

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
R 13828167/04

R#2500

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Para Além dos Sintomas: A Trilogia do Desamparo no Vivido  
de Mulheres com Transtornos do Comportamento Alimentar**

**ANGELA ANDRADE**

D  
616.8526  
~ 578p  
2000  
ex. 2

**Fortaleza  
2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Para Além dos Sintomas: A Trilogia do Desamparo no Vivido de  
Mulheres com Transtornos do Comportamento Alimentar**

**ANGELA ANDRADE**

**Orientadora: Prof.a. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi**

**Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado em Saúde Pública do  
Departamento de Saúde Comunitária da  
Universidade Federal do Ceará como  
requisito para obtenção do grau de Mestre  
em Saúde Pública.**

**Fortaleza  
2000**



**Para Além dos Sintomas: A Trilogia do Desamparo no Vivido de Mulheres com Transtornos do Comportamento Alimentar**

ANGELA ANDRADE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, sob orientação da Prof.a. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

Aprovada com louvor em:  
19/12/2000

**Banca Examinadora:**

---

**Prof.a. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi**  
Orientadora

---

**Prof.a. Dra. Lígia Regina Sansigolo Kerr Pontes**  
1º membro

---

**Prof.a. Dra. Raimunda Magalhães da Silva**  
2º membro

**Dedico este trabalho:**

À doce lembrança dos meus pais, Pedro e Olívia, cujo breve convívio em minha vida não destituiu seus principais ensinamentos: o amor pela natureza e pelos estudos.

Ao terno e amado companheiro Rômulo. Seu carinho, tranquilidade e apoio incondicional foram fundamentais para a realização deste trabalho.

A todas as mulheres que desenvolvem transtornos alimentares, especialmente as envolvidas nesse estudo. Agradeço a possibilidade pelas horas em que pude testemunhar, dentre todas as dores, a emoção no reconhecimento de suas “crianças feridas”, ao mesmo tempo em que, na reciprocidade de nosso diálogo, reconhecia o choro da minha criança.

## AGRADECIMENTOS

À Prof.a. Dra. Maria Lúcia, querida mestra que, para além da sua posição como orientadora no incentivo expresso à valorização deste trabalho, revelou ser uma grandiosa amiga, paciente, e, com sua escuta apurada, ofereceu-me o continente seguro nas horas de desestabilização emocional.

À coordenação do Mestrado em Saúde Pública da UFC por me proporcionar o espaço para esta discussão, e pelos recursos oferecidos à disseminação deste trabalho em Congressos Brasileiros em Psicologia, Psiquiatria e Saúde Coletiva.

À FUNCAP, pelo subsídio aos dois anos de pesquisa.

À Prof.a. Dra. Raimunda Magalhães da Silva, pela sua gentil disponibilidade em rever a metodologia.

Ao Prof. Vianney Mesquita pelo seu entusiasmo e seu carinhoso cuidado na revisão da gramática e do estilo.

A Zenaide e Conceição, secretárias do Mestrado em Saúde Pública; Liduína e Dominique, secretárias do Departamento de Saúde Comunitária, pela competência com que gerenciam as atividades de secretariado, sendo sempre amáveis e solícitas aos meus pedidos “em cima da hora”.

Aos queridos Ana Frota e Severo, pelo apoio emocional na difícil e prazerosa jornada do autoconhecimento.

Aos meus pacientes, que suportaram minhas ausências em momentos cruciais de nossa relação e de suas vidas.

Às minhas queridas famílias - Cardoso Andrade e Timóteo da Silva, especialmente às sobrinhas Lolô e Leandra, minha cunhada Jacineide e minha sogra Irene - mulheres fortes. Obrigado pelo incentivo constante e pelo nosso amor interhumano.

À Márcia, amiga e irmã de longas “estradas”, pelo seu companheirismo, bondade, doçura e fortaleza. O carinho que tenho pela nossa história faz deste trabalho, inevitavelmente, ser seu também.

Ao Langley, irmão e amigo, agradeço por sua confiança e pelo zelo que dispensou em minha formação pessoal.

À Eveline, amiga de todas as horas que soube mais uma vez me compreender; agradeço-lhe a tolerância em ter uma amiga ausente, pela absorção necessária que dispensei à realização desse estudo.

À Silvana, pela sua calorosa e preciosa amizade. Sua vivacidade e espírito crítico consubstanciaram minha trajetória. Obrigado pela competência e carinho no cuidado de nossas pacientes.

Ao Maia, pela sua valiosa e sincera amizade e, também, pela prontidão em ajudar-me em alguns percalços no manejo da formatação final deste trabalho.

À Prof.a. Dra. Julieta Leitner, pela sua alegria contagiante e empolgação com este estudo.

Ao Prof. Dr. Fábio Gomes de Matos e Souza, por sua confiança e amizade.

Aos amigos do CETRATA, pela cumplicidade no meu percurso, especialmente à Andréa Calheiros, Soraia Maia, Aline Ribeiro, Eneida Brasil e Gardênia Barbosa.

À Nira, pessoa querida que, com dedicação e amor, cuida do meu lar e da minha família, zelando pelas minhas necessidades básicas do dia-a-dia.

Aos amados Aron e Sharon, pela experiência sempre renovadora no cuidado e amor à natureza.

## RESUMO

Este trabalho versa sobre as concepções e vivências de mulheres portadoras de transtornos do comportamento alimentar (TCAs), acerca de suas desordens afetivas e alimentares e, simultaneamente, suas percepções sobre as práticas e terapêuticas utilizadas na assistência aos seus agravos.

Participaram da pesquisa mulheres entre 12 e 45 anos, usuárias do Centro de Estudos e Tratamento em Transtornos Alimentares -CETRATA - do Serviço de Saúde Mental do Hospital Universitário Walter Cantídio, e da Clínica Psicológica particular na qual a pesquisadora desenvolve a prática psicoterapêutica, ambos situados em Fortaleza, Ceará.

Adotamos como referencial teórico-metodológico a pesquisa qualitativa, ancorada nos pressupostos da Fenomenologia. A análise do material empírico evidenciou três eixos centrais de análise - Gênese, a Condição de Ser Portadora e o Itinerário Terapêutico - em torno dos quais, agregam-se distintas dimensões, conferindo-lhes sentido e coerência interna.

Os resultados da presente investigação, apontam que para além dos sintomas, o peso da biografia e o entorno social demonstram ser determinantes na formação da auto-estima e imagem corporal de nossas informantes. A insatisfação com o peso e a forma corporal, e, conseqüentemente, a adoção de práticas inadequadas de controle de peso, passam a ser o reflexo de uma forma de ser-no-mundo fragilizada em suas bases, no que se refere à estruturação da personalidade. Com efeito, os portadores de TCAs não possuem suportes afetivos adequados que consubstanciem o satisfatório amadurecimento emocional tornando-se susceptíveis aos apelos da sociedade de consumo com seus ideais de beleza feminina.

Discutimos, ainda, a multidimensionalidade desses agravos diante da assistência procurada, cujo paradigma fundante é o modelo biomédico. Verificando-se, assim, a inadequação do tratamento e a perpetuação do ciclo desamparador, inerente à condição de vida dessas mulheres, tendo em vista esse modelo não levar em conta as dimensões simbólicas envolvidas nesses transtornos.

## ABSTRACT

### BEYOND THE SYMPTOMS: THE TRILOGY OF HELPLESSNESS IN THE LIFE OF WOMEN WITH EATING DISORDERS

This paper describes the intrapsychic emotional life of women with eating disorders and how they perceive their treatment.

Our research targeted 12 to 45 years old women who happen to be patients from a major university public hospital and a private psychological clinic both located in Fortaleza, a medium sized city in the north-east of Brazil.

A quality research, based on a phenomenological point of view was chosen to be our theoretical method and we divided our findings in three main categories: the genesis of the eating disorder; how women perceive themselves nowadays as patients with an eating disorder; their therapeutic journey.

Our research results show that one's biography and cultural context appear to be determining factors in the development of one's self-esteem and body image.

Those women's fragile personality structure will make them feel unhappy about their weight and body shape and, because of that, they are most likely to develop inappropriate weight control practices. Also, they become easily affected by the demands of the consumer culture with its own unrealistic ideals of female beauty.

We conclude that the current medical treatment for eating problems used with these subjects make controlling the symptom their main goal. However, our findings demonstrate that this approach is ineffective. Only by understanding the symptom as an expression of the confluence of intrapsychic, interpersonal and cultural experience can the treatment help these women learn to live in peace in their bodies.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Pressupostos e Justificativa	1
1.2 A Trajetória do Estudo	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
3 TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR	13
3.1 Conceituação	13
3.1.1 <i>Diagnóstico e Classificação</i>	15
3.1.2 <i>Epidemiologia</i>	20
3.2 Aspectos Psicossociológicos	26
3.2.1 <i>Vínculo Mãe-Filho</i>	28
3.2.2 <i>“Globalização” e Fragmentação Simbólica</i>	53
3.2.3 <i>Transtornos do Comportamento Alimentar - um dos Subprodutos da Panacéia da Modernidade</i>	58
3.2.4 <i>Os <b>Media</b> e a Subjetividade</i>	60
3.3 O Modelo Biomédico de Ciência	65
3.3.1 <i>Racionalidade Médica e as Psicopatologias Alimentares</i>	65
4 METODOLOGIA	71
4.1 O Método Fenomenológico na Pesquisa Qualitativa no Campo da Saúde Pública	71

4.1.1 <i>O Método Fenomenológico na Investigação da Vivência</i>	85
4.2 <b>Desenho da Pesquisa</b>	91
4.2.1 <i>Organização e Análise dos Dados</i>	98
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO	100
5.1 <b>Quem são essas mulheres ?</b>	105
5.2 <b>Algumas reflexões acerca da análise</b>	108
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	229
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	233
8 ANEXOS	248
8.1 <b>Roteiro da entrevista não-diretiva</b>	249
8.2 <b>Termo de Consentimento</b>	250
8.3 <b>Artigo enviado aos Cadernos de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ</b>	251



## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Quadro I</b> - Critérios Diagnósticos para anorexia nervosa pelo DSMIV	15
<b>Quadro II</b> - Critérios diagnósticos para bulimia nervosa pelo DSMIV	16
<b>Quadro III</b> - Critérios Diagnósticos para transtorno alimentar sem outra especificação pelo DSMIV	17
<b>Quadro IV</b> - Critérios diagnósticos para anorexia nervosa pelo CID-10	18
<b>Quadro V</b> - Critérios diagnósticos para bulimia nervosa e classe diagnóstico para transtorno alimentar não especificado pelo CID-10	19
<b>Quadro VI</b> - Distribuição das mulheres investigadas conforme a idade, diagnóstico, escolaridade, profissão, bairro residencial, renda familiar e atividade profissional do pai/mãe. Fortaleza, 2000.	106
<b>Figura I</b> - Modelo de Beleza	126
<b>Figura II</b> - Abuso sexual infantil 1	148
<b>Figura III</b> - Abuso sexual infantil 2	149
<b>Figura IV</b> - Abuso sexual infantil 3	149
<b>Figura V</b> - Abuso sexual infantil 4	150
<b>Figura VI</b> - A sexualidade adulta	150
<b>Figura VII</b> - Cultura do consumo 1	169
<b>Figura VIII</b> - Cultura do consumo 2	170
<b>Figura IX</b> - Cultura do consumo 3	172
<b>Figura X</b> - Cultura do consumo 4	176
<b>Figura XI</b> - Cultura do consumo 5	177
<b>Figura XII</b> - Cultura do consumo 6	178
<b>Figura XIII</b> - Cultura do consumo 7	179

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Pressupostos e Justificativa

Este estudo versa sobre as concepções e vivências de pessoas portadoras de transtornos do comportamento alimentar (TCAs) acerca de suas desordens afetivas e alimentares, ao mesmo tempo em que analisou as percepções desses atores, referentes às práticas e prescrições recebidas pelos profissionais de saúde cuja assistência já procuraram na terapêutica de seu quadro.

