, evidentemente precisamos estar atentos para a questão da agência e da subjetividade na reflexão sócio-antropológica, marcadas por seu caráter compósito e não-unificável numa instância deliberadora de ações planejadas. Isto é, ao evocar esses termos, que implicariam uma intencionalidade visada pelo sujeito, nos damos conta da necessidade de uma tópica do sujeito social para além dos moldes ideal-típicos de ação social, centralizadas por um eu judicante e coerente. Pensamos assim nos trabalhos de Giddens (por exemplo, em *A constituição da sociedade*, 2003), Domingues (1999), Guattari (em *Caosmose*, 1992) e Foucault (*O cuidado de si*, 1985 e *Hermenêutica do sujeito*, 2004), dentre outros autores, que ajudam a repensar figurações da subjetividade nas ciências sociais.

e políticos e, mais atualmente, médicos e midiáticos. Quando dominava ainda o poder soberano dotado do direito de “causar a morte ou deixar viver” (Foucault, 1988), as supostas perturbações causadas pelas feiticeiras as levaram à fogueira. No entanto, com a emergência do poder democrático o regime político atua de outra forma sobre a vida dos sujeitos. As múltiplas forças de poder que substituíram o poder do soberano atuam nos sujeitos de modo que suas vidas sejam úteis ao Estado. Este regime que faz viver, conforme já anunciado anteriormente, é o que Foucault designou de biopoder. Na modernidade, o biopoder atua no corpo das mulheres, de modo a lhes assegurar uma existência, muito embora nesta existência coexistam traços biológicos e patológicos, ambos objetos de atuação normativa. No domínio das patologias, histeria e anorexia exprimem resistências do feminino diante da norma médica moderna que impõe aos corpos regimes corporais generificados difíceis de ser produzidos.

### **3.4. As mulheres, a comida e a fome**

A relação entre mulheres e comida é fecunda para abordar a identidade feminina em diversas configurações sócio-históricas<sup>41</sup>. Em cada período histórico há especificidades na construção dessa relação. Em diversos contextos as mulheres foram submetidas a regimes de poder e saber que as colocavam numa posição negativa ou de submissão.

A sociedade ocidental dispõe em sua liturgia religiosa de vários mitos sobre os sujeitos femininos. Estes mitos foram fundamentados na Idade Média e até hoje reverberam sua influência. Um dos mitos que exerce maior alcance na construção da identidade feminina é o mito do *Gênesis*.

Foi pela iniciativa de Eva, persuadida pela serpente diabólica, que a mulher, ser potencialmente “degenerado”, comeu o saboroso fruto proibido. Foi esse ato que permitiu a Adão e Eva a descoberta de seus corpos e da sexualidade. “Desde que Eva teve o primeiro acesso bulímico da História e comeu a maçã proibida, a mulher, a comida e o pecado parecem caminhar juntos” (Cordás, 1993).

---

<sup>41</sup> Carneiro (2004) destaca a existência de três mitos coletivos que condensam aspectos fundamentais da relação de constituição da subjetividade com os regimes dietéticos: o mito do Gênesis, o mito de Theuth e o mito da Horda primitiva.

A interdição e o controle que dominam as mulheres no uso dos seus corpos, representadas nas práticas alimentares e nas relações eróticas ocidentais, revelam uma possível assunção ao ato “degenerado” de Eva.

No limiar da Idade Média, por influência da cristandade, o corpo era compreendido como o veneno da alma, portanto, os corpos deveriam ser punidos. Os fartos banquetes romanos, as imagens de deuses gordos e glutões eram condenados. A nova moral advinda com o cristianismo estimulava práticas que afastavam o homem do mundo material e purificassem sua alma. Como resposta ao hedonismo, a ascese foi o principal instrumento de restauração e retorno a Deus (Le Goff e Truong, 2006).

Homens e mulheres eram orientados a se submeter a estas práticas. Mas as mulheres, convencidas da herança “degenerada” de Eva, para provar suas qualidades espirituais e morais, se envolveram com grande determinação nas práticas de jejum e autoflagelação.

Como mostra Foucault (1984), ao contrário da moral cristã, que usava o jejum visando a purificação da alma, na Antiguidade Clássica as práticas de ascetismo, que não se limitavam ao jejum, mas a toda uma complexidade de exercícios físicos e dietas adequadas aos sexos, ao estado de saúde dos indivíduos, às variações sazonais etc., visavam a manutenção da boa saúde física e da mente. A ascese, que deriva do grego *askesis*, significa exercício. Para os gregos *askesis* seria literalmente o exercício de si. Na perspectiva do autor, no ascetismo cristão o domínio de si levava o sujeito ao sacrifício, no ascetismo clássico, a dietética – prescrições que levariam a um bom regime da vida - não levava a uma desqualificação do corpo. O ascetismo clássico levava os sujeitos a elaborar condutas de domínio de si que os valorizassem enquanto sujeitos morais.

Le Goff e Truong (2006) explicam que com a institucionalização do cristianismo no mundo ocidental surge uma novidade: o pecado original é transformado em pecado sexual. A carne, ou seja, a materialidade do corpo conduziria o homem ao pecado. A gula e a luxúria foram condenadas porque levariam o corpo ao deleite e a perdição. Contudo, é na Idade Média que a depreciação do corpo e do sexo terá o seu maior impulso. Jerônimo, Agostinho e Tomás de Aquino foram os maiores ideólogos da batalha contra a carne.

Entre os anos 1200 e 1600 o jejum voluntário foram compreendidos como estados de possessão demoníaca ou milagres divinos. Para Abuchain (2002), “o jejum e a negação das necessidades corporais nessas mulheres eram prova de devoção a Deus, significando que haviam encontrado outras formas de comida: a oração e a eucaristia” (p.14).

Para o historiador Rudolph Bell, em seu livro *Holy Anorexia* a “anorexia sagrada” é similar a “anorexia moderna”, pois em ambas existem um conflito de identidade, que revela uma tentativa de libertação feminina de uma sociedade patriarcal. No livro, Bell relata a vida de 260 santas e beatas da Igreja Católica que praticavam o jejum auto-imposto (*apud* Abuchaim, 2002; Cordás; Claudino, 2002).

De acordo com Abuchaim (2002), um dos mais antigos relatos de jejum auto-imposto praticando num contexto religioso é o da Santa Wilgerfortis (do latim *virgo fortis* ou virgem forte) que viveu provavelmente nos anos 700-900 d.C. Wilgerfortis era a sétima filha de um rei de Portugal. Seu pai, um tirano pagão, conhecido por sua crueldade e rudeza, prometeu-a em casamento ao rei da Sicília. Contudo, nesta época, a Santa já havia feito voto de castidade e planejado oferecer sua vida a Deus. Diante de sua firme decisão de manter-se casta, ela se impôs a inanição, visando perder seus atributos de beleza feminina, esperando que, com isso, seu pretendente desistisse do casamento. Lacey (*apud* Weinberg; Cordás, 2006) conta que segundo os registros de sua hagiografia, Wilgerfortis pedia em orações que Deus apagasse sua beleza. A Santa teve sua graça alcançada com o surgimento de pêlos em seu corpo e rosto. Assustado com aparência caquética da moça o rei da Sicília desistiu do casamento e seu pai mandou crucificá-la. Até hoje, principalmente na França e na Península Ibérica, Santa Wilgerfortis é cultuada como a mulher que conseguiu libertar-se dos problemas femininos, assim é também conhecida como Santa Liberata, a libertadora.

Outro caso bastante conhecido é o da Santa Catarina de Siena, retratado por Abuchaim (2002), Bidaud (1998), Cordás e Claudino (2002), Weinberg e Cordás (2006). Catarina, vigésima quarta filha, era a predileta de sua mãe e de uma irmã mais velha, a qual faleceu de parto quando Catarina tinha 15 anos. Aos seis anos teve sua primeira visão de Jesus e aos sete anos resolveu dedicar sua virgindade a Virgem Maria e nunca mais comer carne. Após a morte da irmã a jovem passou a comer menos ainda e a devotar muitas horas de seu dia às orações. Sua mãe, que já lhe procurava um marido, pretendeu dar sua mão ao seu cunhado, viúvo de sua irmã mais velha. Catarina intensificou seu ascetismo e religiosidade, fazendo rigorosos jejuns e se autoflagelando. Cortou seus cabelos bem curtos, comia só um molho feito com ervas e, quando obrigada a alimentar-se, colocava galhos na garganta para induzir vômito. Segundo os levantamentos de Weinberg e Cordás (2006), Catarina faleceu aos 33 anos no dia 29 de junho de 1380, foi declarada santa pelo Papa Pio II em 1461, em 1939 foi declarada padroeira da Itália pelo Papa Pio XII e colocada no catálogo dos Doutores da Igreja em 1970 por Paulo VI.

Santa Catarina foi escolhida como exemplo de ascetismo por outras tantas santas e beatas, que encorajadas pela Igreja Católica na forma de canonização, buscavam uma vida de virtude. Uma das Santas que melhor seguiu o seu exemplo foi Santa Rosa de Lima.

Weinberg, Cordás e Munoz (2005) retratam com detalhes a vida desta santa. De acordo com o artigo, Santa Rosa de Lima, considerada a Patrona da América e das Filipinas, foi a primeira santa latino-americana a ser canonizada (1671). Nasceu em 1586. Desde criança passava horas no altar e dedicava-se a serviços domésticos pesados. Depois que leu sobre a vida de Santa Catarina, mirou-se no seu exemplo: para não ser tentada pela vaidade e livrar-se de um casamento, também cortou seus cabelos; aplicava-se penitências e autoflagelamento (usava uma coroa de espinhos de metal camuflada por uma fileira de rosas e uma cinta de ferro na cintura, deitava-se sobre uma cama salpicada de cacos de vidros). Morreu aos 31 anos, mas antes de sua morte preparou a fundação do monastério dominicano de Santa Catarina de Siena em Lima, erguido logo após a sua morte.

Durante alguns séculos as práticas de jejum significaram iluminação e santificação cristã, o deleite se dava numa tentação a ser dominada. No período tradicional, negar a carne seria a salvação da alma, negar a fome era negar uma vida terrena e admitir a superioridade do espírito (Abuchain, 2002; Bidaud, 1998). A partir da Reforma Protestante, a *inedia prodigiosa* (inanição severa) e a *anorexia mirabilis* (perda do apetite por milagre) foram considerados obras do demônio, um sintoma de possessão, e a Igreja deixou de incentivá-las (Abuchain, 2002).

Considerando a hagiografia das Santas documentadas, é possível interpretar que por meio do jejum estas mulheres, assim como as anoréxicas, ao adotar um modelo de comportamento socialmente aceito, reagiriam ao mundo que tentava dominá-las. O jejum religioso não só possibilitavam estas mulheres a negligenciar suas atribuições femininas tais como as obrigações conjugais com o marido ou rejeitar um casamento, como também conferiam uma ascensão social. Muitas destas mulheres podiam fazer críticas e observações às regras seculares da Igreja, podiam assumir o papel de professoras e conselheiras, despertavam admiração e estimulavam peregrinações de curiosos. (Wienberg e Cordás, 2006, p. 88). Contudo, com o advento da Reforma, a autonomia religiosa das mulheres passou a ser entendida como heresia ou obra do demônio, levando ao declínio do comportamento (Bell *apud* Weinberg, 2001, p. 160).

Cordás e Weinberg (2002) apontam outra manifestação do desconforto da mulher com relação à comida. A clorose ou “doença verde” foi um problema comum entre as meninas adolescentes no século XIX. A clorose foi descrita pela primeira vez em 1554 e ficou

conhecida como “doença das virgens” e acreditava-se que com o casamento, o intercuro sexual e a maternidade curariam a “clorótica”.

A clorose foi um acometimento típico de jovens do meio urbano. Seus sintomas eram palidez, fraqueza, cansaço, irritabilidade, constipação e irregularidade menstrual ou amenorréia. Segundo a descrição dos autores o apetite reduzia-se, causando emagrecimento. Recusavam comer carne ou desejavam comer bolachas e geléia.

Uma das explicações sobre os hábitos alimentares das “cloróticas” era de que perseguiam um aspecto pálido, frágil e doentio, de uma “languidez elegante” na expectativa de acompanhar o ideal estético feminino derivado do *byronismo*. Contudo, é interessante observar que o tipo de beleza disseminada pelo romantismo *byroniano* era contrário ao tipo burguês de mulher robusta e “bem nutrida”.

Ainda de acordo com os autores, a redução alimentar combinada com a ingestão de vinagre eram as principais formas usadas para alcançar este ideal de beleza. Além disso, fazia parte da educação das meninas a leitura de obras consideradas edificantes que incluía a biografia de Catarina de Siena.

Há ainda outras características de condutas alimentares relacionada à clorose. No modo de vida burguês, a mãe cautelosa deveria dedicar cuidados especiais à alimentação das filhas, pois alguns alimentos, considerados como estimulantes da sexualidade quando ingeridos em abundância, levariam à insanidade ou à ninfomania. Desta forma, o controle do apetite fazia parte das preocupações na educação moral das meninas:

Os aconselhamentos médicos e as regras à mesa exemplificam essa preocupação. Segundo Brumberg (1989), dizia-se, por exemplo, que meninas que se masturbavam manifestavam um apetite incomum, desejando por vezes mostarda, pimenta, alimentos picantes, sal, especiarias, giz, argila, carvão etc. Mães cautelosas ofereciam às suas filhas, preferencialmente, doces e sucos, e proibiam “comidas inflamatórias” (*flaming foods*), como condimentos, chás, café, chocolate, pão quente, pastelarias, nozes, uva-passa e álcool. No entanto, de todos os alimentos perigosos, nenhum o era mais do que a carne, vista por médicos e leigos como altamente estimulante da sexualidade, podendo levar a jovem adolescente, caso a ingerisse em abundância, à insanidade e à ninfomania. Essa prática de quase nunca comer carne certamente contribuiu para o aparecimento da clorose ou de uma anemia por deficiência de ferro (Cordas; Weinberg, 2002, edição eletrônica).

Imersas a tantas preocupações e regras que controlavam seu apetite, as mulheres sentiam-se desconfortáveis com relação à comida e a mal tocavam no prato, quando sentadas à mesa de refeições. E ainda, de acordo com os autores, julgava-se que uma mulher delicada não deveria manifestar grande apetite e, se possível, jamais ser vista comendo.

Sobre o padrão alimentar da “clorótica” é interessante observar que o item que elas rejeitavam, a carne, e os alimentos que elas privilegiavam, bolachas e geléias, concordavam com as restrições alimentares às quais estavam submetidas.

Outro elemento cultural interessante é que a imposição dietética destas meninas demonstram a preocupação com uma possível desordem sexual que seus corpos poderiam manifestar. Na aula de 5 de março de 1975 do curso no *Collège de France*, intitulado *Os anormais*, Foucault aponta que, no fim do século XVIII, a família foi eleita veículo privilegiado para o poder médico exercer seu domínio. Sob as engrenagens do saber médico, era papel da família deixar a criança viver e fazer com que vivesse com saúde. Nesse discurso de saúde, um dos problemas apontados como principal responsável pelas perturbações psíquicas e seus efeitos sob todas as formas e em todas as idades da vida era a masturbação. A masturbação era figura constante no quadro etiológico das diferentes doenças. O discurso anti-masturbatório fez com que os pais assumissem o papel de guardiões dos corpos das crianças: “pais, cuidem das suas filhas excitadas e das ereções de seus filhos, é assim que vocês se tornarão verdadeiros pais!” (Foucault, 2001, p. 315). Foi em torno do corpo da criança que a família moderna se constituiu. Assegurar que as crianças não se masturbariam era o princípio para formar um sujeito útil para o Estado.

Se no século XIX as condutas alimentares referentes às meninas indicavam uma profilaxia social dos perigos que uma sexualidade feminina desordenada poderia causar aos interesses de higienização do Estado, no final do século XX a “epidemia” dos transtornos alimentares aponta um novo fôlego na relação mulher e regime alimentar.

Em séculos precedentes, quando a distribuição de energia na forma de gordura era rara, a abundância desse componente à mesa significava riqueza (Montanari, 2003). Quando a escassez de alimentos era maior, as formas arredondadas das mulheres eram mais bem toleradas e apreciadas como atributo da beleza (Herscovici, 1997). Mas, numa cultura permeada pelos saberes científico-tecnológicos, que produzem descobertas sobre os malefícios que a gordura em excesso traz para o corpo, essa passa a ganhar novas significações. Atualmente, os critérios escolhidos na ingestão dos alimentos não é apenas aquele que proporciona prazer ao ser degustado. O prazer que a alimentação proporciona hoje é experimentado de outra forma, “a comida que ‘faz bem’ é, sem dúvida, acolhida com entusiasmo muito maior” (Montanari, 2003).

Na contemporaneidade a beleza do corpo da mulher se consagra como o ícone da feminilidade. A imagem corporal da mulher adequada, isto é magra, revela a firmeza moral feminina. Manter um corpo magro supõe o cuidado e a disciplina nas práticas alimentares e de

exercícios físicos. Isto explica a razão da mulher bem-sucedida estar associada ao padrão magro. De acordo com Novaes (2006) a gordura na atualidade tornou-se sinônimo de feiúra e desvio moral, pois com as tecnologias de emagrecimento disponíveis no mercado só é gorda e feia quem quer: “nada mais antipático e que desperte menos solidariedade do que um indivíduo incapaz de se empenhar no projeto pessoal da boa aparência” (Novaes, 2006, p. 116). Considerando esses esquemas, as práticas de embelezamento são referências importantes para caracterizar a feminilidade da mulher contemporânea.

Sobre as transformações nas práticas corporais ao longo da história ocidental, Ortega (2003) defende que a anorexia constitui um bom exemplo da relação entre dietética, moral e as novas identidades, as quais ele chama, nisso seguindo Rabinow (2000), de **bioidentidades**. De acordo com os autores, a sexualidade, que ocupava um lugar privilegiado nos discursos médicos oitocentistas, fica em segundo plano nas práticas corporais contemporâneas. “Na biossocialidade, o corpo e a comida ocupam o lugar da sexualidade como fonte potencial de ansiedade e de patologia” (Ortega, 2003, p. 61). O tabu que antes se colocava ao sexo, agora aparece nas restrições para o açúcar, as gorduras e taxas de colesterol. Para Ortega houve esse deslocamento nas práticas corporais porque há uma maior ênfase na formação de subjetividades apolíticas e individualizadas nas quais os sujeitos ocupam a maior parte do seu tempo construindo e descrevendo a si mesmo.

Portanto, ainda que nos trabalhos publicados por Táki Athanássios Cordás e Cybelle Weinberg<sup>42</sup> identifiquem semelhanças entre as práticas ascéticas das santas medievais que confirmem a hipótese de que a anorexia nervosa não é um fenômeno recente, quando se considera os aspectos culturais e simbólicos do objeto alimento, não há como afirmar que o jejum auto-imposto das santas e das anoréxicas são uma mesma experiência de relação entre corpo feminino e ingestão de alimentos.

Sob a perspectiva das ciências sociais, o ponto em comum que entrelaça as duas experiências são as práticas de resistências femininas que o jejum voluntário confere a estas mulheres.

Ao mesmo tempo em que Wilgerfortis, Catarina e Rosa forjavam uma obediência as normas da Igreja Católica quando jejuaram e defenderam suas castidades, enfrentavam o poder patriarcal e não se subjugaram a vontade dos outros. As três santas opuseram-se a casamentos indesejados e usaram o jejum para manifestar e fazer valer as suas vontades de servir a Deus. Durante quase toda a Idade Média este comportamento foi idealizado como um

---

<sup>42</sup> Ver Cordás e Claudino (2002); Cordás e Weinberg (2002); Weinberg (2001); Weinberg, Cordás e Munoz (2005); Weinberg e Cordás (2006).

caminho próspero que levaria à eternidade. Mas as anoréxicas, que caminho elas tentam traçar com suas práticas de jejum?

Nas trajetórias de Bárbara, Beatriz e Bruna o jejum também é algo predominante no cotidiano. Contudo, a recusa alimentar destas jovens está bem longe de ser uma tentativa de salvação da alma e comunhão divina. Na prática dietética destas meninas há um forte elemento da cultura alimentar cotidiana. Os alimentos que devem ser consumidos são escolhidos planejadamente. Suas calorias são contabilizadas e suas qualidades nutricionais consideradas na escolha do que será ingerido diariamente.

Enquanto as santas confrontavam-se com uma exterioridade indiscutível, a anoréxica tenta conciliar sua experiência aos modelos médicos e midiáticos de boa forma, que nem sempre são confluentes. A própria cultura alimentar é um tanto quanto controversa. Enquanto alguns cientistas falam dos malefícios do café, ovo ou carne bovina, outros defendem suas qualidades terapêuticas. Enquanto os conselheiros da boa forma prezam por uma alimentação moderada e equilibrada, nos restaurantes e supermercados as porções de alimento que nos vendem são mais do que suficiente para satisfazer nossa fome.

Portanto, ao contrário das santas que aniquilavam seus corpos, mas alcançavam um êxtase divino, o planejamento alimentar das anoréxicas tem como finalidade controlar os processos biológicos do corpo tomando como referência nas suas escolhas uma infinidade de “saberes peritos” (Giddens, 2002), inclusive os saberes baseados em suas próprias experiências.

Bruna privilegiava os alimentos ditos saudáveis porque aprendeu que eles são menos calóricos, lia a tabela nutricional dos produtos para se certificar de que não estaria ingerindo calorias extras, recusava-se a comer bolacha água e sal e azeite de oliva por achar que estes alimentos deixariam seu rosto com acne. Bruna também se sentia incomodada com o tamanho da sua barriga, queria ter o abdômen sarado como o das artistas de TV.

Bia tinha medo de comer porque se desesperava com a idéia de engordar novamente. Quando esteve internada Beatriz folheava revistas que ganhava no hospital e mostrava a fotografia de mulheres que ela achava bonitas dizendo que queria ser como elas. Na trajetória de ambas, enquanto estavam em tratamento, elas pareciam não ter abandonado o ideal corporal que queriam perseguir e não abriram mão de negociar os alimentos que comporiam suas dietas.

No caso de Bárbara, além de tentar controlar a fome recusando alimentos e priorizando tudo o que era “zero”, a jovem também tentava certificar-se de que os medicamentos receitados não aumentariam seu apetite ou diminuiriam o ritmo do seu

metabolismo. Lia com atenção as bulas, conversava pela *internet* com outras pessoas que usavam o mesmo medicamento para descobrir se os outros sentiam os mesmos efeitos colaterais que ela havia sentido, ou seja, essas meninas articulam saberes para produzir um corpo idealizado.

Considerando a experiência das meninas anoréxicas é possível perceber uma forte ansiedade em administrar as várias possibilidades que as tecnologias do corpo oferecem em sua produção. Contudo, ao serem inseridas no contexto médico-midiático, elas se deparam com uma ambivalência: ou chegar a um **corpo saudável** ou a um **corpo idealizado**. As atuais tecnologias de intervenção médica e cosmética mostram que não há limites para modificarmos os nossos corpos a fim de alcançar uma imagem idealizada – há próteses, procedimentos cirúrgicos, toda variedade de cosméticos (para cada parte do corpo), tatuagens etc. para fazer essas modificações, dentre tantas outras possibilidades de operação. Assim, para elas é um grande desafio conciliar os dois modelos corporais (médico e midiático), que se misturam e dificilmente se discernem entre as exigências de saúde e de bem-estar.

Portanto, não é de interesse das ciências sociais decifrar se os comportamentos análogos entre o jejum praticado por santas, beatas, “cloróticas” e anoréxicas são manifestações de um mesmo acometimento psíquico ao longo dos séculos. O que interessa ao cientista social é tentar compreender o que estes comportamentos alimentares têm a dizer sobre os modos e costumes de cada época.

Enquanto as santas jejuavam e buscavam um aniquilamento do corpo, as meninas “cloróticas” provocavam seus familiares buscando atingir um corpo que ia de encontro às aptidões corporais esperadas das mulheres: a fertilidade, idealizada no corpo robusto, já as anoréxicas buscam freneticamente um corpo valorizado culturalmente e que, ao mesmo tempo, decifrem a si mesmas.

De acordo com estas manifestações o alimento é sim um objeto importante de protesto feminino, mas em cada época, a comida foi pensada e recusada sob ponto de vistas diferentes. O que cada uma dessas formas de jejum revela é que as ansiedades destas jovens ganham representatividade na cultura.

## 4. O CORPO ANOREXICO EM DISPUTA

### 4.1. Quando é possível falar em cura em anorexia nervosa?

“Se doença tem remédio, a vida não tem, ela é um renovado contrato de risco”  
(FORBES, 2004, p. 60)

Ainda durante minha primeira pesquisa pude constatar um forte sentimento que envolve as práticas dietéticas das anoréxicas. Embora as meninas demonstrassem empenho, esforço e determinação no ganho de peso, na medida em que o peso era restaurado, elas demonstravam-se claramente insatisfeitas e inseguras com a nova forma corporal (acusavam deformidades no corpo, sobretudo o suposto tamanho exagerado da barriga). Embora negociassem com os médicos os alimentos e as receitas que deveriam integrar seus novos cardápios, tudo era degustado com moderação, chegando algumas a induzir vômito quando julgavam terem rompido os limites entre o comedimento e o exagero. Ao mesmo tempo em que comemoravam o ganho de peso, recuperado com muito esforço, demonstravam tristeza se alguém reparasse no ganho de peso. Muitas vezes quando ouviam tal comentário, apresentavam recaídas, isto é, recorriam a práticas dietéticas as quais elas pretendiam abandonar, como a ingestão alimentar pobre em calorias (Martins, 2007). É a este cenário de conflito, que revela um **impasse dietético** (Carneiro, 2004) – interesse de recuperar a saúde (leia-se: engordar) e ao mesmo tempo continuar com um corpo que elas consideram ideal, isto é magro, que volto o meu olhar de investigadora.

Bauman (2007) afirma que a sociedade contemporânea tem como imperativo moral a felicidade, que se realiza, sobretudo, a partir das experiências corporais. A tecnologia seria a nossa principal aliada na efetivação dessas experiências, mas que se concretiza somente intermediada pelo consumo de bens específicos para a manipulação do corpo. A anatomia não é mais irreversível. O mercado do corpo perfeito nos estimula a desconsiderar as constituições genéticas e fisiológicas do corpo.

Se por um lado o conceito midiático de bem-estar e beleza proposto pelo mercado do corpo perfeito oferece um modelo corporal flexível, o conceito médico propõe um modelo muito mais rígido<sup>43</sup>. Na experiência de pesquisa realizada no ambulatório, ao serem confrontadas com o agenciamento médico, as pacientes devem reconsiderar seus atributos

---

<sup>43</sup> Mesmo que em vários momentos seja difícil discernir saúde e bem-estar nos modelos médicos e midiáticos de relação com o corpo.

físicos e admitir que o corpo tem limites os quais, para preservar a saúde, devem ser respeitados. O primeiro desafio para essas jovens no ambulatório era reconhecer a necessidade do tratamento e recompor suas condutas alimentares de modo que estejam adequadas ao discurso da instituição médica já mencionada.

Anteriormente esclareci que a assistência médica dada aos sujeitos acometidos por transtornos alimentares é realizada mediante uma terapia de caráter multidisciplinar. A equipe básica é composta por psiquiatras, nutricionistas e psicólogas, e, em alguns ambulatórios, a assistência médica se estende oferecendo atendimento com endocrinologistas, clínicos gerais e terapeutas ocupacionais.

Contudo, embora os transtornos alimentares sejam de interesse multidisciplinar, sua nosografia (descrição das moléstias) é privilégio da psiquiatria. Braga (2002) explica que os outros profissionais que atuam na equipe médica participam na investigação da moléstia do paciente, entretanto, os critérios de diagnósticos e os procedimentos terapêuticos, de acordo com seu texto, são essencialmente orientados pelo DSM-IV.

Sobre esta questão vale a pena frisar que o DSM-IV não é o único manual que descreve os critérios para o diagnóstico de transtornos mentais. No CID-10 também há uma seção exclusiva para a descrição destas moléstias. Vale ressaltar ainda que o DSM foi formulado pela APA (*American Psychiatric Association*) para ser usado exclusivamente nos Estados Unidos. Sua primeira edição foi publicada após Segunda Guerra Mundial visando atender os soldados que retornaram da guerra. Com este manual a APA conseguiu classificar e tratar melhor os soldados norte-americanos.

De acordo com Aguiar (2004), até a sua 2ª edição o manual era fortemente influenciado pelas teorias psicanalíticas e entendia os sintomas psicossomáticos como uma expressão simbólica para o sofrimento. A partir de 1980, com a emergência da psiquiatria biológica e o avanço na produção dos psicofarmacos, os diagnósticos passam a ser meramente descritivos, com isto, identificando bem os sintomas, os médicos poderiam receitar uma medicação adequada para tratar um determinado sintoma. Este novo modelo de diagnóstico do DSM permitiu a medicina psiquiátrica classificar e tratar as doenças somáticas como entidades universais. Com a nova concepção do DSM “o foco passa dos *sujeitos singulares* para os *transtornos universais*<sup>44</sup>” (Aguiar, 2004, p. 61, grifo autor). Com esta nova perspectiva o modelo americano se globalizou.

---

<sup>44</sup> Isto ajuda a esclarecer o interesse dos psiquiatras em universalizar as práticas de jejum das anoréxicas e das santas medievais como única entidade nosográfica, conforme foi colocado no capítulo anterior.

Portanto, ao que parece, é a partir do saber concebido pela psiquiatria que são descritos os sintomas e determinados os procedimentos terapêuticos oferecidos aos sujeitos anoréxicos e bulímicos. E mais, os tratamentos passam a ser prestados no ambiente dos ambulatórios psiquiátricos.

Considerando as questões acima, penso que a psiquiatria é um poder privilegiado na terapêutica dos transtornos alimentares. Com isto, tomarei aqui a psiquiatria como o saber médico protagonista nas disputas entre médicos e pacientes, ainda que os nutricionistas estejam na linha de frente no que se refere à reeducação alimentar.