As motivações que nos levaram à escolha do tema são fruto de inquietações teóricas e práticas, na clínica psicoterápica, com pessoas portadoras de TCAs, espaço onde exercíamos modalidades de psicoterapia individual e de grupoterapia. Soma-se a esta experiência o período em que realizávamos o acompanhamento psicológico dos clientes de uma clínica/residência, cujo produto oferecido à clientela era o emagrecimento, tendo como base do tratamento, durante um período pré-determinado, a prescrição de dieta hipocalórica (400 a 600 cal./dia), atividades físicas e tratamento estético.

Inicialmente, na prática da clínica psicoterapêutica, trabalhamos com terapia de grupo para obesos, acreditando que na psicogênese da obesidade havia determinantes emocionais/afetivos que ora desencadeavam o distúrbio, ora o cronificavam, constituindo o esteio que levava à evitação de conflitos inconscientes, levando a pessoa ao isolamento social como vítima da discriminação de uma cultura que privilegia a magreza como forma de garantir *status* social, realização pessoal, competência, beleza, bem-estar pessoal, sucesso nos relacionamentos afetivos etc.

De uma certa forma, não estávamos enganada. Contudo, nossa visão nos possibilitava enxergar apenas uma parte daquilo que se configurava no complexo campo interdisciplinar dos transtornos do comportamento alimentar. Verificamos a heterogeneidade de pessoas e suas respectivas demandas focadas na disfuncionalidade das suas relações com o alimento, o que as impulsionava à procura de um tratamento psicológico nesta área. Observávamos pessoas com sobrepeso à procura de psicoterapia, portadoras de pensamentos fixos e obsessivos em relação ao peso, auto-imagem corporal e comida; outras, com o peso dentro da faixa de normalidade, mas com a autopercepção distorcida e se achando gordas; havia ainda as que ignoravam suas determinações genéticas/ hereditárias, e que se obrigavam a viver sob dietas restritivas a fim de se manter dentro de um peso idealizado; as que comiam compulsivamente e se purgavam do alimento através de vômitos auto-induzidos ou utilizando outros métodos compensatórios e/ou purgativos para se livrar da comida em razão do medo de engordar; outras comiam compulsivamente mas não utilizavam destas práticas inadequadas de controle de peso, sofrendo as torturas psicológicas e físicas da obesidade; algumas chegavam em um estado caquético de desnutrição, pois se recusavam voluntariamente a comer, crendo que eram gordas e que poderiam perder o controle sobre a ingesta alimentar.

A essa altura, sentimos que o pequeno universo que abarcamos na prática clínica revelava-se extremamente complexo e desconhecido até então, e nos impulsionava à urgência de uma revisão da nossa instrumentalização teórica. O fenômeno que então se nos apresentava nos conduzia ao instigante campo dos transtornos alimentares, desafiando uma compreensão mais profunda e madura da nossa prática clínica, da psicogênese, do diagnóstico e do tratamento destas variantes de comportamento alimentar.

Mediante nosso perfil pessoal e de pesquisadora / docente, o consultório psicoterápico se tornou “pequeno demais” para abarcar a competente compreensão desses desvios. Pela multidimensionalidade inerente à etiopatogenia destas desordens alimentares, há a necessidade, no seu manejo terapêutico, de uma equipe multidisciplinar, o que nos conduz a uma reflexão sobre os profissionais de saúde envolvidos na atenção desta morbidade de base sócio-afetiva.

Vimos, então que o maior desafio ainda estava por vir: promover um diálogo frutífero com a categoria a fim de proporcionar o tratamento mais adequado, ao nos situar a serviço do nosso cliente, visto que, para tanto, deveríamos compartilhar um saber técnico e sólido nesta área. Deparamo-nos com um “mundo” de desinformação e que, já há algum tempo, nos remetia ao nosso desconhecimento. Na tentativa de realizar um trabalho em conjunto, nos defrontávamos com procedimentos terapêuticos inadequados que iam de encontro ao que se trabalhava em psicoterapia. Essas condutas eram, por exemplo, prescrever anorexígenos ou fórmulas magistrais aviadas em farmácias de manipulação para pessoas que desenvolviam um quadro de bulimia nervosa e apresentavam leve sobrepeso; determinar dietas hipocalóricas para pessoas obesas com o transtorno da compulsão alimentar periódica; induzir a menstruação, eminentemente por via hormonal, em meninas anoréticas com amenorréia; preceituar dietas hipocalóricas para pessoas que já desenvolviam, na sua relação com o peso, medo da comida, e pensamentos obsessivos com a forma e o peso corporal; encorajar os pacientes a aderir ao tratamento com ponderações de natureza pessoal, de conotações depreciativas, como: “se você não emagrecer, não irá arrumar nenhum namorado”, “você não tem jeito mesmo, não se engaja em nenhuma dieta”, “você não emagrece, então gosta de ser chamada de baleia pelos coleguinhas do colégio”. Cremos não ser preciso, aqui, listar as mais

variadas condutas inadequadas que passavam a ter efeitos iatrogênicos no transtorno do comportamento alimentar.

Uma das premissas fundamentais que levantamos é que, os profissionais de saúde - clínicos gerais, ginecologistas, pediatras, endocrinologistas, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos etc. - não encontram na própria formação acadêmica viabilidade de aquisição cognitiva de um modelo de inteligibilidade competente para detecção e tratamento dos transtornos do comportamento alimentar, visto que, ante o complexo quadro destas desordens de base psicossomática, remonta *a priori*, para o manejo terapêutico adequado, o conhecimento mínimo de Psicologia do desenvolvimento, Psicologia da família e Psicopatologia.

Esses fatos nos eram apresentados como conteúdo clínico levado por nossas pacientes em psicoterapia, ou no diálogo, muitas vezes sofrido, com os profissionais de saúde, que, geralmente, tinham restrições ou se negavam a discutir suas condutas terapêuticas com o psicólogo e nem mesmo compreendiam o porquê da necessidade do nosso contato.

BOSI (1996) <sup>1</sup> teoriza por uma abordagem sociológica sobre profissionalização, no que concerne no saber técnico da Medicina, que, eminentemente, conduz a uma estrutura de poder nas relações com os outros profissionais de saúde, ditos paramédicos, o que nos leva a uma compreensão dos difíceis momentos vividos com a categoria médica. Quanto aos demais especialistas, as dificuldades vivenciadas relacionam-se, mais especificamente, ao modelo paradigmático que fundamenta a sua prática.

---

<sup>1</sup> BOSI, M.L.M. *Profissionalização e Conhecimento: A Nutrição em Questão*. São Paulo, HUCITEC, 1996.

Neste ínterim, ao constatarmos o aumento do número de casos, de forma empírica e intuitiva, partimos para outro grande desafio: o ingresso no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.

Naquele momento, para nós, um Mestrado em Psicologia Clínica não abarcaria o desejo de investigação que nos havia contagiado existencialmente. Migrar de um campo epistêmico, como a Psicologia Clínica (nossa área de formação e especialização, e que nos daria somente a compreensão de uma face de nossas inquietações), para o paradigma da Saúde Pública, em um primeiro momento, nos fez hesitar. Essa migração, porém, era necessária e legítima em relação à nossa atualidade existencial, circunscrita por uma história de vida acionada pela ultrapassagem de obstáculos e desafios. Acreditamos que não poderia ser diferente agora e, mais uma vez congruente com o nosso projeto de vida, aceitamos mais uma grande empreitada - desenvolver uma pesquisa para a constatação da desinformação dos profissionais de saúde e, simultaneamente, compreender profundamente o simbólico das pessoas com transtornos alimentares procurando promover subsídios para programas de educação nesta área, visto que estamos falando de uma morbidade que, em algumas modalidades alcança taxas de letalidade de 20% (NUNES, 1998) e, até o presente momento, não considerada como questão de Saúde Pública no Brasil.

O contato com as disciplinas de Epidemiologia, área de concentração do Mestrado em Saúde Pública, e com os nossos amigos de turma e competentes mestres epidemiólogos, nos incentivou a realizar, primeiramente, no patamar de Mestrado, uma pesquisa de base populacional para a detecção da prevalência de comportamentos alimentares anormais e

práticas inadequadas de controle de peso <sup>2</sup> na cidade de Fortaleza. Inicialmente, sentimo-nos motivada para o intento. Para tanto, deveríamos deslocar o nosso objeto de estudo, ora situado na área antropológica, utilizando como metodologia a pesquisa qualitativa, para o campo da matematização do fenômeno paradigmático da epistemologia positivista.<sup>3</sup>

Outro momento de dúvida vivida em nosso estudo, ocorreu na convivência com os colegas de turma na disciplina de Metodologia qualitativa. O que estava em pauta era o foco através do qual abordávamos o conhecimento médico, utilizando como amostra os próprios profissionais de saúde, o que nos levava a uma pesquisa de natureza quantitativa, que caracterizava o *quantuum* de conhecimento que o profissional de saúde detinha a respeito do transtorno, e, mais uma vez, o volume e a qualidade deste saber não correspondiam às nossas expectativas como pesquisadora.

Em meio a este turbilhão de vivências, surgiu o momento decisivo, que consideramos de suma relevância para continuidade da nossa investigação. O rumo do nosso estudo era presidido pelo referencial teórico-metodológico com base na Fenomenologia, na qual é o modelo de nossa formação clínica na prática psicoterápica. Assim, o quadro de definição investigativa nos parecia cada vez mais obscuro.

Deveríamos caminhar pela matematização do fenômeno, buscando na epidemiologia o instrumental necessário para nossa investigação, ou buscar as respostas que nos inquietavam

---

<sup>2</sup> Pesquisa inspirada no trabalho pioneiro desenvolvido pela Dra. Maria Angélica Antunes Nunes - Dissertação defendida no Mestrado em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas-RS, 1997.

<sup>3</sup> Apesar de considerarmos muito importante o desenvolvimento de protocolos de pesquisas de base populacional que investiguem a prevalência dos transtornos alimentares na cidade de Fortaleza, não nos sentimos inclinada a incorporar tal proposta ao nosso estudo, visto que o Mestrado em Saúde Pública da UFC, através da linha de pesquisa intitulada *Comportamento e Práticas Alimentares* (sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Lúcia M. Bosi, do qual fazemos parte como membro efetivo) se encontrava em vias de desenvolvimento com o apoio de outras instituições.

através da vivência de quem sofre um transtorno alimentar ? Contudo, em nenhum momento da planificação da nossa busca, a docente-orientadora nos liberou desse “tormento”, ou seja, direcionando-nos qual o caminho a seguir, mediante à bifurcação que nos encontrava: quantificar ou qualificar ?

Sob sua óptica, certamente, a resposta teria que ser fornecida pelas nossas escolhas e responsabilidades existenciais, vinculada ao nosso vivido como pessoa e pesquisadora. Foi a partir daí, na confirmação da pontualidade da nossa forma de existir, que tudo se clareou, nos levando a descobrir a via de acesso para a apreensão desta realidade que, apesar de tão próxima, nos parecia tão distante.

Como profissional da área do comportamento humano, o que nos levou a pesquisar este tema, até então não tratado no âmbito da Saúde Pública ?