Muitas são as críticas à intervenção da clínica psiquiátrica, dentre as quais a de que o avanço das ciências neurológicas e farmacológicas tem favorecido a hegemonia da medicina enquanto instituição promotora de cura<sup>45</sup>, que tem se tornado possível na medida em que normatiza os corpos manipulando diretamente os sintomas<sup>46</sup>, ao mesmo tempo em que isto se apresenta como modelo de intervenção eficaz, exigindo um menor custo pessoal, emocional e de tempo, do que outras práticas terapêuticas (Aguiar, 2004; Roudinesco, 2000).

Aguiar (2004) aponta que a intervenção farmacológica sobre os sintomas colaborou para o alinhamento da psiquiatria “ao padrão metodológico dominante na medicina, onde só tem validade o que puder ser descrito e observado de maneira objetiva, para ser testado empiricamente através de métodos estatísticos e quantitativos” (p.23). Os sintomas da ordem dos afetos passam ser tratados como desordens cerebrais, e, portanto, podem ser *regulados* com medicamentos. Compartilhando com esta proposição, Roudinesco (2000) aponta um novo esquema de análise do homem “doente” baseado em observações

---

<sup>45</sup> Em *Os sentidos da cura em saúde mental*, Jucá (2003) resgata a diversidade do campo semântico da palavra cura no francês, no inglês e no português. Na língua portuguesa cura designa “restabelecimento da saúde, ou a superação da doença” (p. 12). No mesmo texto, a autora também coloca que a psiquiatria tem uma compreensão de cura distinta do senso comum. Para a psiquiatria a cura tem um caráter definitivo. Desde modo, Jucá afirma que pacientes e familiares podem perceber a cura de maneira distinta em relação ao saber do campo psiquiátrico.

<sup>46</sup> Roudinesco (2000) adverte dos efeitos que a visão do paciente enquanto totalidade orgânica pode gerar nos novos modelos de intervenção terapêutica. Para autora, essa perspectiva contamina a psiquiatria que passa a valorizar o “homem-máquina em detrimento do homem desejante” (p.15). A terapia medicamentosa age nos sintomas (e não no sofrimento) e apazigua os humores causando uma “ilusão de cura” (idem, p.15). De acordo com Jucá (2003), sob o modelo da clínica médica, a cura para os psiquiatras é compreendida como uma *solução definitiva* do infortúnio psíquico. Contudo, ao se deparar com a impossibilidade de solução definitiva dos infortúnios psíquicos, o prognóstico previsto pela psiquiatria é o de controlar os sintomas e minimizar a “disfunção social” causadas pelos desarranjos psíquicos: “Apesar de sua idiossincrasia, a psiquiatria, compartilhando o solo epistemológico da medicina, também incorpora a imagem do homem máquina. A máquina em questão, com frequência, não pode ser reparada com uma única intervenção. E, por enquanto, a troca de peças não é possível. Apenas ajustes funcionais se mostram viáveis, através do uso das medicações. O processo que se apresenta parece ser o seguinte: nos momentos em que a máquina parece ter seu equilíbrio mais abalado (crise ou surto) é preciso fazer com que ela retorne a um nível mínimo de funcionamento (social principalmente). Assim sendo, uma intervenção é realizada, tendo como principal objetivo a compensação, ou seja, a reequilibração — que não garante potência máxima à máquina, mas que apazigua sua desregulação excessiva. Alcançado o objetivo, trata-se então de manter a máquina neste estado para evitar novas ‘panes’” (Jucá, 2003, p.129).

comportamentais. De acordo com a autora, a psicanálise ajudou a formular um modelo de terapia que considerava o homem como sujeito cujo conflito com as normas de civilidade explicariam seus sofrimentos. Na contemporaneidade o homem é considerado objeto da sua complexidade químico-biológica. No modelo terapêutico da psiquiatria contemporânea o comportamento humano pode ser explicado pela sua organicidade. Roudinesco (2000) adverte também que, seguindo princípios da organicidade, “alguns geneticistas pretendem explicar a origem da maioria dos comportamentos humanos” (p.43). O que a autora observa é que ao exacerbar o comportamento considerado normal, o comportamento desviante dos sujeitos pode ser considerado um comportamento de caráter ontológico submetido aos genes, neurônios, hormônios, etc.

Este primeiro contato com uma bibliografia crítica ao saber e à clínica psiquiátrica revela sua aproximação com as demais especialidades médicas, no sentido de que são atribuídas causas biológicas aos transtornos mentais, em que o tratamento consiste em buscar o equilíbrio fisiológico do órgão desregulado. No caso da psiquiatria, o órgão a ser regulado seria o cérebro (Aguar, 2004).

Em sua pesquisa de doutorado, Jucá (2003) observa que as expectativas que os psiquiatras têm em torno da possibilidade de cura referem-se à elaboração de medicamentos mais eficazes no tratamento dos sintomas de ordem psíquica. Para compreender a expectativa psiquiátrica em torno da cura, Foucault traz considerações interessantes. Em *Doença mental e psicologia*, descreve diferentes discursos a respeito dos comportamentos excepcionais em relação aos comportamentos aceitos de algumas culturas. Com essas descrições Foucault (1991) buscou enfatizar a relatividade dos conceitos de normal e patológico.

Afirmou-se, afirmou-se até demais que o louco era considerado até o advento de uma medicina positiva como um “possuído”. E todas as histórias da psiquiatria até então quiseram mostrar no louco da Idade Média e do Renascimento um doente ignorado, preso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas. Assim, teria sido necessário esperar a objetividade de um olhar médico sereno e finalmente científico para descobrir a deterioração da natureza lá onde se decifravam apenas perversões sobrenaturais (Foucault, 1991, p.75).

Ao perceber a relação entre os discursos produzidos pelos dispositivos de poder na constituição histórica da doença mental, Foucault propõe que novas formas de produção de saber implicam em novos modos de intervenção junto aos sujeitos. Seguindo a perspectiva analítica do autor é possível afirmar que qualquer que seja a terapia, ela está demarcada

dentro de um campo discursivo sobre uma determinada patologia. E do mesmo modo as atividades normativas são mediadas pelos discursos.

A respeito do modelo de intervenção da medicina moderna no corpo do doente, em *Nascimento da clínica*, Foucault demonstra como o interesse científico dos médicos no corpo do morto ajudou a entender a vida e a doença. Nalli (2007) sintetiza as considerações de Foucault presentes na referida obra:

Daí a importância da anatomia para a clínica, uma vez que é no corpo inerte do morto, do recente morto, que se busca captar visualmente todos os sinais – desde o último sopro de vida até os sinais da patologia – que se organizam e se dão a ver e falar nos múltiplos tecidos do cadáver. Toda essa apreensão *visível* acerca do qual se fala, só se dá pela própria natureza da clínica, isto é, pela emergência histórica da clínica; e mais precisamente, da anátomo-clínica. É no recém-morto, é a partir dele, que se conhece a vida e a doença, com toda a plenitude de sua morbidez (grifo meu) (Nalli, 2007, p.181).

Antes dessas primeiras investigações de sinais patológicos no corpo do recém-morto, até o início do século XVIII, a medicina dependia exclusivamente da narrativa do paciente para identificar um sinal que determinaria uma doença. De acordo com Aguiar (2004) os instrumentos tecnológicos têm permitido identificar com precisão os determinantes biológicos que causam as doenças:

Quando não é possível estabelecer uma determinação causal, como nas doenças infecciosas, é pela correlação de determinados marcadores biológicos em relação a uma média encontrada na população que se dá a distinção entre doença e “normalidade” (Aguiar, 2004, p. 74).

Ainda segundo Aguiar (2004) “será sempre a partir de marcadores biológicos estáveis e específicos que a doença poderá ser diagnosticada” (p.74). O autor propõe que de acordo com a ciência médica o bom instrumento para estabelecer um bom diagnóstico é aquele que não precisa depender exclusivamente da narrativa do paciente ou da avaliação subjetiva do médico sobre o paciente. “Os médicos passaram a apoiar sua prática em marcadores que lhes permite ‘ver’ objetivamente a doença, sem depender da narrativa particular e ‘subjetiva’ do paciente” (Aguiar, 2004, p.75). Ao apresentar o modelo de diagnóstico de doenças que inaugura a prática da clínica médica, Aguiar (2004) formula sua crítica ao desempenho da psiquiatria enquanto especialidade médica:

Na psiquiatria, no entanto, esse modelo não funciona perfeitamente. Os instrumentos diagnósticos em psiquiatria são todos fundados sobre o interrogatório e a observação dos doentes. O ato diagnóstico depende sempre da avaliação subjetiva do médico e

do paciente. Não há marcador biológico que permita o diagnóstico preciso de um transtorno mental, nem no nível de uma determinação causal, e tampouco no de uma correlação entre marcadores biológicos. Não há sinal biológico que seja específico de determinado transtorno mental, o que impossibilita o diagnóstico por exames complementares (Aguiar, 2004, p, 75).

É interessante observar que esse “desvio” que a prática da psiquiatria apresenta em relação à clínica médica como um todo faz parte da própria definição da psiquiatria. Contudo, no caso das anoréxicas, estas pacientes “desmantelam” esta concepção, já que, muitas vezes as anoréxicas chegam à clínica não reconhecendo seu corpo como doente e indispostas a estabelecer uma interação médico-paciente, ou seja, estabelecer um diagnóstico baseado apenas em sua narrativa pode não ser uma estratégia confiável. Por outro lado, o peso e outros aspectos físicos destas pacientes são importantes para definir um diagnóstico de anorexia. Entretanto, se há sinais físicos que podem determinar uma anorexia, até o momento é impossível estabelecer qualquer marcador biológico no surgimento dos sintomas anoréxicos.

Com isto, a psiquiatria, ausente de marcadores biológicos que definam objetivamente a “doença”, é impossibilitada de agir sobre o infortúnio “abstrato” que é o sofrimento psíquico. Daí a necessidade da psiquiatria de interditar os corpos dos sujeitos ditos “loucos”<sup>47</sup>.

No caso das anoréxicas, portanto, seus corpos são interditados quando são submetidas à pesagem semanal, quando são aferidas medidas de suas dobras cutâneas, quando são estimuladas a registrar num diário alimentar suas refeições da semana<sup>48</sup>, quando os médicos recrutam pessoas da confiança das anoréxicas para ajudarem a reafirmar a necessidade de mudanças em seus hábitos ou quando são hospitalizadas – e em alguns casos sendo obrigadas a receber alimentação por sonda.

Jucá (2005) avalia que diante dessa impossibilidade de agir definitivamente sobre os infortúnios psíquicos os médicos psiquiatras reelaboram seu modo de pensar a cura. “Ante

---

<sup>47</sup> Em meados do século XVII o louco foi interdito em Hospitais Gerais junto com “todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de ‘alteração’” (Foucault, 1991, p.78). No século XVIII, com o advento da nova moral sexual burguesa, o louco reaparece como aquele que perturba essa moral. O onanismo e a histeria foram umas das desordens que mais preocupavam as famílias e os médicos. Neste período os loucos continuam destituídos de sua liberdade, mas agora “o internamento toma então uma nova significação: torna-se medida de caráter médico” (Foucault, 1991, p.81). Este caráter médico reserva apenas ao louco o internamento no hospital. Na psiquiatria contemporânea a medicalização aparece como uma alternativa de agir sobre a natureza do sujeito criando formas de vida artificiais (Aguiar, 2004, p. 138). A crítica às novas formas de intervenção psiquiátrica em que os psicotrópicos seriam apenas “medicamentos sintomáticos” ajuda a formular a idéia de que os medicamentos seriam tomados como uma nova camisa-de-força, desta vez de caráter químico (*op. cit.*, p.139).

<sup>48</sup> Ver no Anexo um modelo de diário alimentar.

esta ‘incurabilidade’, o alvo de intervenção psiquiátrica se deslocou para novos objetivos, o de compensar e de estabilizar os pacientes” (Jucá, 2005, p. 19).

Considerando as investigações de Aguiar (2004) e Jucá (2005) é possível afirmar que as tecnologias médicas ainda não respondem por completo às expectativas da clínica psiquiátrica. Do mesmo modo que falta um marcador biológico – uma limitação na prática psiquiátrica para definir com precisão o diagnóstico dos distúrbios da mente<sup>49</sup> –, a falta deste marcador também impossibilita o psiquiatra de confirmar categoricamente que o indivíduo esteja curado<sup>50</sup>. Quando Jucá (2005) apresenta em sua pesquisa a reserva dos médicos em considerar a cura como um alvo terapêutico é esta perspectiva de impossibilidade que eles consideram. Portanto, nesta perspectiva o que há é uma tentativa de recuperação:

A recuperação de uma enfermidade ou da condição de doente mental deve ser compreendida como uma reorganização de elementos culturais, sociais e psicológicos que conjuntamente, podem determinar se um tratamento foi bem-sucedido (Hydén *apud* Jucá, 2005, p. 56).

Deste modo, a autora compreende que o que diferencia o normal do patológico é o bom exercício dos papéis sociais (Jucá, 2003; 2005).

A partir de minha experiência de pesquisa (Martins, 2007), compartilho com Jucá a compreensão de que a narrativa do paciente recuperado é constituída de um enredo dramático: “uma vida cheia de tormentos antes do tratamento é seguida pelo adoecimento (*the breakdown*), que por sua vez, determina o ingresso no processo terapêutico e, por fim, à aquisição de uma nova vida” (Jucá, 2005, p.56). Portanto, a cura não seria o retorno à aptidão corporal ou mental anterior ao episódio da doença, significaria sim, a uma nova adequação construída.

Aguiar (2004) também compartilha com esta idéia. Sob a perspectiva de Foucault, o autor explica que alcançar a cura pode ser interpretado como um novo modo de subjetivação, em que o indivíduo aprimora sua capacidade de tolerar o sofrimento e criar novas condições de ultrapassá-lo.

Normal, neste sentido, é ser normativo, não é estar dentro de padrões esperados: é tornar-se capaz de criar novos padrões para si. Estar curado não é, então, ser feliz – é

---

<sup>49</sup> Os diagnósticos psiquiátricos são diagnósticos sindrômicos (que recebem também os termos transtornos ou distúrbios) porque “designam determinados grupos de sinais e sintomas cujo processo patológico de base é totalmente desconhecido” (Aguiar, 2004, p.79).

<sup>50</sup> “A ausência de marcador biológico faz parte da própria definição da psiquiatria. Historicamente, todas as vezes em que se encontrou um marcador biológico para uma patologia psiquiátrica, esta passou para o domínio de outra área da medicina, como foi o caso da epilepsia, do retardo mental e da paralisia geral” (Aguiar, 2004, p.76)

ser livre, ou seja, aprender a exercer um poder sobre si que permita pensar e viver diferentemente (Aguiar, 2004, p. 156, grifo autor).

No caso das anoréxicas, este “pensar e viver diferentemente” torna-se mais complexo na medida em que não é apenas a norma médica que elas tentam aprender a exercer. De acordo com a experiência das meninas, há dois conceitos normativos aos quais elas tentam se ajustar: o conceito médico de saúde e o conceito midiático de bem-estar e beleza. Percebendo este problema existencial enfrentado pelas anoréxicas questiono: como conciliar saúde e boa forma?

Segundo Nogueira (2001), a partir dos anos de 1980, o significado cultural da saúde passou a ser confundido com a boa forma do corpo. O autor defende que na contemporaneidade o conceito de saúde é experimentado de forma unilateral, isto é, reduzida às condições funcionais do corpo. A preocupação unilateral com o corpo gera uma visão superficial e egocêntrica da saúde. A promoção da saúde é agregada aos hábitos e estilos de vida considerados saudáveis tornando-se uma mania, uma preocupação constante e generalizada, a qual Nogueira denomina “higiomania”. É em meio a esta “obsessão coletiva” pela boa aparência do corpo que a anorexia está inscrita.

Para Bauman (2001), saúde e boa forma não são sinônimos: apesar de ambos se referirem a cuidados com o corpo, a saúde demarca e protege os limites entre a norma e anormalidade, enquanto a boa forma pede um corpo flexível e ajustável. Se a saúde é uma condição “nem mais nem menos”, a boa forma está sempre para o lado do “pode-se mais” (p. 91-92). Goellner (2008) acrescenta que “uma boa aptidão física, tem seu significado amplamente expandido designando não apenas a aquisição de uma capacidade orgânica mas a adesão a uma idéia, um estilo, um jeito de ser e se comportar” (p.247-248).

A construção da boa forma exige a aquisição de bens de consumo com a finalidade do embelezamento, cujo uso e/ou práticas nem sempre favorecem a saúde. Para construir a boa forma, os sujeitos devem estar disponíveis para adquirir as novidades oferecidas pelo mercado da beleza (Andrade; Bosi, 2004; Novaes, 2006). A mulher que pretende corresponder às expectativas atuais de feminilidade não deve desprezar sua condição física. Cabe às mulheres investir no embelezamento dos seus corpos para que não percam sua essência feminina (Novaes, 2006; Swain, 2001; Wolf, 1992).

As anoréxicas, influenciadas por esta cultura de consumo, buscam adquirir toda forma de produtos que elas entendem que as ajudarão no projeto de emagrecimento. Suas aquisições mais comuns são alimentos “naturais” (e crus) – por acreditarem ter menos calorias

- produtos “zero”, *light*, *diet*, chás emagrecedores<sup>51</sup>. Em alguns casos, as meninas também recorrem ao uso de inibidores de apetite, diuréticos e laxantes como forma de ficarem mais leves.

Nunes (2008) adverte que a produção do corpo feminino enquanto objeto de investimento científico e de agenciamento de governo é uma característica da modernidade. Nos séculos XVIII e XIX o corpo e a sexualidade da mulher foram refreados através da construção da figura da mãe/esposa como possibilidade legítima de existência feminina. A “boa conduta” da mulher era a principal estratégia para a produção e reprodução de uma população saudável. O corpo da mulher era alvo privilegiado dos discursos médicos e o “excesso de sexualidade” que seu corpo denotava era sentido como uma ameaça ao projeto de higiene social que se estabelecia no século XVIII. Segundo a autora, na contemporaneidade a produção do corpo feminino é redefinida sob um novo discurso hegemônico: o discurso midiático.

No início do século XXI as mulheres são empurradas a viverem em função de seus corpos, sofrendo mais do que nunca prescrições, não mais do marido, do padre ou do médico, mas do discurso jornalístico e publicitário que a cerca. Instalou-se uma nova forma de subordinação, só que hoje o algoz não tem rosto, é a mídia (Nunes, 2008, p. 45).

Sobre estas duas perspectivas de feminilidade às quais Nunes (2008) se refere, há uma questão que vale a pena ser considerada. Enquanto nos séculos XVIII e XIX a idéia de feminilidade estava associada à sexualidade do corpo da mulher, mais precisamente na sua capacidade reprodutiva. O acesso à feminilidade na contemporaneidade ainda encontra-se no seu corpo, mas agora a feminilidade é atingida por meio de sua capacidade de sedução e encantamento – na forma como as tecnologias de produção do corpo são apropriadas e geridas.

A compreensão que produzimos sobre o corpo feminino atualmente é coerente com as novas formulações do eu. Giddens (2002) entende estas formulações como um processo de produção da auto-identidade construído por ordenamentos reflexivos. Na

---

<sup>51</sup> “Segundo O’Connor *et al.* o único motivo que conduz a esta restrição [alimentar] é o de reduzir o consumo de gorduras e calorias da dieta. As pacientes anoréxicas não costumam restringir o consumo dos alimentos *diet* e *light*, apesar de todo o incremento químico que tais produtos possuem em sua composição” (*apud* Braga, 2002, p.131). Sobre estes produtos, a autora ainda informa que no processo de reeducação alimentar: “Alimentos dietéticos, bebidas dietéticas ou gêneros alimentícios com gordura reduzida devem ser evitados, porque encorajam atitudes alimentares anoréxicas” (*op. cit.*, p. 135).

contemporaneidade, os roteiros de vida são reelaborados cotidianamente a partir de rotinas atravessadas por “saberes peritos” – do nutricionista, do terapeuta, do estilista, do educador físico etc. Por outro lado, nas sociedades tradicionais os roteiros de vida eram estáveis e as mudanças dos estágios de vida eram claramente demarcadas por ritos de passagens (Giddens, 2002, p. 37). Contextualizando esta questão à anorexia afirma:

A anorexia deveria ser entendida em termos da pluralidade de opções que a modernidade tardia torna disponíveis – contra o pano de fundo da exclusão continuada das mulheres da participação plena no universo da atividade social que gera essas opções. As mulheres hoje têm a oportunidade nominal de seguir toda uma variedade de possibilidades e chances; mas numa cultura machista, muitas dessas vias permanecem efetivamente fechadas. Ademais, para abraçar as que existem, as mulheres devem abandonar suas antigas identidades ‘fixas’ de maneira mais completa que os homens. Em outras palavras, experimentam a abertura da modernidade tardia de uma maneira mais plena e ao mesmo tempo mais contraditória (Giddens, 2002, p. 101-102).

Deste modo, nos séculos em que ser mulher era sinônimo de ser mãe e esposa, o casamento foi um rito de passagem que alterava sua identidade à fase adulta – lembremos que as mulheres que não casavam eram chamadas de “moça-velha”. Hoje, os rituais de repasse do feminino estão fortemente ligados a experiência do consumo. O caso das meninas biografadas é bastante representativo neste sentido. Elas tentaram acessar a feminilidade compondo uma imagem idealizada adquirindo alimentos dietéticos, tomando inibidores de apetite, vestindo roupas de grife, maquiando-se, ou seja, adquirindo “kits identitários”.

Neste sentido Le Breton (2003) compreende que a “maleabilidade de si”, adquirida pela profusão de possibilidades, tornou o corpo uma “representação provisória”, em que as pessoas passaram a se tornar um *kit*, “uma soma de partes eventualmente destacáveis à disposição de um indivíduo apreendido em uma manipulação de si e para quem justamente o corpo é a peça principal da afirmação pessoal” (p. 28).

Considerando estas novas produções do eu na contemporaneidade, inclusive no que se refere aos rituais de repasse do feminino, não causa estranhamento que os transtornos alimentares apareçam mais frequentemente na adolescência - momento em que elas começam a ter mais autonomia em gerir suas vidas, portanto, uma fase importante na formação da identidade. Nas narrativas das meninas fica muito clara a **ansiedade** que elas sentem em relacionar-se com a maturidade que se manifesta: no medo de ser adulta – como fala Bárbara, ou na negação da menstruação – como faz Bruna.

Sobre os conflitos psíquicos que as anoréxicas enfrentam em relação à maturidade, Giddens é categórico em dizer que há um equívoco em considerar a anorexia uma

patologia da “recusa de torna-se adulta”. A interpretação proposta pelo autor é que a anorexia pode ser abordada como uma “resposta extremamente complicada a uma auto-identidade confusa” (Giddens, 2002, p. 101). Deste modo, é possível considerar que a questão anoréxica, de alguma forma, exprime as normas que conduzem a construção da feminilidade contemporânea.

Nesta perspectiva, Wolf (1992) afirma que “o hábito da dieta é a essência da feminilidade contemporânea” (p.265). A formulação crítica de Wolf sobre o sujeito feminino contemporâneo consiste em mostrar que o padrão de beleza estrito determinado às mulheres é uma nova estratégia para conter seus corpos, uma vez que a possibilidade das mulheres perceberem sua imagem como positiva é negada. O mercado da beleza, constantemente, apresenta produtos que prometem aperfeiçoar cada superfície do corpo. Nunes (2008) parece compartilhar com as considerações de Wolf (1992) ao afirmar que: “Estamos diante da representação do corpo feminino como um corpo a ser consertado, aperfeiçoado. Celulites, culotes, barrigas proeminentes são alguns sinais da imperfeição feminina” (Nunes, 2008, p. 50).

Na perspectiva de Wolf, o efeito do discurso de reparação de deformidades corporais nas mulheres induz a uma permanente visão desqualificada de seus corpos, projetando essa auto-imagem negativa em outras dimensões de sua vida, como nas relações afetivo-sexuais – as inquietações de Beatriz a respeito do seu corpo e medo de ser abandonada pelo namorado por achar-se gorda demonstram bem essa questão.

A esse respeito Nunes (2008) coloca que “[o] que me parece estar na base, e sustentar todo esse discurso, é antiga concepção do corpo feminino como imperfeito e de feminilidade como lugar da fragilidade e impotência humanas diante de sua finitude” (p.48).

Wolf (1992) interpreta que o estímulo à fome feminina e o investimento exaustivo em sua beleza seria uma nova forma de dominação masculina. “A mulher magra ‘ideal’ não é linda do ponto de vista estético; ela é uma bela solução política” (Wolf, 1992, p. 260). Para a autora, ser anoréxica ou bulímica seria o mesmo que ser uma prisioneira política (p.276).

Partindo da proposição de Wolf sobre a identidade feminina contemporânea e sabendo que para a recuperação da paciente anoréxica é necessário que ela ganhe peso, pergunto: como essas pacientes conciliam recomendações médicas sem abrir mão da identidade feminina perseguida?

Durante minha experiência de pesquisadora no ambulatório, observei que na medida em que as pacientes iam incorporando em seus discursos “a verdade médica”, passaram a afirmar que estavam desnutridas, doentes e a apresentar um novo ideal corporal a

ser alcançado: a *magra saudável*. Esta nova categoria pode indicar uma alternativa às normas que elas pretendem conciliar: a saúde e a boa forma. Ser *magra* e *saudável* é ter um corpo que corresponda a padrão de beleza atual, livre dos principais sintomas anoréxicos.

Nesta perspectiva, o ideal da *magra saudável*, enquanto ideal, é problemático de ser efetivado visto que nem sempre é possível compatibilizar a norma médica de saúde às definições peritas de bem-estar e beleza corporal. Seria a *magra saudável* uma espécie de manifestação de desejo de resistência das jovens anoréxicas frente aos imperativos médico-científicos? Ou um embaralhamento entre os conceitos médico e midiático de bem-estar, beleza e saúde que repercutem nas negociações de identidade de gênero e de modos de subjetivação por elas experimentados?

Se a identidade feminina está entrelaçada com a forma como as mulheres cuidam dos seus corpos e se alimentam, a seguir tento compreender como a anoréxica que aderiu à terapia constrói o corpo *magro* e *saudável*, indicando as negociações ambíguas e tensas envolvidas no agenciamento médico, midiático e nas práticas de si dessas jovens

#### **4.2. Algumas considerações sobre o diagnóstico e o prognóstico na anorexia nervosa**

Partindo de uma perspectiva antropológica e sociológica, Marcel Mauss (2003) em *As técnicas do corpo*, texto escrito em 1934, foi o primeiro a se interessar pelas técnicas corporais. Para Mauss o corpo humano está ajustado à cultura e à história de uma sociedade, ou seja, está de acordo com o uso que se faz dele. Mauss compreende que são múltiplas as formas que regem os corpos. São nos corpos que estão os registros de todas as formas de existência social do sujeito.

Mauss defende ainda que as técnicas corporais marcam o homem como um “fato social total”, pois estas técnicas são montagens simbólicas que fazem a mediação do homem entre sua vida social, psíquica e biológica. “Ato técnico, ato físico, ato mágico-religioso confundem-se para o agente” (Mauss, 2003, p.407). É através do corpo que o homem assimila valores e crenças para depois reproduzi-las. “O corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem é o seu corpo” (Mauss, 2003, p.407).

Seguindo com as considerações do autor, entende-se que o corpo é uma entidade que se re-naturaliza ao ser construído pela sociedade. A intervenção social no corpo termina por formar uma segunda natureza, na qual Mauss compreende por *habitus* e que exprime uma *hexis* corporal, isto é, aquilo que é adquirido e faz parte das faculdades cognitivas do sujeito. Esta segunda natureza humana marca distinções e funções entre os homens.

O corpo é o objeto privilegiado da experiência vivida do homem na cultura. Na oralidade o homem experimenta suas primeiras e mais profundas inserções no universo social. Na experiência burguesa é na alimentação que o homem conta com o seu primeiro contato íntimo com o seio materno, que não sacia apenas a fome, mas introduz na criança o prazer de estar junto e das trocas afetivas.

Considerando esta nossa primeira experiência com a alimentação, é possível localizar no ato da nutrição mediações relevantes entre: natureza, corpo e cultura. O homem constrói a si mesmo e suas representações quando manipula, processa e consome os alimentos.

Sob a luz de Lévi-Strauss, Roberto DaMatta (1986) lembra que o consumo alimentar está intimamente relacionado com os aspectos sociais, religiosos e econômicos da vida cotidiana. De acordo com o texto clássico de Lévi-Strauss *O cru e o cozido*, uma das principais marcas da oposição entre natureza e cultura é a transformação do alimento cru em cozido.

É através da passagem natureza/cultura que se define a condição humana e todos os seus atributos. Gérard Haddad (2004), em suas considerações sobre a obra *O cru e o cozido*, destaca que o fogo assinala o aparecimento da cultura do homem. É no “fogo de cozinha” que se guarda um mediador cultural privilegiado. Cozinhar aquilo que serve de alimento é imprimir uma marca cultural sobre uma atividade fisiológica: a alimentação. Na mitologia apresentada por Lévi-Strauss, Haddad observa que a origem da cultura estaria na origem da cozinha. Portanto, é no ato alimentar que encontramos a experiência pioneira de estar no mundo e a primeira enquanto “homem total”.

Mauss também afirma que há uma “sociedade dos homens e uma sociedade das mulheres” (*op. cit.*, p. 409), ou seja, há técnicas corporais específicas para os dois sexos. Assim, se o ato alimentar é uma prática que conecta o biológico e o psíquico à vida social – e se essa vida social é sexualizada – é possível compreender que a própria dieta alimentar faz parte deste processo de sexualização dos corpos.

Em muitos casos as anoréxicas apropriam-se dos saberes peritos divulgados nos veículos midiáticos para estabelecer a sua própria dieta. É muito comum também estas jovens associarem a boa performance corporal das artistas e modelos a uma dietética.