A resposta, vinda com muita emoção, foi a lembrança dos momentos de vivência com o sofrimento psíquico e físico de nossos pacientes, que, em meio a tanta desinformação, até mesmo deles acerca da patologia, só encontravam vias de cronificação de seus sintomas. Se foi o incômodo vivido por tal sofrimento que justificou atravessar todo este percurso, é congruente que, na busca deste entendimento, devêssemos voltar a ele (como já dizia HUSSERL, 1952 - “retornar-às-coisas-mesmas”), para realizar a nossa pesquisa, originando, assim, a pergunta condutora de natureza qualitativa, que delimita o nosso objeto de estudo, já mencionado, mas que voltamos a delinear: *Quais são as concepções e vivências de pessoas portadoras de transtornos do comportamento alimentar acerca de suas desordens afetivas e alimentares e,*



*como percebem as práticas assistenciais recebidas pelos profissionais de saúde para a terapêutica de seu quadro ?*

Julgamos pertinente ressaltar, aqui, a principal justificativa para a realização deste trabalho. Constatamos que o nosso estudo é pioneiro no campo da Saúde Pública no Brasil, visto que, ao realizar vasto rastreamento nos principais periódicos da área, bases de dados, bibliotecas das maiores universidades do País e, através dos contatos com os coordenadores dos centros de assistência e pesquisa em transtornos alimentares no Brasil, vimos que, até o presente momento, não foi realizada nenhuma pesquisa qualitativa cujo eixo investigativo fosse analisar as concepções e vivências de portadores de TCAs. Os trabalhos encontrados situam-se de forma hegemônica nos campos da clínica psiquiátrica, psicológica e nutricional.

Por conseguinte, com nossa pesquisa, fica aberto o caminho para novos investimentos nesta área do comportamento alimentar na Saúde Pública, que nos parece uma realidade social desconhecida e emergente em nosso País, conforme aponta NUNES (1997).

Contudo, a relevância de nosso estudo se mostra, também, através dos estudos epidemiológicos realizados por NUNES (1997) e PILOT (1998), os quais apontam a magnitude do problema no Brasil; do estudo epidemiológico descritivo, realizado por AZEVEDO (1996), e dos estudos de caso clínico de ROBELL (1996) e SCAZUFCA (1998), os quais indicam os percalços e desafios enfrentados na compreensão psicodinâmica de pessoas com transtornos alimentares. Assim, frente aos achados das pesquisas ora mencionadas, conjugados às premissas norteadoras de nossa investigação a partir do paradigma da Saúde Pública, buscamos responder às lacunas existentes em virtude da ausência dessa discussão neste campo específico e, simultaneamente, compreender a **GÊNESE** do problema, a **CONDIÇÃO**

**DE SER PORTADORA e o ITINERÁRIO TERAPÊUTICO** na busca da assistência a partir dos atores sociais que vivem esta problemática.

## 1.2 A Trajetória do Estudo

Para a realização deste estudo, buscamos, primeiramente, conceituar os TCAs a partir do DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais e do CID-10 - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento cujas descrições clínicas e critérios diagnósticos são aceitos internacionalmente (3.1.1). Adiante, ilustramos a magnitude do problema no âmbito internacional, na América Latina e no Brasil. Para tanto, buscamos apoio no referencial epidemiológico na caracterização desses agravos na coletividade, no que se apresenta pela literatura especializada como grupos de risco - mulheres adultas jovens e adolescentes (3.1.2).

Outra e fundamental atitude foi problematizar nosso objeto de estudo a partir de uma leitura interdisciplinar, convergindo aspectos psicossociológicos (3.2) e analisando as práticas assistenciais fundadas a partir do modelo biomédico de Ciência (3.3). Frente à esta proposta, num primeiro momento, o leitor se defrontará com uma base teórica, eminentemente psicológica, que aborda a formação da imagem corporal e da auto-estima, a partir do vínculo intersubjetivo mãe-filho (3.2.1). Em seguida, abrimos a discussão ao dialogar com o referencial sociológico, na intenção de compreender os rebatimentos psíquicos no que tange à influência do nosso contexto social no imaginário feminino (3.2.2 / 3.2.3 / 3.2.4).

O tópico 4 esboça o arcabouço teórico-metodológico da pesquisa. Inicialmente, resgatamos os pressupostos epistemológicos de nossa investigação, fundados a partir da

Fenomenologia e os articulamos como proposta de investigação na abordagem qualitativa no campo da Saúde Pública (4.1). Em face desta construção, descrevemos os passos do método fenomenológico na investigação da vivência (4.1.1) como aproximação da realidade empírica através da redução fenomenológica (*epoché*).

O desenho da pesquisa (4.2) condensa os atributos necessários para a formação e caracterização de nossa amostra, bem como os instrumentos de coleta de dados, as instituições envolvidas, nas quais nossas informantes foram convidadas a participar da pesquisa, e as estratégias de entrada em campo.

O item 4.2.1 apresenta como se deram a organização e a análise dos dados. O manejo com as entrevistas transcritas, através da leitura singularizada, possibilitou o destaque das unidades de significação. Já a leitura horizontalizada formou os primeiros núcleos de sentido e dimensões, cuja inserção ocorreu nos eixos centrais da análise. São etapas eminentemente artesanais, em que a pesquisadora começou a visualizar as respostas à sua pergunta condutora. Noutras palavras, o objeto de estudo começou a ser iluminado e respondido através da subjetividade que o apreendeu.

O tópico 5 apresenta o material empírico da pesquisa a partir de três eixos centrais de análise e suas respectivas dimensões. Com o propósito de realizar a leitura interdisciplinar, triangulamos os conteúdos discursivos à nossa interpretação, e dialogamos com vários autores de campos disciplinares diversos. Assim, possibilitamos olhar o fenômeno através de várias perspectivas de apreensão, plasmando a polissemia inerente ao que emergiu das falas de nossas depoentes. Ainda neste tópico, serão apresentados alguns dados demográficos de nossas informantes (5.1), para melhor caracterizar a amostragem qualitativa e logo em seguida

teceremos algumas reflexões acerca da análise (5.2), importantes na compreensão de algumas escolhas que assumimos em nossa trajetória.

A sùmula do que apreendemos e aprendemos com nossas mulheres será apresentada nas considerações finais (6.0) e, logo após, realizaremos algumas recomendações que julgamos pertinentes em face dos achados deste estudo.

E, agora, o leitor deverá estar se perguntando sobre o porquê de nosso título - **Para Além dos sintomas: a trilogia do desamparo no vivido de mulheres com transtornos do comportamento alimentar !**

Antes mesmo de antecipar a forma como o criamos, convidamos o leitor a percorrer o estudo e conosco compreender as etapas de construção da sub-dimensão - desamparo. Nossa proposta visa a não intelectualizar, *a priori*, uma construção emocionalmente vivida ao longo da análise, mas que será devidamente esclarecida no último eixo central de apresentação do material empírico - **itinerário terapêutico**.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Analisar as concepções e vivências de mulheres portadoras de transtornos do comportamento alimentar acerca de seus agravos, buscando, simultaneamente, suas percepções frente às práticas, prescrições, e terapêuticas dispensadas ao seu quadro pelos profissionais de saúde.

### 2.2 Específicos

1 Identificar concepções e vivências de pessoas portadoras de TCAs referentes a estes agravos.

2 Conhecer, à luz dos relatos desses atores, suas percepções e vivências frente às intervenções, no campo de saúde, voltadas às suas desordens alimentares.

### 3 TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

#### 3.1 Conceituação

Os Transtornos do Comportamento Alimentar (TCA) são definidos como alterações do comportamento alimentar, de base afetivo/emocional, que podem levar à desnutrição ou à obesidade, entre outras complicações clínicas e incapacidades. Os fatores desencadeantes ou precipitantes entram em sinergia, configurando um complexo quadro psicossomatogênico que desequilibra completamente a função biológica da nutrição.

Esses agravos correspondem basicamente aos diagnósticos de transtorno do comer compulsivo, anorexia nervosa e bulimia nervosa. Estes apresentam-se intimamente relacionados por apresentarem psicopatologia comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal expressa como um medo mórbido de engordar (AZEVEDO, 1996). Em ambos os quadros, os pacientes estabelecem um julgamento de si indevidamente baseado na forma física, cuja avaliação se encontra comprometida por uma distorção cognitiva da percepção da auto-imagem, debilitada por práticas inadequadas de controle de peso e comportamentos alimentares anormais.

*Tal preocupação leva os pacientes a se engajarem em comportamentos que visam perder ou evitar o ganho de peso como dietas extremamente restritivas, exercícios extenuantes, uso de métodos purgativos como indução do vômito, abuso de laxantes e diuréticos. Pacientes com anorexia nervosa costumam manter o peso muito abaixo do esperado para a idade, sexo e estatura, o que favorece disfunções endócrinas e amenorréia (AZEVEDO, 1996, p.03).*

O transtorno do comer compulsivo (TCC) - *binge-eating* - caracteriza-se pela ingestão de grandes quantidades de alimento em curtos intervalos de tempo, comparativamente maiores

do que a maioria das pessoas comeriam nas mesmas condições. Em um episódio de *binge* uma pessoa pode ingerir em média 6000/kcal/episódio (APOLLINÁRIO *et al.*, 1995), mas não se utiliza de práticas compensatórias ou métodos purgativos, pois não há a preocupação mórbida com o peso e forma corporal como aspecto psicopatológico central (distinguindo da bulimia e anorexia nervosa). Estes pacientes são na maioria das vezes obesos e parecem se distinguir de obesos que não apresentam episódios de comer compulsivo por apresentarem mais morbidade psiquiátrica e obesidade de maior gravidade (CARDEAL, 1996; CLAUDINO, 1996).

Os TCAs acometem principalmente pacientes jovens (12 a 29 anos) e 90% são do sexo feminino. Pacientes com TCA costumam ocultar seus comportamentos alimentares, restritivos e purgativos, assim como as motivações que os levam a apresentá-los, em decorrência de vergonha e medo de serem impedidos de alcançar seus objetivos. Frequentemente, passam por outras especialidades médicas (pediatras, clínicos, ginecologistas, endocrinologistas, nutricionistas) antes de chegarem ao psiquiatra ou psicólogo. Em razão da alta morbidade e de taxas de mortalidade que variam entre 4 e 20% (HERZOG *et al.*, 1988; SULLIVAN, 1995; *apud* AZEVEDO, 1996), e por apresentarem etiopatogenia multidimensional, envolvendo aspectos socioculturais, biológicos, familiares e psicológicos, são patologias que necessitam de abordagem multidisciplinar para que se obtenham melhores resultados terapêuticos (CORDÁS, 1995; 1998a, 1998b; HERCOVICI, 1997; HERCOVICI & BAY, 1997; NUNES *et al.*, 1995; KEEL *et al.*, 1997; SEGAL *et al.*, 1995; TANNENHAUS, 1994).

### 3.1.1 *Diagnóstico e Classificação*

O **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** em sua última revisão - 4ª Ed. - 1995 (DSM-IV) e a **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas - 1993 (CID-10)**, apontam três classificações para os Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação.

#### **Quadro I - Critérios Diagnósticos para anorexia nervosa pelo DSMIV**

##### **Anorexia nervosa (307.1)**

A. recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção de peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado);

B. medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com o peso abaixo do normal;

C. perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual;

D. nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas por administração de hormônios, por ex., estrógeno).

##### *Especificar tipo:*

**Tipo Restritivo:** durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

**Tipo Compulsão Periódico/Purgativa:** durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).



**Quadro II - Critérios diagnósticos para bulimia nervosa pelo DSMIV****Bulimia nervosa (307.51)**

A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado pelos seguintes aspectos:

(1) ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de 2 horas) de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias simples;

(2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo);

B. comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos;

C. a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses;

D. a auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo;

E. o distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

*Especificar tipo:*

**Tipo Purgativo:** durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

**Tipo Sem Purgação:** durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

**Quadro III - Critérios Diagnósticos para transtorno alimentar sem outra especificação pelo DSMIV**

**Transtorno alimentar sem outra especificação (307.50)**

A categoria transtorno alimentar sem outra especificação serve para transtornos da alimentação que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Alimentar específico. Exemplos:

- 1- mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para anorexia nervosa, exceto que as menstruações são regulares;
- 2- são satisfeitos todos os critérios para a Anorexia Nervosa, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está na faixa normal;
- 3- são satisfeitos todos os critérios para Bulimia Nervosa, exceto que a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem menos de duas vezes por semana ou por menos de 3 meses;
4. uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimento (por ex., vômito auto-induzido após o consumo de dois biscoitos);
5. mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos;
6. transtorno de compulsão periódica: episódios recorrentes de compulsão periódica na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, característico de bulimia nervosa.