Seguir dietas de revistas e usar os truques das artistas a fim de emagrecer também remete ao conceito de “imitação prestigiosa” desenvolvido por Mauss (2003) que consiste justamente no fato dos indivíduos imitarem e incorporarem as atitudes e os corpos de quem, em seu grupo social, alcançou êxito e reconhecimento.

Contudo, mesmo havendo um estímulo para que as pessoas, sobretudo as mulheres, evitem comer alimentos ricos em gordura e açúcar - seja evitando estes alimentos ou trocando alguns itens como leite integral por leite desnatado, refrigerante normal por refrigerante zero. Para algumas pessoas, um padrão alimentar tão estrito parece inconcebível, na medida em que comer está ligado à manutenção da vida. Mas, mesmo sendo admiradas pela terminação com que mantém suas dietas, as anoréxicas ainda provocam uma confusão no entendimento da maioria das pessoas quando se questionam como é possível sobreviver comendo tão pouco.

Embora ainda persista o problema da assimetria no consumo alimentar, com a diversificação das técnicas de produção de alimentos, para uma parcela significativa da população mundial, a reposição energética através da alimentação deixa de ser um problema da ordem do dia. O acesso a alimentos ricos em calorias se generaliza o que faz com que a obesidade passe a ser um problema também nas classes populares<sup>52</sup>.

Para Poulain (2004) as novas técnicas de cultivo e transformação alimentar favorecem a produção em abundância dos alimentos. O autor coloca que a produção alimentar foi deixando de ser objeto essencial do espaço doméstico na medida em que a transformação culinária se industrializa e se ajusta aos novos estilos de vida. “Propondo produtos cada vez mais perto do estado de consumo, a indústria ataca a função socializadora da cozinha, sem, no entanto, chegar a assumi-la” (Poulain, 2004, p.51). Para o autor o alimento produzido “dentro de casa” tinha uma “alma”, uma “identidade”; ao contrário, o produto industrializado estaria desprovido de identidade. Essa desidentificação trazida pelo produto industrializado, em

---

<sup>52</sup> No Brasil, a última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2002 e 2003, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, revelou que 40,6% da população adulta estão acima do peso e 11% com obesidade. Já uma pesquisa realizada pela USP mapeou mudanças no padrão alimentar entre 1971 e 1999 e indica aumento no consumo de alimentos com baixo teor nutricional, como biscoitos e refrigerantes. No caso das classes populares isso pode ser atribuído ao custo menor desses alimentos e a adequação desses alimentos ao ritmo de vida de seus consumidores. A desnutrição e a obesidade dividem espaço nas preocupações em relação a problemas de saúde pública. O Ipred-CE, por exemplo, tem se adequadado a essa realidade e atualmente oferece assistência médica e nutricional a crianças e adolescentes obesos.

certos casos, pode gerar uma angústia em seu consumo. Para dar uma resposta a essa angústia em potencial, Poulain afirma que publicitários e sociólogos são convocados a conter esse fenômeno produzindo e identificando novas amostras de significados nos alimentos. O empenho em reelaborar significações aos alimentos ajuda a formular o alimento enquanto objeto de consumo. Nessa perspectiva Javier Lifschitz (1995) destaca o comprometimento das indústrias de alimentos em elaborar produtos diferenciados.

Para Lifschitz (1995) os critérios para a produção dos alimentos (enquanto produtos diferenciados) são relativos aos atributos que os consumidores esperam que os produtos apresentem<sup>53</sup>. Tendo em vista esta preocupação, Lifschitz observa que os pólos de atração na produção e consumo dos alimentos são: a “nutrição”, o “natural” e a “saúde”. A construção dessas significações classifica hierarquicamente os alimentos, criando e recriando oposições: “alimentos naturais/ industrializados; saudáveis/ não saudáveis; que contribuem para manter a forma/ que engordam, etc.” (Lifschitz, 1995). Um efeito que o autor identifica no que diz respeito aos signos que circulam no “campo” alimentar é o que ele denominou de medicalização. A atribuição simbólica do alimento se associa a funcionalidades específicas: emagrecer, nutrir, controlar o colesterol, prevenir doenças cardiovasculares e câncer etc.

Para Lifschitz (1995) a relação de consumo do alimento-produto dotado de significações é um elemento relevante na constituição não só do corpo, mas de identidades sociais. Para elaborar a relação entre consumo alimentar e constituição de identidades sociais o autor utiliza o conceito de incorporação proposto por Claude Fischler. No ato de incorporação de alimentos o comedor é conformado pelas qualidades simbólicas do objeto consumido. O comedor é receptivo às propriedades de um alimento suscetível de contaminá-lo simbolicamente, para o bem e para o mal (Fischler *apud*: Lifschitz, 1995; Poulain, 2004). Lifschitz (*op. cit.*) observa que rotular o alimento com um dos atributos de “atração” é uma estratégia para que seu consumo seja potencializado. Nesse sentido, escolher um alimento é também escolher um corpo e uma identidade entre os modelos que habitam o imaginário social.

No caso das mulheres, os modelos que habitam o imaginário social de seus corpos foram produzidos numa trajetória de longa duração de investimentos que ajudam a compreender o uso do corpo feminino na contemporaneidade. As tecnologias de produção do corpo da mulher dos séculos XVIII e XIX buscavam potencializar aspectos corporais e

---

<sup>53</sup> De acordo com Nogueira (2001), os novos discursos sobre saúde e a massificação dessas informações favorecem uma preocupação constante e generalizada com a saúde, que se confunde com a boa forma e está agregado a um estilo de vida.

psíquicos que correspondessem ao ideal de mãe e esposa. Com as transformações da sexualidade feminina, novas políticas do corpo da mulher emergiram. Na contemporaneidade, a produção do corpo feminino esta muito mais associado a reflexividade do eu e a experiências do consumo. É reflexivo porque mobiliza nos sujeitos sentimentos como: autocontrole, determinação, calma e equilíbrio emocional. Consumista porque, quase sempre, construir um “corpo sob medida” faz-se necessário a aquisição de alimentos especiais, exercícios, drogas estimulantes e/ou inibidoras de apetite etc.

Contudo, Nunes (2008) adverte sobre a crueldade despejada sobre as mulheres ao tentarem se ajustar a um corpo sem gorduras:

O que me parece importante frisar é que o que torna para elas essa exigência mais cruel é o fato dos modelos de corpo instituídos como ideais tenderem a apagar, negar e renegar como indesejáveis, aspectos marcantes das formas femininas. Seja na modelagem quase andrógena das modelos pré-adolescentes com seus corpos ainda infantis, seja nos resultados preconizados pelo *body sculpture*, onde músculos definidos e hipertrofiados procuram se aproximar de uma estética masculina de corpos viris (Nunes, 2008, p.50).

Subsidiada pelas considerações de Nunes é possível afirmar que um dos aspectos mais expressivos da “virilização do corpo feminino” refere-se à intolerância à gordura corporal, que não se refere apenas ao combate a gordura – que é uma propriedade importante de sua constituição física<sup>54</sup>–, mas porque a própria constituição deste corpo magro pede as mulheres que desempenhem valores que foram tradicionalmente ligados ao temperamento masculino. Assim, muito embora as mulheres invistam com determinação no projeto de emagrecimento, o esforço para que a mulher mantenha um baixo percentual de gordura em seu corpo é muito maior em relação ao homem.

Controlar a gordura corporal transformou-se num dos desafios mais penosos para que as mulheres atinjam o modelo de corpo proposto. Nessa perspectiva, a maior adesão das mulheres a um padrão alimentar restrito e o consumo de alimentos “naturais”, “nutritivos”,

---

<sup>54</sup> Um estudo da Universidade de *New South Wales*, na Austrália, revela que as mulheres estocam mais gorduras que o homem, mesmo comendo menos, por conta do hormônio estrogênio. O estudo parte da informação de que o estrogênio, hormônio que dá as características femininas às mulheres, reduz a habilidade das mulheres de queimar energia depois de comer. Isso causa um maior acúmulo de gordura no corpo – em geral, as mulheres têm entre 6 e 11% mais gordura do que os homens. O estudo concluiu que a razão para essa economia na queima de energia e estocagem de gordura é a preparação para a gravidez. O estudo ainda aponta que a fase da puberdade das meninas é um dos períodos em que há um aumento significativo na taxa de estrogênio e conseqüentemente de maior estocagem de gordura e ganho de peso. Fonte: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI63243-15257,00-POR+QUE+HOMENS+E+MULHERES+NAO+ENGORDAM+DA+MESMA+FORMA.html>>. Acesso: 26. abr. 2009.

“saudáveis”, *light*, *diet* ou classificados como zero é plausível<sup>55</sup>. Ao eleger esses alimentos em sua dieta, a mulher pretende incorporar suas qualidades e produzir um corpo zero por cento de gordura.

Considerando alguns destes aspectos, Tânia Fontenele-Mourão (2008) sugere que o corpo anoréxico representa as exigências contraditórias da feminilidade contemporânea. O ideal da esbelteza fala tanto em beleza como de valores racionais.

Tendo em vista que esse comportamento alimentar feminino tem um caráter expandido, Herscovici (1997) alerta que não é simples notar quando alguém tem um transtorno alimentar, já que seguir um regime, jejuar, praticar atividade física e apresentar preocupação com o peso e a alimentação são comuns em nossa cultura. A autora ainda diz que se fosse esse o critério de classificação dos transtornos alimentares poucas mulheres não seriam classificadas como anoréxicas (Herscovici, 1997, p.31).

E para um grande número dentre elas no Ocidente, ‘estar de regime’, e isso sejam quais forem seus pesos reais, faz parte da condição *normal* da mulher. Para os adolescentes, ‘seguir um regime restritivo’ é freqüentemente experimentado como sinal de positivo de maturidade (Poulain, 2006, p.144, grifo meu).

A condescendência a esse comportamento, em muitos casos, favorece que os familiares de jovens acometidas por anorexia só percebam o problema quando a anoréxica já está com o peso muito abaixo do consentido e/ou quando surgem outros sintomas causados pela desnutrição. Nas observações da pesquisa atual, a iniciativa de procurar um serviço médico normalmente parte dos familiares após acontecerem desmaios ou quando as meninas ficam amenorréicas.

Bruna e Dona Nadi contaram que após as dietas da menina, o primeiro especialista médico procurado foi o ginecologista. A motivação em buscar esse especialista médico foi a ausência das menstruações de Bruna. Dona Nadi não sabia que a amenorréia da filha tinha sido causada pela desnutrição. Elas informaram que a médica também não percebeu a anorexia que acometia a menina. Dona Nadi não desconfiou que a Bruna estivesse anoréxica; mesmo declarando já ter visto algumas vezes na TV matérias sobre o assunto não imaginou que a filha pudesse estar com o mesmo problema. Dona Nadi persistiu na

---

<sup>55</sup> Mesmo com uma proporção muito maior de casos de anorexia entre mulheres, Faloso e Diniz (1998) apontam que a literatura especializada identifica que um dos fatores que diferenciam a anorexia entre homens e mulheres é que os homens, mais freqüentemente, iniciam o processo por estarem obesos e as mulheres por se “sentirem” acima do peso desejado.

investigação para saber o que a filha tinha e, finalmente, um clínico geral deu um diagnóstico mais preciso e fez o encaminhamento ao ambulatório. Bruna também era informada a respeito do transtorno e mesmo sabendo quais eram os sintomas da anorexia a menina achava que estava tudo bem. Com esse ponto de vista seria difícil Bruna aceitar um diagnóstico que a colocasse como doente, já que acreditava que sua conduta alimentar estava correta. Entretanto, outra possibilidade é que, mesmo sofrendo, Bruna não quisesse admitir que estivesse com problemas. Bárbara certa vez afirmou que nos momentos de crise ela sentia que não estava bem, mas não tinha coragem de admitir isso. No caso de Bruna a rebeldia que ela apresentava nas primeiras consultas no ambulatório sinalizava sua posição contrária em relação ao diagnóstico de anorexia.

A respeito do investimento das jovens em práticas de dieta restritiva Herscovici (1997) alerta:

Da mesma maneira que fumar, fazer regime deve ser considerado como uma conduta de risco. Os médicos que atendem à população jovem deveriam perguntar-lhes sempre: ‘Como se alimenta? O que come e quando? Como se sente com seu corpo? Acredita que tem o peso adequado? Pensa que seria mais feliz se tivesse outro peso corporal? As respostas ajudariam a identificar as pessoas afetadas ou em risco de sê-lo (Herscovici, 1997, p.23).

Mas a experiência de Bruna e Beatriz com a anorexia apresenta algumas limitações que envolvem o diagnóstico médico. Dentre as limitações no estabelecimento de diagnóstico, é preciso dizer que vários dos profissionais da saúde ainda não têm uma formação adequada para enfrentar o problema. A ginecologista de Bruna não percebeu que a alteração hormonal da paciente foi provocada pela desnutrição. Já no caso de Beatriz, numa das primeiras vezes em que foi encaminhada ao hospital por conta de desmaios um dos médicos chegou a afirmar que a menina não comia porque era mimada.

Os registros do diário de Dominique Brand (2003), uma jovem que afirma ter superado a anorexia, revelam várias ocasiões em que ela esteve com profissionais médicos e da área *psi* que poderiam ter diagnosticado sua anorexia precocemente. Até a jovem conseguir receber uma assistência adequada, ela foi consultada por um psicólogo; um endocrinologista; um clínico geral, o qual deu um diagnóstico inacreditável sobre as dores no seu estômago que eram, na realidade, provocadas pelo o excesso de chá emagrecedor que ela tomava:

Fui num médico, clínico geral. Ele falou que a dor de meu estômago é causada pelo *piercing* do meu umbigo que esta desviando o meu *chakra* e provocando essas coisas que eu sinto. Eu tenho esse *piercing* desde os 12 anos e por que só agora ele

veio trazer problemas? O médico mal me consultou, bastou levantar o moletom e assim que ele viu meu brinco já deu o diagnóstico. Esse cara só pode ser louco! Vou fazer o teste de ficar sem o *piercing* por um mês por recomendação dele e, se não melhorar, volto lá. (Brand, 2003, p.73).

Dominique procurou o médico por causa das dores no estômago e também porque tinha esperança de que ele prescreveria um remédio que a ajudasse a emagrecer. Já sua mãe estava preocupada com o emagrecimento exagerado da filha, porém, independente do objetivo que as levaram às consultas médicas, a anorexia de Dominique já estava consideravelmente evidente, mas não o suficiente para algum profissional encaminhá-la a um tratamento mais específico. Em outra consulta médica, desta vez motivada pela debilidade física de Dominique, mais uma vez a jovem não recebeu assistência médica apropriada:

Acordei passando muito mal. Minha mãe me levou carregada para uma clínica. O médico disse que era frescura; que eu não tinha nada e que, se fosse para eu sair a passeio; eu não estaria me sentindo desse jeito (Brand, 2003, p.112).

Só após um desmaio na rua, que teve como consequência a quebra de seu nariz, é que Dominique foi encaminhada a um especialista médico que fez um diagnóstico preciso e a orientou de maneira apropriada. Dominique assume que não foi fácil voltar a comer (ainda que antes da anorexia fizesse isso com prazer): chorava muito, sentia-se deprimida e com sentimento de culpa. Mesmo depois da bem sucedida readequação alimentar Dominique afirma: “O portador de transtorno alimentar deve estar atento, pois a doença, apesar de poder ser controlada, não é erradicada. Tal como o alcoolismo, exige cuidados e atenção pelo resto da vida” (Brand, 2003, p.118).