#### Quadro IV - Critérios diagnósticos para anorexia nervosa pelo CID-10

##### **Anorexia nervosa (F50.0)**

Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:

(a) o peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado) ou o índice de massa corporal de Quelet\* em 17,5 ou menos. Pacientes pré-puberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de crescimento;

(b) a perda de peso é auto-induzida por abstenção de “alimentos que engordam” e um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercício excessivo, uso de anorexígenos e/ou diuréticos;

(c) há uma distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma idéia intrusiva e sobrevalorada e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio;

(d) um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres com amenorréia e em homens como perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréticas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva). Pode também haver níveis elevados de hormônio do crescimento, níveis aumentados de cortisol, alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoideano e anormalidades de secreção da insulina;

(e) se o início é pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa: nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia.

##### **Anorexia nervosa atípica (F50.1)**

Esse termo deve ser usado para aqueles indivíduos nos quais um ou mais dos aspectos-chave da anorexia nervosa (F50.0), tais como amenorréia ou perda de peso significativa, estão ausentes, mas que por outro lado apresentam um quadro clínico razoavelmente típico. Tais pessoas são usualmente encontradas em serviços de psiquiatria de ligação de hospitais gerais ou em atenção primária. Pacientes que têm todos os sintomas-chave, mas somente num grau leve, podem também ser melhor descritos através desse termo. Ele não deve ser usado para transtornos alimentares que se assemelham à anorexia nervosa mas que sejam decorrentes de uma doença física conhecida.

\* Índice de massa corporal de Quelet (IMC) = [peso (kg)] / {altura (m)}<sup>2</sup>.

**Quadro V - Critérios diagnósticos para bulimia nervosa e classe diagnóstica para transtorno alimentar não especificado pelo CID-10**

**Bulimia nervosa (F50.2)**

Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:

(a) há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo;

(b) o paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos através de um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoideanos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico;

(c) a psicopatologia consiste de um pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há freqüentemente, mas não sempre, uma história de um episódio prévio de anorexia nervosa, o intervalo entre os dois transtornos variando de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou pode ter assumido uma forma “disfarçada” menor, com uma perda de peso moderada e/ou uma fase transitória de amenorréia.

**Bulimia nervosa atípica (F50.3)**

Esse termo deve ser usado para aqueles indivíduos nos quais um ou mais dos aspectos-chave listados para bulimia nervosa (F50.2) estão ausentes, mas que por outro lado apresentam um quadro clínico claramente típico. Mais comumente, isso se aplica a pessoas com peso normal ou mesmo excessivo, mas com típicos períodos de hiperfagia seguidos por vômitos ou purgação. Síndromes parciais junto com sintomas depressivos também não são incomuns, mas se os sintomas depressivos justificam um diagnóstico separado de um transtorno depressivo, dois diagnósticos separados devem ser feitos.

**Transtorno alimentar, não especificado (F50.9)**

### 3.1.2 Epidemiologia

HOEK (1995), em pesquisa realizada com questionários, demonstrou que 19% das estudantes mulheres americanas tinham sintomas bulímicos. Outro estudo realizado na Holanda apresentou um coeficiente de prevalência de 11.4% por 100.000 hab. Ainda indica que, *desde 1980 uma epidemia de um novo transtorno alimentar - a bulimia nervosa - começa a aparecer nos Países Ocidentais* (HOEK, 1995, p. 207).

A literatura internacional sobre o tema ressalta que estudos epidemiológicos centram-se mais em dados de prevalência e que a população de alto risco é de mulheres jovens em idade escolar - nível colegial e que a incidência de anorexia nervosa tem-se baseado em relatórios de hospital e em casos registrados, e que apresentam aumento vertiginoso entre 1930 e 1970 (HEATHERTON *et al.*, 1997; HOEK, 1995).

FISCHER *et al.* (1996) analisaram a distribuição do peso e do comportamento alimentar de estudantes secundaristas da rede pública na Suíça. A amostra consistiu de 1944 estudantes de ambos os sexos entre 14 e 19 anos. O questionário utilizado para a detecção de comportamentos alimentares anormais foi o EAT-26 (*Eating Attitudes Test*). Foi encontrado que 14,1% de estudantes do sexo feminino apresentaram escores para a subescala moderada (EAT 10-19), o que significa a manifestação de comportamento alimentar anormal moderado; 8,3% apresentaram escores compatíveis para alto risco de desenvolver patologias da conduta alimentar (EAT > 20). Os pesquisadores apontaram que entre o subgrupo de estudantes do sexo feminino com IMC normal para a idade e estatura (69,4% da amostra total), foi encontrado que 49 estudantes (4,4%) apresentaram escores de alto risco no EAT-26, com a

manifestação de sintomatologia bulímica e *binge eating*. Os autores citam que estudos da mesma natureza, realizados na Inglaterra e Itália, apresentaram os mesmos resultados.

ANGEL *et al.* (1997) analisaram a frequência de TCAs em uma amostra composta de forma aleatória de todos os estudantes da Universidade Nacional da Colômbia entre julho de 1994 a dezembro de 1995. Utilizaram instrumentos para a detecção de comportamentos alimentares patológicos, ansiedade e depressão com entrevista clínica estruturada segundo os critérios do DSMIV. A prevalência encontrada para TCAs foi de 30%, dos quais 1,2% para bulimia nervosa, 0,48% para anorexia nervosa e 28% para transtornos alimentares não específicos. Os transtornos alimentares foram mais frequentes na área da saúde ( $p < 0,005$ ). Os escores de depressão e ansiedade foram positivos e com maior frequência entre as mulheres ( $p < 0,001$ ) e com alta correlação com os escores positivos EAT-26 ( $p < 0,001$ ).

Os autores concluem o artigo informando que a prevalência em universitários é similar com a informada em países desenvolvidos, dos quais são mais frequentes na área da saúde.

ASTUDILLO *et al.* (1996) em análise exploratória, a fim de detectarem TCAs em um grupo de estudantes do curso de Medicina da Universidade de Valparaíso (Chile), aplicaram o EAT-40. Os resultados encontrados sugerem que 12,2% da amostra do sexo feminino apresentam comportamentos alimentares potencialmente patológicos.

Os autores apontaram a necessidade de outras investigações desta natureza nas escolas de medicina no País para auxiliar na intervenção primária e/ou secundária em casos subclínicos, contribuindo desta forma para o menor impacto fisiológico, psicológico e social que implicam os quadros patológicos da atual investigação.

BEHAR *et al.* (1994) *apud* ASTUDILLO *et al.* (1996), em semelhante análise e com os mesmos instrumentos de detecção, encontraram 18% de comportamentos alimentares patológicos numa amostra de 570 estudantes do sexo feminino do curso médio de diversos estabelecimentos educacionais da V Región do Chile.

PATTON *et al.* (1999), pesquisadores do Centro de Saúde do Adolescente da Universidade de Melbourne, realizaram estudo de coorte com seguimento de três anos. A amostra foi composta de adolescentes de ambos os sexos com 14 a 15 anos, oriundos de 44 escolas secundaristas do estado de Victoria. No começo do estudo foi detectado que 3,3% (29/888) de adolescentes do sexo feminino e 0,3% do sexo masculino preenchiam os critérios para síndromes subclínicas para TCAs, segundo os critérios do DSMIV. As taxas encontradas para o *desenvolvimento de um novo transtorno alimentar por 1000 pessoas/ano de observação foi de 21,8% para meninas e 6% para meninos* (PATTON *et al.*, 1999, p. 765).

Adolescentes do sexo feminino que realizaram dieta severa têm dezoito vezes mais chances de desenvolver um transtorno alimentar em relação àquelas que não fizeram dietas, e as que realizaram uma dieta moderada tiveram cinco vezes mais chances. Os pesquisadores, ainda, concluíram que o comportamento dietante é o mais importante preditor para o desenvolvimento de TCAs. Adolescentes que controlam o peso com exercícios regulares em lugar de dietas restritivas parecem ter menos risco para o desenvolvimento de TCAs.

COTRUFO *et al.* (1998) encontraram numa amostra de 919 estudantes do sexo feminino com idade entre 13 e 19 anos, através de instrumentos rastreadores para comportamentos alimentares patológicos (EDI-2 e GHQ-28), os seguintes resultados: 0,2% com anorexia nervosa; 2,3% com bulimia nervosa; 0,2% com *binge eating* e 14,5% com



transtornos alimentares não específicos. Os sujeitos identificados pelos instrumentos como portadores de um TCA passaram por entrevista clínica estruturada para a confirmação do diagnóstico. Os sujeitos que preencheram parcialmente os critérios estão sendo seguidos, atualmente, a fim de se verificar a ocorrência do preenchimento de todos os critérios diagnósticos.

CACHON (1998), em tese de doutoramento, teve por objetivo detectar a prevalência de desordens alimentares em estudantes do sexo feminino do terceiro ano secundário no Município de La Coruña (Galícia) - Espanha. Foi detectado que 13% das alunas que compuseram a amostra preenchiam os critérios para transtornos alimentares não específicos e foram observadas correlações significativas para desordens da conduta alimentar em 13,9% das escolares que tinham quadro de sobrepeso/obesidade.

A maior parte dos estudos encontrados no cenário internacional é constituída por amostragem institucional, integrando sujeitos adolescentes e/ou adultos jovens do sexo feminino.

Considerando a América Latina, a única pesquisa de base populacional foi realizada no Brasil por NUNES (1997). A autora investigou a prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres adolescentes e adultas jovens (12 a 29 anos) em Porto Alegre (N=513).

Os resultados encontrados mostram que 30,2% dessas mulheres possuem comportamento de risco para desenvolver um TCA e 11,3% possuem comportamento alimentar patológico, correspondendo a quadros subclínicos de desordens da conduta alimentar. A distribuição de práticas inadequadas de controle de peso na amostra estudada



revelou que 7,8% das mulheres jovens faziam dietas para perder peso; dentre os comportamentos considerados patológicos, o mais prevalente foi o uso de laxantes, 8,5%.

Vários autores apontam como um dos fatores de risco mais importantes na etiopatogenia dos TCAs a dieta para perder peso com determinações diretas em disfunções neuroendócrinas e de neurotransmissores. Do ponto de vista biológico, os episódios bulímicos ou orgias alimentares são uma resposta do corpo ao estado de restrição dietética severa e esse círculo vicioso tem uma importante função na perpetuação do quadro em questão (HERCOVICI, 1997; HERSCOVICI & BAY, 1997).

NUNES (1997), em considerações finais de sua pesquisa, ressalta que

*(...) Os resultados da presente investigação devem ser motivo de preocupação e devem ensejar novos estudos e atividades de caráter preventivo, pois eles indicam que uma em cada 9 mulheres jovens de Porto Alegre apresentam comportamento alimentar anormal que poderá evoluir para quadros clínicos graves como anorexia ou bulimia (NUNES, 1997, p. 70).*

No mesmo estudo, através de análises multivariadas entre percepção do peso corporal, índice de massa corporal (IMC) e comportamentos alimentares anormais foi revelado que o fato de as mulheres se sentirem gordas aumentava o risco em quatro vezes para a adesão de comportamentos alimentares anormais.

*Considerando que uma parcela importante das mulheres jovens que utilizam práticas danosas para controle de peso apresentam peso adequado para a estatura e a idade é necessário um melhor entendimento de como se estabelece a relação entre a percepção de imagem corporal e os padrões culturais de beleza ou boa aceitação social. Este conhecimento é necessário para que procedimentos preventivos eficazes possam ser formulados a nível populacional (NUNES, 1997, p. 99).*

Em outro estudo realizado com escolares de ambos os sexos na faixa etária de 11 a 19 anos (n= 486), utilizando o EAT-26 a fim de detectar, principalmente, comportamentos restritivos como dieta, preocupações com o peso e forma do corpo, foram encontrados valores de 11,6% para EAT-26 positivo (NUNES *et al.*, 1994).

PILOT (1998), em tese de doutoramento, teve por objetivo através do estudo exploratório descritivo numa amostra institucional que envolveu escolas secundaristas do município de Ribeirão Preto-SP, detectar a prevalência de comportamentos alimentares anormais. A amostra (n= 498) foi composta por adolescentes do sexo feminino entre 12 a 18 anos da rede pública e privada de ensino. Os instrumentos utilizados foram o EAT-26 e o EDI (*Eating Disorders Inventory*). O procedimento adotado no estudo foi a aplicação, primeiramente, do EAT-26; em caso positivo (EAT-26 >20 = presença de comportamentos patológicos com a alimentação) seria aplicado o EDI - a fim de demonstrar os aspectos cognitivos e comportamentais mais prevalentes envolvidos na conduta alimentar patológica. Foi encontrado que, 55% das alunas da rede pública e 44% da rede privada (331 meninas) tinham comportamentos alimentares disfuncionais - restritivos (EAT >20); os escores mais elevados no EDI foram os itens que avaliaram a tendência à magreza e a presença de comportamentos bulímicos. O departamento de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto, atualmente, realiza programas de prevenção nas escolas de 2º grau para que quadros mais graves como anorexia e bulimia, possam ser evitados.

### 3.2 Aspectos Psicossociológicos

A anorexia nervosa, como as histéricas de Freud, há cem anos, nos desafia à procura de uma compreensão mais madura do feminino e do movimento existencial que a mulher ocupa no mundo. ROBELL (1998) aponta o lado positivo do movimento feminista, apesar de seus efeitos colaterais, e analisa as contradições no esteio desse movimento e o simbólico feminino. As mulheres, após haverem queimado os seus sutiãs em praça pública, como expressão da necessidade de liberdade, passaram a ter direito ao voto, ao controle da reprodução, alcançaram posição no mercado de trabalho, o que proporcionou uma saída do confinamento domiciliar para alcançar novos papéis sociais, e ainda se encontram escravizadas a uma utopia que não lhes dá descanso, o próprio corpo. Tal utopia nos leva a questionar: a mulher é realmente livre? A mesma autora menciona:

*O espartilho que nossas bisavós usavam trazemos agora no interior de nós mesmas. O medo intenso de ganhar peso, diz respeito a muitas de nós. ... Se a paralisia histérica dizia algo a respeito do inconsciente do momento histórico na virada do século passado, agora a anorexia nervosa diz respeito ao nosso momento. É como se agora o espartilho tivesse atravessado o corpo das mulheres e forçasse o seu interior (ROBELL, 1998, p. 15 e 16).*

Apesar de alguns autores defenderem a tese da ocidentalização dos distúrbios da alimentação, como sendo, originalmente, uma morbidade encontrada em países desenvolvidos e predominantes nas classes sociais privilegiadas, dados empíricos e pesquisadores transculturais apontam para a globalização dessas patologias, atravessando as estratificações sociais (AZEVEDO & MORGAN, 1998a, 1998b; NUNES, *et al.*, 1998; CORDÁS, *et al.*, 1998).

O incremento na incidência é observado a partir da década de 1960, dado este que desafia a associação para o movimento de modernização, abertura de fronteiras mundiais que impulsionam os países em desenvolvimento a se adequarem às novas leis de mercado, agora “globalizado”, imperializando um modelo de beleza cada vez mais exigente. Podemos dizer que estes fatores são o “envelope cultural” da “epidemia silenciosa”<sup>4</sup>, a que estamos assistindo nesta virada de milênio, mas que guarda em si uma complexidade de dimensões que levam à eclosão desta patologia de fundo emocional, apontando na legitimidade de sua dor psíquica as determinações da dor somática. O corpo passa a ser o canteiro dos rituais obsessivos, que levam indivíduos a negar suas necessidades básicas, pois a fome existe, e lançam-se num círculo vicioso e compulsivo entre dietas restritivas, jejuns prolongados, mantendo um rígido controle sobre a ingesta, o corpo e a imagem corporal. A outra face do espelho, que reflete o caos nutricional<sup>5</sup>, dá-se por períodos de orgias alimentares, *binge-eating*, para em seguida forçar o vômito, ingerir laxantes e diuréticos de forma abusiva na busca incessante pela magreza. Estamos falando de um transtorno mental, responsável pela maior taxa de letalidade - 20% (NUNES & RAMOS, 1998) entre todos os tipos de doença mental, levando à morte, basicamente, por desnutrição, suicídio e parada cardíaco-respiratória (SBPC, 1993).

Paradoxalmente, estas mulheres (90% dos casos de TCA são mulheres) não buscam a morte, mas procuram por vida, autonomia, identidade, auto-afirmação; reconhecimento de suas existências que ficaram perdidas ao longo da formação da estrutura de suas subjetividades e o alcance de algum senso de identidade (ROBELL, 1997).

---

<sup>4</sup> Expressão sugerida pela Prof.a Dr.a Mária Lúcia Bosi, coordenadora da linha de pesquisa *Comportamento e Práticas Alimentares*, do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFC.

Através da nossa prática clínica com essas pacientes, aprendemos que só a Psicologia, com seus mecanismos intrapsíquicos, não dá conta de abarcar a complexidade do fenômeno, que impulsiona a análise da nossa cultura e dos aspectos sociais e econômicos nela imbricados.

### 3.2.1 *Vínculo Mãe-Filho*

CAMPOS (1995), NÓBREGA *et al.* (1996) e HAMES *et al.* (2000) teorizam sobre a psicogênese dos transtornos alimentares, ressaltando o aparelho psíquico de mães que depositam na gravidez sentimentos ambíguos, conflitivos, originalmente relacionados com os próprios pais, o que produz ressentimentos e raivas, fazendo surgir a culpa inconsciente e que coloca à prova se a futura mamãe será boa o suficiente para ter filhos saudáveis e perfeitos. Todos estes sentimentos, em maior ou menor grau, estão presentes quando uma mulher engravida, dando origem a um ser humano com bagagem genética própria, que se aloja nesse útero e que se cumplicia pelos afetos com esta mãe na vida intra-uterina. Diante deste interjogo de forças psicodinâmicas e inconscientes, a mãe poderá se sentir inclinada em superalimentar seu filho como forma de gratificá-lo pelas suas culpas inconscientes, e o alimento passa a ser oferecido de forma indiscriminada a qualquer necessidade manifestada pela criança. Isto ocorre, principalmente, com pais ansiosos pela inabilidade de perceber as reais necessidades da criança. Com isto a criança, com um aparelho psíquico em formação, começa a associar uma frustração à ingestão de alimentos.

---

<sup>5</sup> Conforme ANDRADE, A.C. “Doutor, minha filha parou de comer!” Aspectos psicopatológicos dos Distúrbios Alimentares. **Desafios para a prática clínica da Nutrição**, trabalho apresentado na VII Jornada de Nutrição da UFF. Rio de Janeiro, setembro/1998.

*(...)Forma-se a associação: estímulo desagradável = alimento = conforto = estímulo agradável dos pais. Esta associação persiste até a idade adulta, quando surgem dificuldades para o indivíduo encontrar seu estado de saciedade, de tal forma que a pessoa não sabe se come muito ou pouco (CAMPOS, 1995, p. 72).*

SEPPILLI (1998)<sup>6</sup> revela a importância de atentarmos para as relações primárias entre mãe-bebê, os primeiros vínculos afetivos da criança no mundo e de como ocorrem os afetos maternos no ato da amamentação; discute sobre a centralidade da alimentação na organização psíquica da natureza humana, e, deste núcleo originário, é que se dá a raiz, matriz da identidade, da personalidade adulta, e como estas se projetam no repertório alimentar ao longo da vida, traduzindo-se na forma de como indivíduos se relacionam com a comida e seus corpos, sendo uma importante metáfora de sua identidade.

Os distúrbios da ansiedade estão, geralmente, presentes em indivíduos cujas relações originárias com o seio materno foram, precocemente, desvinculadas, interrompendo o ciclo de estruturação da maturação dos afetos; e o desmame tardio está, normalmente, presente em indivíduos com dificuldades de criar os próprios limites para as demandas externas, colocando-se no mundo de forma passiva, permitindo a diluição dos seus desejos em detrimento de solicitações do meio que os circunda. O mesmo autor “multilateraliza” sua análise ao realizar a transposição do que se configura como uma necessidade biológica para o encontro de respostas reforçadoras no corpo social. A produção e o consumo de alimentos têm raízes e encontram sua expressão no funcionamento do conjunto social.

---

<sup>6</sup> SEPPILLI, T. **Antropologia da nutrição e psicopatologias alimentares**. Palestra proferida pelo Presidente da Sociedade Italiana de Antropologia Médica, em Ciclo de Conferências em Fortaleza-CE-Brasil, setembro/1998.

As respostas comportamentais das formas de se alimentar, as representações simbólicas e a percepção da auto-imagem corporal se encontram vinculadas ao desenvolvimento da sociedade e dos estratos sociais, ou seja, para cada tipo de organização social há um tipo de alimentação.

Esta análise traz, à luz da reflexão, a própria forma de constituição destes espaços, no Brasil. Na época da sociedade escravocrata, os negros servis, arregimentados pela segregação racial e social, se diferenciavam da elite pelo tom da cútis queimada pelo sol no trabalho das lavouras e pela esqualidez de seus corpos, em razão da escassez de nutrientes em sua alimentação. Como forma de marcar a diferenciação social e garantir a ascensão, mobilidade, para estratos superiores na hierarquia social, o modelo de beleza era o de mulheres de corpos roliços. Na virada do século, logo nas primeiras décadas, os ricos buscavam uma silhueta mais fina, as mulheres alvíssimas passavam a se espremer em espartilhos. Com a Segunda Guerra Mundial, assola a instabilidade econômica, gerando o racionamento de alimentos; nesse momento, entram em cenário corpos roliços, marcando o diferencial e legitimando modelos de beleza como signos de distinção social.

Com a entrada paulatina das mulheres no mercado de trabalho, inicialmente no setor fabril e mais tarde alcançando o setor de serviços, confinando-se a jornadas de trabalho elevadas e, simultaneamente, atendendo às demandas domésticas, adquire-se um perfil de existência de tal modo frenético que passa a ser impossível cuidar da beleza. Mais uma vez, a nossa mulher “ioiô”, reflexo das necessidades de diferenciação de classes da sociedade burguesa, começa a emagrecer, até chegarmos nos anos 90, quando cresce a obesidade nas

classes populares, consolidando uma verdadeira epidemia, e observamos, hoje, que o nosso padrão ideal de beleza é a figura caquética da mulher (VEJA, 1998, p. 62-69).

Nas primeiras descrições nosográficas dos transtornos alimentares, RUSSEL *apud* ZUKERFELD (1996), já se referia em 1971, em sua prática clínica, ao temor patológico da gordura, insatisfação com o corpo e uma crença de que é necessário um controle rígido do peso corporal e da magreza para ser feliz e para atingir o bem-estar.