No depoimento de Dominique é interessante perceber o fato dela não reconhecer a possibilidade de se erradicar a tensão em relação à autocompreensão do seu corpo e a ansiedade em comer quando diz que sua doença exige cuidados pelo resto da vida. Resistir ao impulso do sintoma anoréxico é um exercício diário complicado na medida em que comportamentos alimentares da anoréxica por vezes são semelhantes aos de algumas mulheres não-anoréxicas. Aliás, o comportamento alimentar das anoréxicas e de grande parte das mulheres se confundem. “As mulheres nunca estão satisfeitas com seu peso”, esta é uma das máximas que definem o ser feminino contemporâneo.

Antes do tratamento, as anoréxicas consideram seu padrão de escolha e ingestão alimentar adequado. A partir da adesão ao tratamento, elas devem se esforçar por reinterpretar esse comportamento, atribuindo-lhe avaliação negativa. A grande questão com a qual elas se

deparam é a de que precisam administrar o medo de comer e ganhar peso com a necessidade de comer para restaurar um peso mínimo seguro. O ajustamento psicossocial é um processo demorado e que exige uma produção criativa a partir das recomendações médicas<sup>56</sup>.

Uma questão convergente entre os casos de Beatriz, Bruna e Dominique traduz um problema relevante no atual modelo médico-terapêutico. Silva e Santos (2006) consideram que há uma fragmentação que impera nas instituições de saúde que foi firmada historicamente com o aparecimento da medicina moderna. Nesse processo histórico, a produção dos saberes e as práticas em saúde são altamente especializadas, onde cada profissional busca perceber a doença dentro da sua própria especialidade. Todavia, o caso da anorexia problematiza esses modelos de assistência consagrados pela medicina:

Desse modo, uma abordagem interdisciplinar é a que, em nossa compreensão, mais se aproxima do olhar da complexidade que se caracteriza os cuidados em saúde, como resposta à crescente compartimentalização do saber, numa tentativa de superação do enfoque biomédico, curativista e fragmentação que têm sido adotado no tratamento dos transtornos alimentares (Silva; Santos, 2006, p.417).

As anoréxicas desafiam os profissionais da saúde a perceber a doença enquanto produto complexo da ecologia social<sup>57</sup>. Segundo Silva e Santos (2006) a experiência médica de intervenção nos transtornos alimentares deve “oferecer uma gama diversificada de recursos técnicos e humanos para lidar com os desafios colocados pela prática” (p.418). Deste modo, a

---

<sup>56</sup> Produção criativa em que sentido? No sentido de implicar uma síntese diante das tensões entre autonomia dos sujeitos e interferência de agenciamentos médico-normativos? Questões que nós mesmos nos fazemos.

<sup>57</sup> Seria pertinente aqui evocar que a anorexia é uma dessas formações híbridas que desafiam as dicotomias natureza x cultura, corpo x mente, biológico x social, reclamando uma outra epistemologia para a compreensão do conhecimento, e particularmente do conhecimento social-histórico. Assim, numa concepção latouriana, “Os seres híbridos nem são inteiramente pertencentes à natureza nem são somente culturais, ao mesmo reais como a natureza, narrados como o discurso e coletivos como a sociedade (Latour, 1996). Os híbridos são os objetos e as práticas com os quais lidamos cotidianamente, seja como usuários, sem nos darmos conta dessas qualidades. Os objetos, na medida em que são parte dos coletivos, têm um estatuto ético, estético e desejante e são prenhes de humanidade, na mesma medida em que os coletivos humanos o são da técnica. Essas configurações complexas sempre existiram mas foram, por força do processo de purificação da modernidade, reduzidas á sua expressão mais simples. Ao pensá-las, na sua complexidade, abrem-se novas e interessantes perspectivas que subvertem os modos tradicionais de abordagem”. (Bastos, 2006, p. 39). Seguindo esse desenvolvimento, a autora propõe pensar a AIDS como um exemplo contemporâneo de ser híbrido, na medida em que “envolve vírus e linfócitos, identidades sexuais e respectivas representações discursivas, políticas de prevenção e tratamento (discutidas em instâncias governamentais e não-governamentais), divulgação pela mídia e suas repercussões. Sua prevenção ilustra problemas que vivemos. Em seus dois modelos básicos (indivíduos portadores devem ser vigiados epidemiologicamente e campanhas de mudança de comportamento por meio de informação, educação e aconselhamento são necessárias) aparecem os dilemas e tensões entre os direitos do indivíduo e do Estado; entre autonomia individual e ordem social; entre Estados e mercados; entre nacional, global e local; entre público e privado. Além disso, o processo de avaliação de risco da AIDS exacerbou dicotomias discursivas: eu/outro, nós/eles; maioria/minoria; passivo/ativo; virtude/vício; correto/errado; conhecimento/ignorância; normal/anormal; vida/morte (...). A medicina ocidental contemporânea, embora não se dê conta disso, está prenhe de seres híbridos”. (idem, p. 39-40). Cremos que a anorexia nervosa pode ser também incluída como um desses híbridos criados pela medicina. Ver Bastos (2006) e Latour (1996).

demora no diagnóstico em alguns casos de transtornos alimentares nem sempre pode ser atribuída a uma suposta desqualificação dos profissionais médicos, mas sim às próprias limitações do modelo médico altamente especializado.

Outra dificuldade, não menos importante, concerne às pacientes que sabendo que o médico pode descobrir a doença podem manipular e/ou ocultar informações significativas à investigação médica. No momento da consulta médica, Sampaio (2004) enfatiza que a produção de um corpo saudável é um desafio compartilhado entre médicos e pacientes (incluindo-se também nessa aliança terapêutica as famílias). A participação de ambos é fundamental neste processo. A autora observa que o paciente se esforça para ser convincente nas descrições de seus sintomas para que o médico possa fazer um diagnóstico satisfatório. Quanto maior o envolvimento mútuo e a colaboração de ambos, mais rápido será o diagnóstico que conduzirá o tratamento.

Considerando essa análise, um dos desafios do trabalho com anoréxicas é que nem sempre ela vai à consulta por vontade própria, logo, não tem interesse em participar desse momento de interação. Assim, é essencial que o profissional da saúde se esforce para estabelecer um bom relacionamento com a paciente. Manter uma relação de confiança é um elemento importante na adesão da paciente ao tratamento. É recorrente na fala das meninas o argumento de que a equipe médica pretende engordá-las. Caso os profissionais envolvidos no tratamento não consigam convencê-las a reavaliar esse temor em benefício de sua saúde, a chance delas seguirem as propostas terapêuticas fica reduzida. Por mais de uma vez vi Beatriz insistindo em saber dos profissionais da equipe que a acompanhava em seu internamento se o suplemento alimentar que ela tomava engordava e quais alimentos poderiam fazê-la engordar, além de pedir insistentemente que ninguém a deixe engordar.

De acordo com minhas observações esse é um quadro geral das lacunas e limitações que envolvem o diagnóstico e o curso do tratamento da anorexia. A seguir segue um resumo das etapas que marcam o processo de ajustamento das anoréxicas ao tratamento e a produção do corpo saudável.

De acordo com as conversas com pacientes mais antigas, o procedimento da alta segue o seguinte curso:

- 1) o investimento da equipe médica para que a paciente recupere um peso mínimo seguro;
- 2) a presença dos ciclos menstruais;
- 3) a melhora da autocompreensão da imagem corporal.

Depois disso a paciente é liberada para vir com menos frequência ao ambulatório, entretanto, ela deve continuar relatando sobre sua alimentação e outras questões do cotidiano, até que os três profissionais envolvidos na terapia entrem em consenso de que a paciente poderá ser liberada do acompanhamento médico.

No manejo nutricional os principais interesses no acompanhamento da paciente anoréxica são a reposição de peso e a reeducação alimentar, que precisam estar interligados. É necessário ainda que os profissionais enfatizem que o interesse da equipe é ajudá-las na reposição do peso esperado, sem, entretanto, ultrapassar esse limiar. Esse momento da terapia é importante porque o padrão alimentar das meninas vai sendo negociado e ajustado de forma gradual (Braga, 1998).

O manejo nutricional e a recuperação do peso são importantes porque a anorexia nervosa, sendo caracterizada como uma doença psiquiátrica<sup>58</sup>, acompanha uma série de alterações clínicas decorrente de métodos de compensação de peso e subconsumo alimentar. Essas alterações apresentam risco de morte para essas jovens. Algumas alterações são reversíveis, como as endocrinológicas, responsáveis pela amenorréia. De modo geral, os sinais e sintomas da anorexia desaparecem com a readequação alimentar e o ajuste do peso. Porém, dependendo da gravidade e tempo que a paciente levou para se recuperar, alterações como infertilidade, déficit de crescimento e osteoporose, podem tornar-se irreversíveis (Costa; Azevedo, 1998). Sobre essas alterações ósseas e de crescimento é muito comum ouvi-las reclamar de ter a sensação de que seus dentes estão moles ou de que estão diminuindo de tamanho. As mães, às vezes por não estarem informadas dessas alterações, costumam falar que as filhas estão inventando ou imaginando tais sintomas.

O segundo marco da recuperação é o retorno dos ciclos menstruais. A menstruação representa um dado interessante porque pode ser interpretada de duas maneiras. De acordo com Costa e Azevedo (1998), mesmo a amenorréia podendo persistir após a recuperação do peso adequado para a idade e a altura da paciente, ela serve de referência para o ajustamento de peso bem sucedido e a melhora das suas condições clínicas. Um segundo

---

<sup>58</sup> A idéia de considerar a anorexia como um híbrido, conforme proposto na nota anterior, possibilita-nos articular os momentos analíticos da pesquisa: o **descritivo** e o **genealógico**. Assim, a operação de compreensão genealógica nos permite discutir essa forma de adoecimento, estreitamente ligada à questão de gênero e às configurações de poder a ela associadas, sua apropriação pela polícia médica e pelos discursos contemporâneos da psiquiatria farmacológica, apresentando-a como experiência histórica e culturalmente produzida. Simultaneamente, a descrição da fenomenologia da doença nos termos já medicalizados e psiquiatrizados dá acesso à incorporação e negociação dos sujeitos nela envolvidos com as formas de saber, as estratégias de normalização e as tecnologias da individualidade relacionadas à forma de adoecimento mental aqui estudada. Isto é, se não tomamos a caracterização das práticas de jejum voluntário associadas ao feminino no único horizonte de sua apropriação médico-psiquiátrica, por outro lado, não podemos minimizar os efeitos de poder induzidos pela medicalização/medicamentação daquelas práticas e sujeitos.

aspecto, que não apareceu na bibliografia médica consultada, é o de que a menstruação pode representar um marco simbólico que distingue o corpo infantilizado da anoréxica do corpo sexualmente maduro da “mocinha”.

Como aparece na narrativa de Bárbara há uma forte ansiedade em torna-se adulta. E no caso de Bruna há uma rejeição explícita no que se refere a menstruação. Tanto nas narrativas de Bárbara e Bruna, quanto na narrativa de Beatriz, a relação afetiva com a mãe é algo perturbador. Com Giddens (2002) pode-se identificar alguns aspectos sócio-culturais considerados críticos no repasse do feminino. Entretanto, a psicanálise também apresenta uma descrição teórica interessante no tocante ao repasse do feminino. Com esta perspectiva é possível perceber o motivo pela qual as mães aparecem com tanta frequência nos seus discursos, além do que, pode ajudar a compreender o porquê da relação mães e filha parecer estar em jogo quando as meninas tentam construir um corpo produzido reflexivamente<sup>59</sup>.

Danièle Brun, em seu livro *Figurações do feminino*, dá pistas interessantes a respeito da relação mãe e filha, que podem ajudar a perceber o papel da menstruação como um marcador simbólico que desconecta o corpo da mãe e da filha. A psicanálise considera para ambos os sexos a mãe como primeiro objeto de amor. Na teoria do complexo de Édipo o menino deve abrir mão de sua fantasia sexual com a mãe sob a pena da castração e de perder o amor paterno. O que a psicanálise considera é que o menino se identifica com a figura paterna na esperança de que, assim como o pai, irá conquistar outra mulher para si. O menino abre mão da fantasia sexual com a mãe, sem, contudo, renunciar ao amor materno. No caso da menina esse esquema se desenrola de maneira diferenciada.

Ao apresentar em seu texto casos clínicos de seus pacientes e suas respectivas interpretações sob a luz teórica do complexo de Édipo, Brun aponta um impasse existencial na vida das mulheres. A questão que orienta seu texto é saber como a mulher se avém para ter acesso à feminilidade. Para a psicanálise freudiana faz parte da construção da subjetividade feminina: negar a distinção sexual, recusar o próprio sexo e invejar o pênis. A menina, segundo essa chave interpretativa, até elaborar a diferença sexual é simbolicamente um homenzinho:

A inveja primária do pênis na menina pode ser definida como um ponto de teoria que participa tanto do andaime da psicanálise quanto de seu edifício. Esta inveja atesta simultaneamente a existência de uma ligação exclusiva intensa e apaixonada

---

<sup>59</sup> Sabemos dos riscos de inserir a teorização psicanalítica na abordagem de material etnográfico, uma vez que a psicanálise aponta para dimensões da (inter)subjetividade que escapam ao domínio do cientista social. No entanto, estamos convencidos da fecundidade de aproveitar as pistas da psicanálise para a compreensão da anorexia.

da filha à mãe inicial e a ruptura desta ligação, episódio que Freud designou como o momento organizador de desenvolvimento em direção à feminilidade. Ainda que ocupe uma posição de articulação entre infância e idade adulta, e qualquer que seja a influência que as experiências e desenvolvimentos ulteriores exerçam sobre ela, é devido à preponderância do fator infantil que a inveja do pênis reveste, se me atrevo a dizê-lo, uma importância tão grande (Brun, 1989, p. 112).

A menina, para produzir uma identificação com o modelo feminino, deve simbolicamente matar **a mãe**. A hostilidade da filha para com a mãe é um mecanismo de matricídio que procede da busca **da mulher** na mãe. Para ter acesso à feminilidade e se tornar mulher a menina deve renunciar a possuir exclusivamente a mãe e reconhecer nela uma mesma realidade anatômica. **Para tornar-se mulher a menina precisa reconhecer a mãe enquanto mulher**. No caso da menina anoréxica o fato de não comer quando a mãe pede para se alimentar ou quando esta última serve um alimento que a filha gosta na tentativa de persuadi-la a comer, ou ainda, quando a menina impõe condições para fazer uma refeição, a trama que se estabelece entre elas é de uma relação ambígua. Se por um lado a filha consegue hostilizar, ela também parece ser bem sucedida ao forjar uma relação de dependência com a mãe, na medida em que seu transtorno mobiliza a mãe em tentar ajudá-la a recuperar a saúde.