ZUKERFELD (1996) indica que a bulimia está associada, nosologicamente, à anorexia e à obesidade, o que produz uma constelação de condutas alimentares inadequadas. Foi encontrado em estudos realizados por sua equipe na cidade de Buenos Aires, que condutas alimentares inadequadas estão presente em 30% das pessoas que buscam dietas para emagrecimento e 15% das pessoas que buscam exercícios físicos. Este fato confirma outros estudos, na literatura especializada, segundo os quais o hábito de fazer dietas predispõe, para o comportamento bulímico, como resposta psiconeurofisiológica do corpo. O autor, baseado em sua experiência clínica, propõe três tipos de funcionamento psíquico para pessoas com bulimia nervosa.

1 Bulimia sintomática – observada, geralmente, em mulheres de idades variadas; história de vida envolvendo um episódio desencadeante de características traumáticas. Funcionamento mental desorganizado, processo defensivo bem cristalizado, impossibilitando uma abordagem satisfatória de captação das necessidades corporais, não havendo representação simbólica de conteúdos inconscientes e focalizando tais necessidades no episódio de atração compulsiva pela comida, condutas menos abstratas e mais operatórias permeadas por um pensamento rígido e circular no entorno do sintoma.



2 Bulimia conflitiva – Este subtipo, observa, na maioria dos casos, acomete mulheres jovens, no começo da adolescência, freqüentemente acompanhado de episódios depressivos. A fala contém importantes mensagens metafóricas a respeito do sentido, do desejo inconsciente de suas dramatizações e conflitos subjacentes ao sintoma. ZUKERFELD menciona a importância de uma escuta clínica acurada para facilitar a evidência dos sentidos. Em geral, estas mulheres se sentem pressionadas a ter que responder ao ideal de beleza ditado pela cultura, somado à impossibilidade biológica ou genética de alcançá-lo. A insatisfação com o corpo e o seu controle para mantê-lo abaixo do ideal entram na esfera da perfeição e da comparação com outras mulheres, caindo inevitavelmente num plano competitivo, que reproduz a rivalidade edípica original, inconsciente, impulsionando a condutas restritivas, dietas impossíveis de materializar, na tentativa de se sentirem mais atraentes. O fracasso acontece por não alcançarem o traçado pela excessiva restrição, o que conduzirá inevitavelmente ao ciclo *binge-purding*, vicioso e autoperpetuante. Este ciclo se evidencia em todos os subtipos de bulimia, mas, neste caso em especial, existe a possibilidade de se referirem aos seus sintomas de forma metafórica.

3 Bulimia operatória – Geralmente o começo dos transtornos com alimentação se dá na infância, com o aparecimento de obesidade ou anorexia infantil, podendo estar associada a outras patologias somáticas; funcionamento psíquico repetitivo, homeostático e estável; grandes dificuldades de associação, baixo poder de criação e abstração. A fala clínica é sustentada por dados da atualidade que dificilmente se distanciam dos seus sintomas, para exteriorizar uma fala que abarque as multidimensões existenciais, centrando-se, basicamente, nas compulsões e no distanciamento dos afetos. Este modo de funcionamento psíquico, pela

falta de aporte criativo e simbólico, possibilita que a saída de situações estressantes vividas por essas pessoas, necessariamente, sejam as atrações bulímicas como a única forma de recuperar a homeostase. O tratamento recomendado é o conjunto de reeducação alimentar com grupos de auto-ajuda e reflexão. Também é indicada a psicoterapia individual com forte aliança terapêutica.

BRUCH *apud* ROBELL (1997), pela sua vasta experiência em psicoterapia com anoréticas, identifica três áreas de funções psíquicas perturbadas:

1 Distúrbio de proporções delirantes no autoconceito da imagem corporal. A força que a extrema magreza alcança e o estado de subnutrição são avaliados como normais e a negação absoluta de que estão passando por algum problema. Para o bom prognóstico do tratamento, é necessária a mudança desta distorção da percepção da auto-imagem.

2 Distúrbio na captação das necessidades corporais/nutricionais. Inabilidade de reconhecer a fome mais do que a perda de apetite. A ingestão de alimentos é rigidamente restringida, desestruturando todo o padrão alimentar, acionando, assim, o ciclo da negação do desejo de comer e empurramentos seguidos de purgas; hiperatividade e negação do cansaço.

3 A paralisante sensação de ineficácia que essas pacientes sentem reflete o comportamento orientado para a gratificação das demandas externas, vivendo a frustração da não realização destas solicitações. São filhas especializadas em gratificar os pais com boas ações, sendo comum o relato de pais que dizem que suas filhas são excelentes alunas, meigas, educadas e exemplares.

BRUCH ainda salienta a contradição de realizarem uma dieta para serem aceitas socialmente, e com a instalação da patologia, adquirem um movimento progressivo de

isolamento. Na sua avaliação, elas expressam o medo do desprezo, de não serem levadas a sério ou respeitadas. Com a impossibilidade de resolver os próprios problemas, o simbólico não é representado e a focalização é para o controle do corpo.

Ao lançar uma leitura sobre a constituição do simbólico feminino e o complexo processo de separação - individuação materna, ROSITO (1996) fornece outro eixo complementar de análise. O nascimento dá pela separação biológica do bebê e sua mãe. Até então, o mundo para ele era indiferenciado no alojamento seguro da vida uterina. Para a apropriação e sobrevivência no mundo, é impreterível a ligação com sua mãe, que se estenderá por alguns anos, refletindo a imagem materna como a extensão da imagem de *self* da criança e tomando um formato de qualidades narcísicas intensas.

*Nossa singularidade floresce nesse vínculo intersubjetivo. A vida real e psíquica se faz nesse fenômeno da busca e de encontro, de separação e de individuação. (...) A mãe é o agente cultural cujo agente de significações será transmitido. (...) A mãe é o objeto primário, libidinizador, narcisizante e socializador (ROSITO, 1996, p. 463-4).*

A figura paterna tem uma aparição posterior, um papel central na trama edípica e na estruturação do ego da filha. A menina que viveu num mundo fusionado ao de sua mãe poderá se diferenciar de seu igual (mãe) e se reconhecer pelo seu diferente (pai). O processo de separação e individuação da mãe-criança se revela como a estrutura dorsal do movimento de conquista da autonomia, de um sentido de ser e busca de uma identidade adulta diferenciada.

MAHLER *et al.* (1993), autora pioneira nos estudos observacionais e empíricos da interação mãe-bebê, teoriza o complexo processo de separação-individuação que envolve os

fenômenos da simbiose humana e da diferenciação, em seu livro: **O Nascimento Psicológico da Criança** - simbiose e individuação, no qual aponta os resultados de sua pesquisa.

A autora divide a separação-individuação em subfases:

1 Diferenciação e o desenvolvimento da imagem corporal

1.1 desabrochamento

2 Treinamento

3 Reaproximação

4 Consolidação da individuação e início da constância do objeto emocional

A fusão simbiótica<sup>7</sup> mãe-bebê, fase germinal para a estruturação psíquica do indivíduo, é um processo que antecede à separação-individuação<sup>8</sup>. Neste, os momentos se interligam, não havendo nítida fronteira delimitadora. O momento da separação consiste na saída da criança da fusão simbiótica com a mãe e a individuação com as primeiras aquisições de características individuais. São processos de desenvolvimento entrelaçados, diferentes entre si; eles podem proceder de forma precoce ou tardia, o que irá determinar falhas ou distúrbios no desenvolvimento da personalidade adulta.

*Um velho sentimento de identidade própria e limites corporais parcialmente irresolutos ou velhos conflitos em relação à separação e desligamento podem ser reativados ou mesmo permanecer ativos de maneira periférica ou central em quaisquer estágios da vida ou mesmo em todos eles (MAHLER et al, 1993, p. 16).*

---

<sup>7</sup> Símiose - termo derivado das Ciências Biológicas que, aqui, refere-se a uma condição intrapsíquica característica da vida cognitivo-afetiva primitiva, no qual a diferenciação pelo bebê entre seu *self* e o da mãe não ocorreu.

<sup>8</sup> Separação ou desligamento - termo que, também, aqui, designa uma condição intrapsíquica de um senso de desligamento da mãe, o que leva a criança, paulatinamente, a representações imaginativas, claras, do seu *self* distinto do da mãe.

MAHLER *et al.* (1993) nomeiam, ainda, o período pré-simbótico como a *fase autista normal*, decurso em que os estados de sonolência do recém-nascido e do bebê muito pequeno superam os estados de vigília. Esses estados de sonolência são reminiscências do estágio intra-uterino, cuja distribuição de libido<sup>9</sup> e satisfação do desejo se faz num sistema fechado e auto-suficiente.

Os processos fisiológicos sobrepõem-se aos psicológicos que culminam no estabelecimento de um ego primitivo e não integrado. Suas respostas aos estímulos são instintivas e a posição da libido é puramente visceral (região abdominal) que corresponde, principalmente, quando os sinais de fome ou outras tensões sinalizam o seu desconforto, mas que, se satisfatoriamente atendidos pela mãe, o bebê nesta fase entra em estado de semi-sonolência ou semi-vigília, noutras palavras, quando o bebê se vê aliviado da sobrecarga de tensão, recupera o equilíbrio homeostático pelo organismo, através de mecanismos predominantemente somatopsíquicos e fisiológicos (MAHLER *et al.*, 1993).

KLEIN & RIVIERE (1970) e KLEIN (1991), em semelhante análise, através dos resultados de seus estudos observacionais e do manejo clínico psicológico com crianças, conceituam esta fase como sendo um período de *ansiedade de natureza persecutória*. O bebê não é capaz de se apreender intelectualmente; o ego nas primeiras semanas do período pós-natal é um *ego corporal*. O que o bebê vivencia é um desconforto inconsciente oriundo de forças hostis, que corresponde fisiologicamente às suas necessidades. É a satisfação do seu desconforto por uma *mãe suficientemente boa* (WINNICOTT, 1990) que, ao ser provedora de calor, conforto, afeto ao segurá-lo e gratificação ao alimentá-lo, proporciona a introjeção, pelo

---

<sup>9</sup> Fonte de energia inata de origem sexual.

bebê, de forças boas e o estabelecimento da primeira relação de amor com uma pessoa - objeto<sup>10</sup>.

Nos primeiros meses de vida, a mãe representa para a criança todo o mundo externo; ele deseja da mãe não só o alimento, mas amor e compreensão (KLEIN, 1959).

*Na espécie humana, a função de autopreservação e o equipamento necessário para tal estão atrofiados. O ego rudimentar (ainda não-funcional) do recém-nascido e do bebê ainda pequeno tem que ser complementado pelo vínculo emocional do cuidado materno, uma espécie de simbiose social. É dentro desta matriz de dependência psicológica e sociobiológica da mãe que se dá a diferenciação estrutural que vai levar à organização do indivíduo: o ego em funcionamento visando a sua adaptação (MAHLER et al., 1993, p. 54-55).*

O período pré-simbótico reúne, ainda, de forma não diferenciada pelo bebê, os efeitos dos cuidados maternos na redução dos espasmos de fome-necessidades e de suas tentativas de redução de tensão desprazerosa, como os atos de urinar, defecar, tossir, espirrar, cuspir, regurgitar, etc. Tanto os efeitos expulsivos quanto os da gratificação obtida através dos cuidados maternos ajudam o bebê a incorporar ao *self* primitivo diferentes qualidades de experiências (MAHLER, 1982). KLEIN (1959), MAHLER et al. (1993) e LEMES (1997) possuem o mesmo posicionamento teórico sobre a incorporação destas múltiplas experiências primitivas.

---

<sup>10</sup> Talvez não seja ocioso lembrar as idéias que conotam a expressão mãe-objeto ou relações objetais, no sentido psicanalítico, refere-se à forma através da qual se alcança a satisfação da pulsão (libido); é muito mais do que um “objeto” no sentido meramente físico-descritivo.

Segundo as autoras, para a vivência de uma experiência “boa” há a introjeção de forças boas e uma experiência “má” advinda da frustração, dor ou desconforto vivenciadas como forças hostis, como perseguição.

No interjogo de introjeções positivas e negativas, formam-se traços mnêmicos das duas qualidades de estímulos na matriz, ainda indiferenciada do *self* primitivo ou *self* psicofisiológico original (MAHLER, 1982).

*O bebê não espera da mãe apenas o alimento, mas deseja também amor e compreensão. Nos estágios mais iniciais, amor e compreensão são expressos pela mãe através no seu modo de lidar com o bebê e levam a um sentimento inconsciente de unicidade que se baseia no fato de o inconsciente da mãe e o inconsciente da criança estarem em íntima relação um com outro. (...) Ao mesmo tempo a frustração, o desconforto e a dor, que conforme sugeri são vivenciados como perseguição (...). Assim, tanto o que é bom quanto o que é mau vem à sua mente como provindos dela, o que leva a uma dupla atitude em relação à mãe mesmo sob as melhores condições possíveis (KLEIN, 1959, p. 282).*

A partir do segundo mês, o bebê desenvolve uma consciência difusa do objeto que satisfaz as suas necessidades e começa a modificar a sua “órbita autista onipotente”; a partir deste momento, marca o início da simbiose normal, na qual o bebê funciona e se comporta como se ele e sua mãe fossem um sistema único onipotente “uma unidade dual dentro de uma fronteira comum” (MAHLER *et al.*, 1993).

A qualidade do complexo desenvolvimento da simbiose humana, bem como as fases subseqüentes, revelam-se, para alguns teóricos do desenvolvimento (KLEIN, 1959; MAHLER, 1982; MAHLER *et al.*, 1993; WINNICOTT, 1990, 1991, 1996 e 1997), como



sendo a base da estruturação do psiquismo do indivíduo e encontram suas *raízes mais profundas nos processos mentais mais arcaicos do bebê* (KLEIN, 1959, p. 283).

Acreditamos que as características mais importantes, da fase de simbiose e que, provavelmente, estejam associadas na psicogênese do TCA, por falha ou distorção nesse processo, sejam:

- 1 A dispersão da catexia libidinal <sup>11</sup>, anteriormente centrada na região abdominal, para a periferia sensório-perceptiva do corpo do bebê que envolve a órbita simbiótica da unidade dual mãe-criança.
- 2 Fusão somatopsíquica da representação da mãe por uma fronteira comum, entre dois indivíduos psiquicamente separados.
- 3 A formação de um núcleo primitivo da imagem corporal, a partir das representações do corpo contidas no ego rudimentar ao ser constituído pelas seqüências de prazer-sofrimento (conforto e forças hostis), assim como o efeito do deslocamento da catexia libidinal nas representações do ego corporal dentro da matriz simbiótica.

*O ego é moldado sob o impacto da realidade por um lado e dos drives instintuais pelo outro. O ego corporal contém duas espécies de auto-representação: há um núcleo interno da imagem corporal, com um marco delimitador voltado para o interior do corpo, separando-o do ego, e um extrato externo de “engramas” sensório-perceptivos, que contribui para os limites do “self corporal”.*

*Do ponto de vista da “imagem corporal”: a mudança das catexias predominantemente êntero-proprioceptivas para catexias sensório-perceptivas da periferia constitui passo importante no desenvolvimento* (MAHLER, 1982, p. 68 e 69).

---

<sup>11</sup> Catexia libidinal refere-se à concentração de tensões/sensações que emanam de dentro do corpo do bebê para a periferia sensório-perceptiva, nas primeiras 4 semanas de vida.



Para finalizar esta etapa, citaremos, ainda, MAHLER (1993), quando sintetiza o que foi abordado até o momento e, simultaneamente, facilita a nossa compreensão para os próximos estágios.

*A fase autista normal está a serviço da consolidação pós-natal do crescimento fisiológico extra-uterino, e promove a homeostase pós-natal. A fase simbiótica normal marca a importante capacidade filogenética que o ser humano possui de envolver a mãe dentro da vaga unidade dual, que forma o solo primordial onde todas as relações humanas subseqüentes vão germinar. A fase separação-individação se caracteriza por um momento constante da consciência do desligamento entre Self e “outro”, que coincide com as origens do sentido do Self, da verdadeira relação de objeto, e da consciência da realidade do mundo externo (MAHLER et al., 1993, p. 57).*

A primeira subfase da separação-individação - a diferenciação - começa por volta do quarto ao quinto mês de idade, no ápice do processo simbiótico. As demarcações entre o corpo da mãe e do bebê, como temperatura, textura, cheiro, elasticidade, etc., favorecem a diferenciação; o toque, assim como os cuidados maternos, facilitam a formação de fronteiras na díade mãe-bebê. A percepção dessas diferenças ao mesmo tempo que se processa a evolução ontogenética gradual do sistema sensorio-motor, anteriormente localizado para dentro da órbita simbiótica, é assimilada pelos esquemas do bebê e gradualmente se expande através do surgimento da atividade perceptiva dirigida para fora, durante os crescentes períodos de vigília. O “desabrochamento” acontece à medida que o comportamento de atenção da criança se torna cada vez mais nítido com o direcionamento de objetivos, persistência e alerta. *A aliança não parece mais flutuar para dentro e para fora do estado de alerta, tendo um sensorio mais permanentemente alerta sempre que está acordado (MAHLER et al., 1993, p. 63).*

Por volta do sexto ao sétimo mês, observa-se uma experiência de separação-individuação à medida que a criança tenta se apoiar com os braços e as pernas contra o corpo da mãe, percebendo o mundo à sua volta, e a enxergando melhor. Se a criança já possuir capacidade motora para deslizar do colo da mãe, dá início às primeiras ações para engatinhar.

Neste período, há uma “explosão” das habilidades taceis e visuais do bebê, como: puxar o cabelo, orelha e nariz da mãe, batidas na face, exploração manual da face da mãe etc. Esses comportamentos exemplificam importante momento de delimitação de uma imagem corporal em vias de individualização e o desenvolvimento inicial da autonomia. Segundo MAHLER (1982), para aquelas crianças que tiveram fase simbiótica ótima, cujo saldo emocional foi balizado por uma relação estável, previsível e de confiança com a figura materna, a curiosidade e admiração constituem elementos predominantes na relação do bebê com estranhos e na descoberta do ambiente.

Falhas no processo de simbiose normal podem trazer prejuízos para o período subsequente do desenvolvimento emocional. Com o início da locomoção (processo intrapsíquico de separação-individuação) e de outras funções autônomas do ego propiciadas pela maturação, quando conjugadas com um atraso na prontidão emocional da criança no funcionamento desligado da mãe, dá-se origem ao pânico orgânico. Esse pânico causa a fragmentação do ego, em maior ou menor grau, imprimindo à estrutura emocional da criança lacunas importantes que poderão estar na base de um futuro quadro clínico de transtorno psíquico, podendo eclodir na infância ou em estágios futuros do desenvolvimento do indivíduo.

*Também descobrimos que aquelas crianças cujas mães haviam desfrutado a fase simbiótica sem muito conflito, aquelas crianças que tinham sido saturadas, mas não saturadas demais, durante esse período de importante unidade com a mãe, pareciam começar a mostrar sinais de diferenciação ativa na hora certa, distanciando-se ligeiramente do corpo da mãe. Por outro lado, nos casos que haviam ambivalência ou parasitismo, intrusão e sufocamento por parte da mãe, a diferenciação mostrava vários graus e formas de distúrbios (MAHLER et al., 1993, p. 68 e 69).*

ASTUDILLO et al. (1996), realizaram um estudo sobre detecção dos graus de insatisfação corporal em pacientes com TCA, através da aplicação de questionários sobre atitudes alimentares (EAT-40 e EDI). A amostra desse estudo foi composta por três grupos, assim distribuídos: um grupo com patologia alimentar - **THC** (caso), e dois grupos controles, sendo que um composto por pacientes com sobrepeso - **S** - e o outro por estudantes universitárias eutróficas - **E**.

Os resultados encontrados na comparação dos três grupos, através de análise estatística descritiva, foram:

1 Confirmaram patologia alimentar no grupo **THC** e comportamentos limítrofes para o desenvolvimento futuro de TCA no grupo **S** (sobrepeso).

2 A insatisfação corporal mostrou-se igualmente elevada ( $p < 0,001$ ) nos grupos **THC** e **S**, o que demonstrou que esta categoria não se encontra presente somente no grupo com TCA, anoréticas e bulímicas, mas confirmam dados da literatura segundo os quais, sobrepeso/obesidade é fator de risco para TCA.

Pessoas que estão insatisfeitas com seu corpo estão mais propensas a se engajar em comportamentos nocivos de controle de peso, como dietas, jejuns, vômitos auto-induzidos, uso

de diuréticos, laxantes e pílula para dietas (FLEITLICH, 1997). Portanto, o grupo S, formado de pacientes com sobrepeso, apresentou alterações perceptuais na estimacão corporal e gostariam de alcançar um peso ideal mais baixo do que o atual.

ASTUDILLO *et al.* (1996) compuseram o quadro teórico do referido estudo, ao analisar a categoria insatisfacão corporal, ancorados pela teoria do desenvolvimento emocional infantil, e traçam hipóteses interpretativas sobre a distorcão da imagem corporal presente em pacientes com TCA.

Os pesquisadores supracitados apontam a importância da fase de estruturação do *self* e da imagem corporal para a formação e introjeção satisfatória de uma identidade autônoma e fronteiras corporais bem delimitadas. SCHILDER *apud* ASTUDILLO *et al.* (1996) conceitualizou “imagem corporal” pelo campo da Neurologia e da Psicologia. Define-a como a representação mental que fazemos do nosso corpo; é a descrição da forma (imagem) do corpo como este aparece representado pelos sentidos, não se confundindo com uma mera percepção, pois a criação dessa estrutura é o resultado de um processo simbólico pela conversão de uma base fisiológica e uma configuração libidinal.

*Desde la perspectiva psicodinámica, da desdiferenciación de la imagen corporal se interpreta como una detención del desarrollo temprano preverbal, durante el primer año de vida, en la etapa de separación-individuación, que resulta en el fracaso del reconocimiento y conformación de una identidad (“self”) corporal diferenciada y separada, y por ende de una imagen corporal nítidamente limitada. (...) Ocurre entonces que desde edades muy precoces, las emociones y los cuerpos de estas niñas, futuras pacientes, no fueron vistos por sus padres como pertenecientes a una persona independiente, con sensaciones e iniciativas autónomas, no habiendo nunca integrado el cuerpo y la mente y siendo incapaces ciertamente de registrar los*

*diferentes y distintos aspectos e impresiones corporales* (ASTUDILLO *et al.*, 1996, p. 202).

RHODES & KROGER (1992) *apud* FLEITLICH (1997) estudaram fatores psicológicos (intrapésíquicos e interpessoais) associados ao desenvolvimento de transtornos alimentares no final da adolescência. Foram examinadas características de laços parentais e resolução do segundo processo de separação e individuação (na adolescência) em duas amostras. Os resultados indicam que as mulheres no final da adolescência, com transtorno alimentar, reportavam níveis significativamente mais altos de superproteção maternal na infância e de ansiedade de separação do que as estudantes do grupo-controle.