O não-comer anoréxico manifesta um uso do corpo que exprime um duplo movimento de **dependência** e **autonomia**<sup>60</sup> quanto ao seu objeto de amor inicial. Não menstruar pode demonstrar uma ansiedade em relação a maturidade sexual e tentar conservar o corpo num estágio infantil. A alimentação que Beatriz recebia na boca pelas mãos de sua mãe demonstra este aspecto infantil.

O “cuidado de si” (no sentido foucaultiano do termo) marca a existência do sujeito e, aproximando do contexto empírico da pesquisa, representa para a menina anoréxica uma possibilidade de reelaborar suas formações vinculares e de estabelecer uma maior autonomia em relação à mãe, assumindo-se como mulher e reconhecendo sua mãe também como mulher: “fazendo notar que no amor que a mulher dirige para si, para seu corpo, a parte que vem dela se mistura estreitamente com a que lhe vem daquela que foi seu primeiro objeto de amor” (Brun, 1989, p.153).

Ao comparar os discursos de Beatriz e com o caso de outra paciente que freqüentava o ambulatório, a produção de uma identidade distinta da mãe, enquanto componente relevante na readequação do comportamento alimentar da anoréxica parece

---

<sup>60</sup> Dependência porque, com a saúde fragilizada das filhas, as mães passam a ocupar muito mais tempo cuidando delas. Já a autonomia da anoréxica é exercida quando elas escolhem reflexivamente o que **não vão comer**, e também se refere a um poder de manipulação das relações intrafamiliares, nas quais aparecem com destaque.

contudente. Enquanto Beatriz admitia que comia para agradar à mãe, ao mesmo tempo em que recusava a atenção do namorado em momentos de crise, esta outra paciente sentia-se motivada a comer para agradar o namorado, pois mantendo uma dieta adequada e praticando exercícios físicos teria um corpo com curvas.

Alterações endocrinológicas como a amenorréia só são restabelecidas após um ganho de peso significativo, o que pressupõe que a menstruação dessas meninas é posterior a uma trajetória de ajustamentos e readequações nutricionais e psíquicas. Menstruar no caso das anoréxicas pode significar um marcador simbólico importante para que as meninas percebam seus corpos como sexualmente maduros e independentes do corpo da mãe. Assumir, conviver e manipular todos os estigmas que compõem o imaginário da mulher menstruada ou da mulher com TPM pode ser um elemento importante de reinterpretar uma nova corporeidade feminina desconectada da aliança incestuosa inconsciente entre mãe e filha.

Sob o ponto de vista de Marcel Mauss, quando afirma que as técnicas do corpo dão conta dos aspectos biológicos, psíquicos e sociais, penso que a psicanálise pode ser um instrumento relevante para compreensão das práticas anoréxicas, já que, para alguém acometido por este transtorno o alimento é um objeto privilegiado para instrumentalizar sua vida e relacionar-se com familiares, médicos e sociedade.

Como foi levantado neste trabalho, a questão do acesso da mulher a feminilidade envolve aspectos psíquicos e sociais. Para que anoréxica formule uma identidade feminina adulta é preciso elaborar um roteiro de si que concorde com sua vida interior e com as identidades sociais femininas. Contudo, quando estas jovens não encontram nos espaços intrafamiliares um lugar para exercer com autonomia suas demandas psíquicas, compor um roteiro biográfico a partir da profusão de “kits identitários” parece tornar-se algo confuso e difícil. O ato alimentar, que seria uma das “técnicas do corpo” que as ajudariam a formar um corpo dito feminino, termina tornando-se objeto de resistência.

Neste sentido, quando Foucault fala em resistência, este conceito concorda com o conceito de técnicas de si maussiano, na medida em que ambos dizem respeito a operações no corpo. Contudo, quando Mauss fala em técnicas corporais, ele se refere ao corpo enquanto instrumento social. Já Foucault, avança um pouco mais e diz que com as técnicas de si os sujeitos transformam a si próprios. Neste conceito Foucault é enfático em dizer que os sujeitos não ficam inertes aos discursos normativos.

Na perspectiva de Foucault, esta potência contra-ofensiva a um discurso-poder também é uma forma de se relacionar com o outro. No caso da anoréxica esta contra-ofensiva aos discursos normativos femininos midiáticos deflagra ao que a medicina chama de

transtorno alimentar, contudo, ao serem confrontadas pelo poder médico há uma reapropriação e reelaboração destes discursos. A anoréxica reconstrói a si mesma, busca um corpo desejável e saudável. Com este corpo ela produz novas relações com o outro que podem ser consideradas menos ambíguas e mais autênticas. Seu corpo não pertence mais a tutela médico-familiar, a readequação alimentar transforma essa condição. Abandonar uma atividade obsessiva permite que elas abracem outras possibilidades de viver suas vidas.

Por fim, acredito que a anorexia pode ser considerada um transtorno psiquiátrico essencialmente feminino não porque suas vítimas são em maioria mulheres, mas sim porque os símbolos e as práticas envolvidos em suas descrições nosográficas revelam aspectos importantes do cotidiano das mulheres contemporâneas. A anorexia nervosa é assim um contexto psicopatológico híbrido que permite visualizar o campo das ansiedades produzidas em relação à condição feminina e suas modalidades de inserção no laço social.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos registros biográficos das jovens anoréxicas pode-se entender que a anorexia nervosa não é apenas um problema com a comida, mas que seus sintomas manifestam o mal-estar vivenciado por muitas mulheres na contemporaneidade.

De acordo com as experiências partilhadas por Bárbara, Beatriz e Bruna, para além do objetivo de emagrecer, suas dietas parecem ser um meio pelo qual elas pensaram conseguir alcançar reconhecimento, atenção e admiração. Estas jovens fazem dos seus corpos textos que nos estimulam a interpretá-los. Seus corpos falam, gritam! E nos mostram que o corpo perfeito não existe. A sensação de alcançar um “corpo sob medida” nunca será satisfeita porque nossa “vontade de potência” é ilimitada e nunca em nossa cultura o “sempre pode-se mais” esteve tão presente em nosso cotidiano.

Numa conversa que tive com Bárbara esta questão aparece de maneira discreta, mas de um modo bem interessante. Nesta conversa Bárbara diz querer muito se matar. “Mas sabe por que não faço isso?”, ela diz. “Porque não quero morrer gorda”. Morrer gorda como ela diz “é como desistir de um sonho”. “Esse sonho eu não me permito largar (emagrecer)”. Com estas declarações Bárbara parece desafiar a morte, pois, por mais que ela tente nunca se sentirá magra suficiente e morrer gorda não faz parte dos seus planos. Em outra conversa pelo MSN ela diz: “Eu queria pesar 45kg. Na real, sabe quanto eu to? 54”. “E depois de 45?”, eu pergunto. “Querida 40”, ela responde (...). A anoréxica parece performartizar literalmente em seu corpo a máxima feminina de que “todo mulher sempre deseja ser mais magra”. Não há limites quando se trata de emagrecer para a anoréxica.

De maneira paradoxal, enquanto a medicina vê em suas práticas dietéticas um problema, seus corpos afirmam que emagrecer é a solução para todos os seus problemas existenciais.

Bárbara resolveu o descontrole que sentia em relação a sua vida controlando aquilo que é mais significativo na vida humana: a sua vida biológica. Com seu corpo Bárbara desafia todas as compreensões médicas no que concerne ao corpo. Já passou dias sem comer. Tomou veneno de rato. Chegou quase morta ao hospital de tanto tomar diuréticos. Já tomou comprimidos para a tireóide e sua glândula nunca parou. Vomitou a bile. Mas mesmo assim, numa de nossas conversas ela diz que sua saúde é ótima. Que às vezes sente-se como um “super-homem”. Extraordinariamente é forçando seu corpo ao limite que ela sente-se “VIVISSÍMA”, como afirmou no MSN. As experiências que Bárbara fez com seu corpo

lembra-me uma frase da psicanalista Joyce McDougall (1991), “**Um corpo que sofre é um corpo vivo**”.

Beatriz sentia-se excluída porque seu corpo a impedia de se vestir como os seus pares. Por causa disso entendia que era menos amada e admirada. Com as dietas ela conseguiu mobilizar nas pessoas atenção. Bruna, que demonstrava muito querer espaço e privacidade para estudar em casa, conseguiu provar a mãe e a família que era capaz de dominar a própria vida.

Como Susan Bordo (1997) mostra em seu artigo, é forjando uma obediência, ou ainda, parodiando o comportamento feminino contemporâneo, tal como afirma Tânia Fontenele-Mourão (2008) que essas jovens demonstram seus desconfortos e ansiedades em relação aos papéis que acredita-se ser feminino. Este acordo e desacordo que as anoréxicas imprimem nos seus corpos pode ser considerada uma experiência de poder, contudo, as autoras observam que esta é uma potência que não transforma suas possibilidades de vida. Porém, creio que não seja bem assim.

Entretanto, quando elas investem em outra possibilidade de “assujeitamento”, ou seja, quando buscam conciliar a boa forma com a saúde, como mostra o caso de Bruna, é nesta nova experiência que ela mostra que é possível construir um corpo reflexivo, sem aniquilar-se a uma dieta de caráter obsessivo. É numa magreza dita saudável que elas buscam construir a si mesmas e escapar da tutela médica e familiar.

Como pude conferir, os corpos das anoréxicas terminam por conduzi-las a uma situação a qual lhes causa aborrecimento e provoca rebeldia. Seus corpos são tomados de assalto, esquadrinhados e vigiados, sem haver para elas outra opção de se libertar desta tutela a não ser comendo. Entretanto, até que uma anoréxica se dê conta de que tomar conta de si mesma pode significar investir numa reeducação alimentar é um processo demorado. Insubordinadas tentam provar para os outros o quanto comer pode ser perigoso. “Querem que eu coma!”, “Pois comerei!”, elas dizem. E de fato algumas delas, falsamente, rendem-se e comem. Elas devoram tudo a sua frente e depois vomitam para aliviar-se. Neste contexto, não seria a bulimia um efeito perverso da terapia médica? Esta é uma questão a se pensar...

Neste processo de produção de um corpo saudável, uma possibilidade que as anoréxicas podem encontrar para resolver questões referentes a individualização e autonomia é perceber que elas também constroem a si mesmas quando **escolhem o que irão comer** ao invés de **escolhem o que não vão comer**.

Retornando à questão do sofrimento corporal, o que a experiência anoréxica mostra é que o investimento neste tipo de sofrimento tem um valor positivo. Embora haja

sofrimento, as anoréxicas beneficiam-se com o jejum. Como explica Foucault o poder não é repressivo, o poder é relacional e, portanto mobiliza nos sujeitos suas forças criativas.

Digo simplesmente: a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa (Foucault, 1979, p.241).

As anoréxicas modificam com suas dietas as dominações as quais estão submetidas: masculina, familiar, da ditadura da beleza, da medicina etc. Enfim, se o poder produz positivamente, há de se levar em conta que o jejum que elas empregam em suas vidas de alguma forma satisfazem suas demandas psíquicas. Que o discurso social acerca do corpo feminino e hábitos alimentares transforma-se numa afinidade eletiva entre estes discursos de poder e suas próprias motivações pessoais. ]

Durante o percurso desta dissertação a anorexia foi conceituada como um transtorno alimentar catalogado e tratado pela medicina psiquiátrica. Julguei pertinente apresentar esta visão médica da anorexia, que prefiro chamar de narrativa médica, porque este é um dos poderes que a maioria das anoréxicas, mais cedo ou mais tarde, terão que enfrentar. Além do que, foi inserida num contexto médico que encontrei os sujeitos desta pesquisa. Entretanto, lançar um olhar a partir das ciências sociais sobre estes fenômeno é relevante porque, para além de ver o indivíduo enquanto sujeito passivo da doença, como sugere a medicina, o que foi visto neste trabalho é que os sintomas psicossomáticos oferecem muitas possibilidades de analisar práticas dietéticas cotidianas de nossa sociedade.

Estudar a anorexia sob a perspectiva das ciências sociais permitiu abarcar as questões relativas à sua definição pela medicina, o lugar que a mulher ocupa na cultura e as suas respectivas contra-ofensivas a uma cultura que oferece poucas possibilidades de expressão do feminino, bem como as contradições que as anoréxicas têm que administrar para aprender a viver na contemporaneidade e por fim o valor social atribuído a certos alimentos e a relação que anoréxica estabelece com eles em sua dieta.

No breve histórico das descrições médicas foi possível observar que nos seus primeiros relatos a anorexia esteve relacionada aos sintomas histéricos. A anorexia só se destacou da histeria enquanto sintoma quando as questões relativas à sexualidade feminina foram flexibilizadas e quando a dieta alimentar passou a ser associada ao controle do peso e auto-regulação da saúde. De acordo com Giddens (2002, p. 100) o fenômeno das “meninas que jejuam” começa a ser observado ao final do século XIX, mas ainda podendo ser

considerado como uma “síndrome de transição” da antiga cultura religiosa feminina à secularização dos costumes. A anorexia propriamente dita só aparece após 1920 com o surgimento das “dietas”. Com isto, é possível perceber que cada cultura ajuda a desenvolver ou potencializar ansiedades que dão visibilidade a certas formas de sintomas psicossomáticos. Os transtornos alimentares só passam a ser problemas de agência dietética quando a própria dietética é uma questão relevante na vida dos sujeitos.

Outra questão de grande interesse deste trabalho foram as figurações do feminino. Neste capítulo foi possível conhecer várias possibilidades de resistências femininas e com elas aprender que a relação da mulher em confronto com o mundo são reapropriações femininas numa cultura androcêntrica. Ao considerar este caráter, acredito que as leituras psicanalíticas foram importantes para o estudo da anorexia, já que este saber formou-se a partir dos discursos femininos. O feminino foi para a psicanálise um “continente negro” a ser desvendado porque suas interpretações levaram a um problema que persiste até hoje: as ambigüidades nos rituais de repasse do feminino. Se nos séculos precedentes, onde os estudos se deram com sujeitos advindos da alta sociedade burguesa européia, estas questões foram pensadas num contexto que privilegiava as relações intrafamiliares. O estudo sociológico da anorexia mostra o quão a cultura, especificamente a cultura alimentar, instrumentaliza os sujeitos a mediar suas relações cotidianas com a comida.

A pesquisa apontou também algumas dificuldades nas práticas médicas que revelam não só as limitações do modelo médico altamente qualificado, mas que também são frutos do próprio embaralhamento que as práticas dietéticas anoréxicas causam na compreensão destes profissionais. Os sintomas anoréxicos nos mobilizam a pensar o corpo humano enquanto produto complexo da ecologia social. A ciência não dá conta de estudar fenômenos como este distinguindo o corpo humano em dicotomias tais como, natureza x cultura, corpo x mente, biológico x social. Neste sentido, o estudo de Marcel Mauss sobre as técnicas corporais revela-se ainda muito importante, uma vez que considera o corpo humano como “fato social total”, isto é, que engloba as esferas social, biológica e psíquica.

Ao tratar a experiência anoréxica enquanto “fato social total” espero ter conseguido perceber como uma “patologia de protesto do feminino” oferece uma grande possibilidade de leituras sobre quais poderes mobilizam as mulheres a investir com tanta paixão no cuidado dos seus corpos. Corpos que não são apenas organismos, mas que delimitam um lugar no mundo.

Ao concluir este trabalho, não tenho a pretensão de esgotar o assunto, o que espero é poder instigar e oferecer instrumentos que ajudam a explorar este fenômeno sob novas perspectivas.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABUCHAIN, Ana Luiza G. Aspectos históricos da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. In: NUNES, Maria Angélica Antunes; APPLINARIO, José Carlos; ABUCHAIN, Ana Luiza G.; COUTINHO, Walmir. (Org.) **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 13-20.
- AGUIAR, Adriano A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALVARENGA, Marle; LARINO, Maria Aparecida. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, vol.24, suppIII, p. 39-43, dez. 2002.
- ANDRADE, Ângela; BOSI, Maria Lúcia. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, Campinas, vol. 16, n.1 p.117-125, jan./mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n1/a11v16n1.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2004.
- BALLONE, G.J.; MOURA, E.C. Anorexia Nervosa. In: **PsiquWeb**, 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 29 mai. 2010.
- BASTOS, Liana A. M. **Corpo e subjetividade na medicina: impasses e paradoxos**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Vida Líquida**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Capitalismo parasitário**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.
- BIDAUD, Eric. **Anorexia mental, ascese, mística**. Uma abordagem psicanalítica. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.
- BIRMAN, Joel. **Gramáticas do erotismo: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BRAND, Dominique. **Anorexia: diário de uma adolescente; análise e orientações do psicólogo Haroldo Lopes**. São Paulo: Elevação, 2003.
- BRAGA, Cláudia L. Manejo Nutricional. In: NUNES, Maria Angélica A.; APPOLINARIO, José Carlos; ABUCHAIM, Ana Luiza G.; COUTINHO, Wladimir. (Org.). **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 130-138.
- BRUN, Daniele. **Figurações do Feminino**. São Paulo: Escuta, 1989.
- BORDO, Susan. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, Alison; BORDO, Susan (Org.). **Gênero, Corpo, Conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

BOURDIEU, Pierre. A ilusão Biográfica. In : \_\_\_\_\_. **Razões Práticas** : Sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996. p.74-82.

\_\_\_\_\_. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BOZON, Michel. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BUTLER, Judith. **Humain, inhumain**. Le travail critique des normes. Entretiens. Paris: Éditions Amsterdam, 2005.

\_\_\_\_\_. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, Guacira Lopes. (Org.). **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. p. 151-174.

CARNEIRO, Henrique F. Transtornos alimentares ou um impasse dietético? **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 10, n. 16, dez. 2004. p. 270-287.

CHILAND, Colette. **O sexo conduz o mundo**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

CLAUDINO, Angélica M.; BORGES, Maria Beatriz F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, vol. 24, supplIII, p. 7-12, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13964.pdf>> Acesso em: 19 abr. 2008.

COBELO, Alícia W. **De Lasègue à Lacan**: o percurso psicanalítico no estudo da anorexia nervosa. Estados Gerais da Psicanálise – Encontro latino-americano. Disponível em: <[http://www.estadosgerais.org/encontro/de\\_lasegue\\_a\\_lacan.shtml](http://www.estadosgerais.org/encontro/de_lasegue_a_lacan.shtml)>. Acesso: 14 mar. 2010.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

COSTA, Jocely Vieira da; AZEVEDO, Rosani. Complicações clínicas da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. In: NUNES, Maria Angélica A.; APPOLINARIO, José Carlos; ABUCHAIM, Ana Luiza G.; COUTINHO, Wladimir. (Org.). **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 181-193.

CORDÁS, Táki A. (Org.). **Fome de Cão**. Quando o medo de ficar gordo vira doença: Anorexia, Bulimia, Obesidade. São Paulo: Maltese, 1993.

CORDÁS, Táki A.; CLAUDINO, Angélica M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, vol. 24, supplIII, p. 3-6, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13963.pdf>> Acesso em: 30 out. 2007.

CORDÁS, Táki A.; WEINBERG, Cybelle. Clorose: a efêmera doença das virgens. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol. 29, n.4, 2002. p. 204-206.

DAMATTA, Roberto. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco: 1986.

DOLTO, Françoise. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

DOLTO, Françoise e NASIO, Juan David. **A Criança do Espelho**. São Paulo: Jorge Zahar, 2008.

DOMINGUES, José Maurício. **Criatividade social, subjetividade coletiva e a modernidade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

**DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Disponível em: <<http://psiweb.med.br/dsm/alimen.html>>. Acesso em: 16 dez. 2005.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A sexualidade nas ciências sociais: leitura crítica das convenções. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria. Filomena; CARRARA, Sérgio (Org.). **Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras**. Rio de Janeiro: CLAM / Garamond: 2004.

ELIACHEFF, Caroline; RAIMBAULT, G. **Las indomables: figuras de la anorexia**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.

ELIAS, Norbert. **Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994a.

\_\_\_\_\_. **O processo Civilizador**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1994b.

\_\_\_\_\_. **O processo Civilizador**. Vol. 2. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1994c.

FONTENELE-MOURÃO, Tânia. Mutilações e Normatizações do corpo feminino – entre a bela e a fera. In: STEVENS, Cristina Maria T.; SWAIN, Tânia N. **A construção dos corpos: perspectivas feministas**. Florianópolis: Mulheres, 2008.

FORBES, Jorge. **Você quer o que deseja?** Rio de Janeiro: Best Seller, 2004.

FORRESTER, John; APPIGNANESI, Lisa. **As mulheres de Freud**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

FASOLO, Carmen; DINIZ, Teresa Cristina do V. C. Aspectos Familiares. In: NUNES, Maria Angélica A.; APPOLINARIO, José Carlos; ABUCHAIM, Ana Luiza G.; COUTINHO, Wladimir. (Org.). **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 77-85.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade III: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

\_\_\_\_. **Os anormais**: curso no *Collège de France* (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_. **Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: \_\_\_\_\_. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

\_\_\_\_. “Do ponto de vista dos nativos”: a natureza do entendimento antropológico. In: \_\_\_\_\_. **O saber local: novos ensaios sobre antropologia interpretativa**. Petrópolis: Vozes, 1997.

\_\_\_\_. O pensamento como ato moral: Dimensões éticas do trabalho de campo antropológico nos países novos. In: \_\_\_\_\_. **Nova Luz sobre a Antropologia**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2001.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e Identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

\_\_\_\_. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2003.

GOELLNER, Silvana V. A cultura *fitness* e a estética do comedimento: as mulheres, seus corpos e aparências. In: STEVENS, Cristina Maria T.; SWAIN, Tânia N. **A construção dos corpos: perspectivas feministas**. Florianópolis: Mulheres, 2008.

GOLDENBERG, Mirian. **De perto ninguém é normal**: Estudos sobre corpo, sexualidade, gênero e desvio na cultura brasileira. Rio de Janeiro: Record, 2005.

\_\_\_\_. **O corpo como capital**: estudos sobre gênero, sexualidade e moda na cultura brasileira. Barueri: Estação das Letras e Cores, 2007.

\_\_\_\_. **Toda mulher é meio Leila Diniz**. Rio de Janeiro: BestBolso, 2008.

GOLDENBERG, Mirian; RAMOS, Marcelo S. A civilização das formas: O corpo como valor. In: GOLDENBERG, Mirian (Org.). **Nu & Vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record: 2002.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

HADDAD, Gérard. **Comer o Livro**: ritos alimentares e função paterna. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

HÉRITIER, Françoise. “Masculino/Feminino”. In: *Enciclopédia Einaudi*. Volume 20: **Parentesco**. Lisboa : Imprensa Nacional/Casa da Moeda, 1989.

HERSCOVICI, Cecile R. **A escravidão das dietas**: Um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares. Porto Alegre: Artmed: 1997.

HORNBACHER, Marya. **Dissipada**: Memórias de uma anoréxica e bulímica. Rio de Janeiro: Record, 2006.

JUCÁ, Vlândia J. S. **Os sentidos da Cura em Saúde Mental**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003.

\_\_\_\_\_. A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.10, n.3, p. 771-779, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a33v10n3.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2008.

KEHL, Maria Rita. **Deslocamentos do feminino**: a mulher freudiana na passagem para a modernidade. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

KOFES, Suely. **Uma trajetória em narrativa**. Campinas: Autores associados, 2001.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: Corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 2001.

LATOUR, Bruno. Crise. In: **Jamais fomos modernos: ensaios de antropologia simétrica**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

LAWRENCE, Marilyn. **A experiência anoréxica**. São Paulo: Summus, 1991.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**: Antropologia e sociedade. Campinas: Papyrus, 2003.

LE GOFF, Jacques; TRUONG, Nicolas. **Uma história do corpo na Idade Média**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O cru e o cozido**. São Paulo: Cosac&Naif: 2004.

LIFSCHITZ, Javier Alejandro. Alimento-signo nos novos padrões alimentares. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 27, 1995.

LIPOVESTSKY, Gilles. **A terceira Mulher**: Permanência e revolução do feminino. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LOURO, Guarcira Lopes. Epistemologia feminista e teorização social – desafios, subversões e alianças. In: ADELMAN, Mirian; SILVESTREIN, Celsi Brönstrup. (Org.) **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Ed. UFPR, 2002.

MARCUS, George E. O que Vem (logo) Depois do “Pós”: o Caso da Etnografia. **Revista de Antropologia**, São Paulo: vol. 37, 1994. p. 07-33.

MARTINS, Mayara Magalhães. **O corpo na vitrine**: uma abordagem sócio-antropológica da anorexia nervosa. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007.

MARZANO-PARISOLI, Maria Michela. **Pensar o corpo**. Petrópolis: Vozes, 2004.

MAUSS, Marcel. As técnicas corporais. In: \_\_\_\_\_. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac e Naify, 2003. p. 399-422.

McDOUGALL, Joyce. Um corpo para dois. In: \_\_\_\_\_. **Teatros do corpo: O Psicossoma em Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MICHELET, Jules. **A feiticeira**. Rio de Janeiro: Círculo do Livro, 1989.

MILLS, Charles W. **A imaginação sociológica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1975.

MIRANDA, Marina R. **Anorexia nervosa e bulimia à luz da psicanálise** – a complexidade da relação mãe-filha. Tese de Doutorado (Núcleo de Psicanálise, PUC-SP), São Paulo, 2003.

MONTANARI, Massimo. **A fome e a abundância: história da alimentação na Europa**. Bauru: EDUSC, 2003.

MOREIRA, Luiza Amélia C.; OLIVEIRA, Irismar R. de. Algumas questões éticas no tratamento de anorexia nervosa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n.3, 2008. p. 161-165. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n3/01.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2009.

NALLI, Marcos. Foucault: curar os outros, cuidar de si. In: PEREZ, Daniel Osmar. (Org.) **Filósofos e terapeutas: em torno da questão da cura**. São Paulo: Escuta, 2007.

NERI, Regina. **A Psicanálise e o Feminino: um horizonte da modernidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

NOGUEIRA, R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

NOVAES, Joana de Vilhena. **O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos**. Rio de Janeiro: PUC-Rio/Garamond, 2006.

NUNES, Maria Angélica A.; RAMOS, Denise C. Anorexia Nervosa: Classificações Diagnóstica e Quadro Clínico. In: NUNES, Maria Angélica Antunes; APPLINARIO, José Carlos; ABUCHAIN, Ana Luiza Galvão; COUTINHO, Walmir. (Org.) **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 21-30.

NUNES, Maria Angélica A.; OLINTO, Maria Teresa; BARROS, Fernando; CAMEY, Suzi. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, vol. 23, n.1, 2001. p. 21-27.

NUNES, Silvia Alexim. **O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha: Um estudo sobre a mulher, o masoquismo e a feminilidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

\_\_\_\_\_. De menina a mulher, impasses da feminilidade na cultura contemporânea. **Revista Filosofia Capital**, Rio de Janeiro, v.3 n.6, 2008. p. 42-55.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2003. Disponível em:

<[http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2003\\_1/2003\\_1%20FOrtega.pdf](http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2003_1/2003_1%20FOrtega.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2010.

PACHECO, Leonardo T. Norbert Elias e Michel Foucault: diálogos sobre poder e sexualidade. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v.21 n.1, jan./jul. 2009. p. 255-267.

PAIVA, Antonio Cristian Saraiva. **Sujeito e laço social**: a produção de subjetividade na arqueogenealogia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

\_\_\_\_\_. **Reservados e invisíveis**: O *ethos* íntimo das parcerias homoeróticas. Fortaleza/Campinas: Pontes, 2007.

PASSEGGI, Maria. Conceição; SOUZA, Elizeu C. (Org.). **(Auto)Biografia**: formação, territórios e saberes. São Paulo: Paulus; Natal-RN: Ed. UFRN, 2008.

POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologias da alimentação**: os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: Ed. UFSC, 2004.

REVEL, Judith. Sexualidade. In: \_\_\_\_\_. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Clara Luz, 2005.

RABINOW, Paul. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio ou Da educação**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

RUBIN, Gayle. **O tráfico de mulheres**: notas sobre a "economia política" dos sexos. Recife: SOS Corpo, 1993.

SAMPAIO, Maria Leonor. A consulta e as estratégias de negociação de um corpo saudável. **V Congresso Português de Sociologia**: Sociedades Contemporâneas Reflexividade e Acção. Atelier: Corpo e Sexualidade, 2004.

SIMMEL, Georg. Cultura feminina. In: \_\_\_\_\_. **Filosofia do amor**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

SILVA, Luciana Maria da; SANTOS, Manuel Antônio dos. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. **Simpósio Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosa**. Ribeirão Preto, 2006. p. 415-24. Disponível em: <[http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n3/14\\_construindo\\_pontes.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n3/14_construindo_pontes.pdf)> Acesso: 27. out. 2008.

SWAIN, Tânia Navarro. Feminismo e recortes do tempo presente: mulheres em revistas "femininas". **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, vol.15, n. 3, p.67-81, jul./set.2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v15n3/a10v15n3.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2004.

SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.

TRINCA, Taniane P. Pesos e medidas: padrões impostos comandam a tirania do corpo perfeito. **Revista Sociologia: ciência e vida**. São Paulo: Escala, ano 1, n.4. 2007.

VALE, Alexandre Fleming C. O risco da paródia: transgressão, feminismo e subjetividade. In: VALE, Alexandre Fleming C.; PAIVA, Antônio Cristian S. (Org.) **Estilísticas da Sexualidade**. Campinas: Pontes, 2006. pp. 61-82.

WEINBERG, Cybelle. Vítimas da Fome. In: \_\_\_\_\_. **Geração Delivery: Adolescer no mundo atual**. São Paulo: Sá, 2001.

WEINBERG, Cybelle; CÓRDAS, Táki A. **Do altar às passarelas: Da anorexia santa à anorexia nervosa**. São Paulo: Annablume, 2006.

WEINBERG, Cybelle; CÓRDAS, Táki A.; MUNOZ, Patrícia, A. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na America Latina? **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, vol. 27, n.1, jan/abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n1/v27n1a06.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2010.

WINNICOTT, D.W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

WOLF, Naomi. **O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

ZORDAN, Paola B. M. B. G. Bruxas: figuras de poder. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, vol. 13, maio/ago, 2005. p. 331-341.

## ANEXO