Para BAGATTINI (1998), a identidade feminina está sustentada em suportes narcisistas que surgem do ambiente familiar; de sorte que, quando esses suportes são escassos ou negativos, traços disfuncionais são incorporados pelo *self* e, desde o início da existência, se verifica em latência uma fragilidade constitutiva que poderá, juntamente com outros fatores predisponentes, ser a base do surgimento de comportamentos anormais direcionados a comida e imagem corporal. A autora enfatiza a importância de fatores psicológicos constitutivos ao serem tangenciados pelo fenômeno social da exaltação da magreza como modelo de beleza vigente. Citaremos Bagattini, pelo grau de coerência e objetividade ao mencionar esta interface:

*No ser querido y aceptado a lo largo de la primera infancia, en relación a un ideal de los padres que se debe cumplir, constituye en esta patología un factor predisponente. En la adolescencia, sobre esta fragilidad (dependencia con el objeto materno se muestra con toda su destructiva intensidad) actúa como ya se dijo la sociedad, imponiendo un paradigma de belleza, a la vez que ideal imposible e inalcanzable* (BAGATTINI, 1998, p. 42).

MARSÁ *et al.* (1998) pesquisaram características de personalidade nos TCAs num grupo de setenta e dois pacientes, segundo os critérios do DSMIV, e avaliadas com testes psicométricos e projetivos de personalidade. Dentre os importantes achados que caracterizaram a estrutura de personalidade dessas pacientes, ressaltaremos alguns resultados que implicam a discussão em tela. A personalidade das pacientes com TCA é heterogênea e varia em função da presença do “espectro sintomático” bulímico ou puramente restritivo. Dimensionalmente, a baixa auto-estima, a carência global de recursos pessoais e a distorção da imagem corporal se encontram presentes e com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre pacientes e controles.

BOREL *et al.* (1998) pesquisaram o grau de associação entre a baixa auto-estima e o grau de insatisfação corporal em pacientes com TCAs e grupo controle. Observaram a presença de baixas pontuações na variável auto-estima com altos escores na variável insatisfação corporal, quando comparadas com grupo controle ( $p < 0,01$ ). Por outras palavras, quanto menor a auto-estima, maior a insatisfação corporal relacionada às patologias de comportamento alimentar, o que, em nossa reflexão, assinala a importância desses achados para a prevenção primária, diagnóstico precoce e o estabelecimento de estratégias terapêuticas adequadas.

A segunda subfase do processo de separação-individuação é o período de treinamento, o qual se sobrepõe à subfase de diferenciação. A crescente diferenciação corporal da mãe, o funcionamento de aparatos autônomos do ego e o estabelecimento de um elo específico com a mãe, são pontos do desenvolvimento emocional que sustentam os primeiros passos para a consciência do desligamento e individuação da criança. Os interesses do bebê descentralizam-

se do mundo da figura materna e direcionam-se para o mundo dos objetos inanimados. Os *objetos transicionais* (WINNICOTT, 1997) são aqueles que oferecem a entrada segura da criança para a exploração do ambiente e são fornecidos, inicialmente, pela mãe. O elo específico estabelecido nesse momento é a prontidão da mãe para tornar disponível o espaço de desligamento do filho e oferecer sua presença para o reabastecimento físico e emocional. A distância ideal entre a criança e a mãe, nessa fase, deve ser aquela que apresente a pavimentação necessária para a exploração e imersão do bebê no mundo externo, ao mesmo tempo em que, ofereça proximidade suficiente para retornar o contato com a mãe (não necessariamente físico, mas eminentemente visual ou ligado pela presença da mãe através de sua voz). Logo após a criança haver suprido suas necessidades afetivas, absorve-se em seu prazeroso funcionamento.

A subfase de treinamento propriamente dita é demarcada quando a criança dá seus primeiros passos em posição vertical. Segundo MAHLER (1982 e 1993) este é o momento mais importante em direção à individuação humana. A catexia libidinal põe-se substancialmente a serviço do ego autônomo. O narcisismo atinge seu ápice com a crescente maturação do aparelho locomotor e com a aquisição de mais habilidades que facilitam maior apropriação do mundo externo numa realidade em constante expansão.

*A importância de começar a andar para o desenvolvimento emocional da criança não pode ser subestimada. O ato de andar proporciona ao “toddler” um aumento acentuado de sua descoberta da realidade e do ato de testá-la sob seu próprio controle e domínio mágico* (MAHLER, 1993, p. 79).

A entrada satisfatória nessa subfase depende, em parte, da normalidade das fases anteriores. Relação simbiótica excessivamente prolongada ou prematuramente rompida, ou

ainda, com privações no *holding*, poderá interferir nos estágios subseqüentes da individuação e internalização da autonomia e auto-estima em desenvolvimento. É o que MAHLER (1993) sinaliza,

*Observamos que esse desejo de voltar ao estado de bem-estar e unidade ou proximidade da mãe se verificava em crianças cuja relação simbiótica se tinha prolongado excessivamente ou sofrido distúrbio. (...) Esse mesmo desejo parecia diminuído e irregular em crianças para as quais a relação simbiótica com a mãe havia sido desfigurada pela imprevisibilidade e impulsividade de uma mãe parcialmente devoradora e parcialmente rejeitadora (MAHLER, 1993, p. 82 e 83).*

A terceira subfase da separação-individuação - reaproximação - ocorre por volta da metade do segundo ano de vida. Com a aquisição da livre locomoção em posição ereta, fim do “desabrochamento”, a criança alcança o primeiro nível de identidade. A consciência do desligamento e a aquisição progressiva do desenvolvimento cognitivo e da fala possibilitam a definição do processo de diferenciação crescente da vida emocional. Todavia, a fase anterior - treinamento - era marcada por uma certa despreocupação relativa à presença da mãe, marcada pela entrada da criança no mundo dos objetos inanimados, contagiada pelo narcisismo e por suas crescentes habilidades locomotoras, adquiridas pela maturação. O tipo de contato procurado era o “reabastecimento emocional”, ainda não consciente de um real desligamento.

A fase de reaproximação é destacada pela consolidação da diferenciação e observa-se uma ansiedade de separação, aumentada pelo medo da perda do objeto de amor. À medida que cresce a consciência de desligamento da mãe, maior é a necessidade da criança em compartilhar cada nova aquisição de seu mundo, requerendo atenção contínua da mãe como forma de



garantir a permanência do objeto. A busca pela presença da mãe, aqui, é marcada pela necessidade de interação num nível de simbolização mais elevado.

MAHLER (1993) observou que a ansiedade de separação é presente em todas as crianças nesse estágio. Os comportamentos mediados por afetos moderados, nos quais havia predominado a introjeção de forças “boas”, eram propícios ao desenvolvimento subsequente, um desfecho favorável, ou seja, não apresentavam disfunções significativas.

Para algumas mães esta subfase poderá ser apreendida como paradoxal, desde que o filho, há alguns meses, não solicitava tanto a sua presença e agora, maturacionalmente mais desenvolvido, necessita mais de sua presença e atenção. MAHLER chama a atenção para as habilidades necessárias pelas mães nesta subfase. Alerta para o fato de *que algumas mães são incapazes de aceitar as demandas da criança, enquanto outras não podem enfrentar o fato de seu filho estar ficando cada vez mais independente e separado* (MAHLER, 1993, p. 104).

A crise de reaproximação pode se tornar, em alguns casos, um conflito intrapsíquico não resolvido, podendo instaurar pontos desfavoráveis para o desenvolvimento emocional em estágios posteriores.

A literatura aponta alguns determinantes disfuncionais nessa subfase, os quais parecem relevantes para a compreensão da psicogênese dos transtornos do comportamento alimentar. A falta de disponibilidade emocional da mãe no momento da reaproximação ativa na criança uma busca desesperada para conquistá-la, seduzi-la. A quantidade excessiva de energia empregada pela criança para prover o próprio desenvolvimento poderá ter como resultado uma valência negativa de energia (libido e agressão) construtiva a ser empregada para a evolução das várias funções ascendentes do ego. A esta implicação, observamos no conteúdo clínico psicoterápico

dessas pessoas que a baixa auto-estima, a necessidade premente do reconhecimento do outro pela impossibilidade de se apropriarem de seu potencial de realização, conjugam-se ao quadro de sofrimento psíquico.

A literatura, ainda, apresenta outra importante categoria a ser apreciada. A tensão que envolve o processo de reconhecer-se um indivíduo separado da mãe é especialmente mais difícil para meninas do que para meninos. A menina em suas fantasias inconscientes, ao descobrir a diferença sexual, se volta negativamente para a mãe, culpando-a pela falta e se mantendo ambivalentemente ligada a ela (MAHLER *et al.*, 1993).

A nossa inferência nesse caso reside no fato de que 90% de pessoas que desenvolvem TCAs são do sexo feminino. Poderemos levantar hipóteses acerca de um possível fator predisponente, ao somar-se com às pressões sociais pela magreza como detonadores da insatisfação com a imagem corporal e a presença de comportamentos de extrema dependência na díade mãe-filha.

Um estudo realizado por SCHIATTINO *et al.* (1998), pesquisadores da Escola de Saúde Pública do Chile, teve como objetivo analisar o grau de restrição alimentar materna e os determinantes psicológicos em filhas primogênicas. Para tanto, foram analisadas 49 díades mãe-filha através de instrumentos que avaliavam o padrão do comportamento alimentar, variáveis psicométricas e ponderais. Tomando como fundamento a restrição materna, os autores estudaram as diferenças entre mães e filhas e entre filhas de mães com alta e baixa restrição.

A restrição alimentar, aqui estudada, refere-se à tendência que uma pessoa apresenta ao exercer um controle cognitivo sobre a ingestão de alimentos; tal controle atua na interseção do

impulso à comer com a necessidade de manter o peso corporal dentro de uma faixa predeterminada. A hipótese norteadora desse estudo é que a variável ‘restrição alimentar’ poderá encontrar-se associada na relação desenvolvida pela mãe e filha, o que permite sinalizar para um fator de risco na gênese das desordens alimentares e levantar indagações sobre a incidência desses transtornos ocorrerem predominantemente em mulheres.

FAVARO *et al.* (1995) *apud* SCHIATTINO (1998) indicaram com os resultados de sua pesquisa que as características psicológicas da mãe são mais determinantes do que as do pai na expressão ponderal dos filhos; mães com sintomatologia psiquiátrica e com transtornos de personalidade tinham filhos com grau de obesidade severo. No mesmo artigo, BRUCH *apud* SCHIATTINO *et al.* (1998), alerta para a importância de se considerar a atitude materna de superproteção e superalimentação como forma de desenvolver sobrepeso de seus filhos.

Os resultados encontrados por SCHIATTINO *et al.* (1998) demonstram que mães com altas pontuações em restrição alimentar têm filhas cujas pontuações também são superiores ao serem comparadas com o grupo de mães de baixa restrição e suas respectivas filhas. Em filhas de mães com alta restrição, evidenciam-se correlações negativas entre rendimentos atencionais, conduta social e restrição alimentar. Os autores ensinam que a dimensão “restrição” permite a realização de diferenciações taxonômicas que poderão auxiliar em tratamentos preventivos e desenvolvimento de estratégias de tratamento e de manutenção dos resultados a longo prazo.

Por volta do terceiro ano de vida da criança, ocorre a última subfase da separação-individuação - consolidação da individuação e início da constância do objeto emocional. Atingir uma individualidade definida, identidade de *self*, e obter certo grau de constância objetal são tarefas a realizar nesse período. Para tanto, será necessário que o resultado da introjeção

gradual de uma imagem constante e previsível da mãe tenha ocorrido e que, também, tenha havido a unificação do objeto “bom” e “mau” numa única representação total.

A estabilidade emocional da criança é mantida com a ausência física da mãe por uma imagem interna, na qual se pode confiar; é o sinal de que a representação do objeto amado alcançou boa adequação. Suas necessidades instintuais ou de desconforto interno não mais representarão fantasias de abandono.

O estabelecimento da constância do objeto emocional é lento, complexo e multideterminado. Entretanto, necessita que o interjogo das forças psicodinâmicas envolvidas em todas as subfases aqui descritas tenha um nível satisfatório de elaboração na economia psíquica.

O cenário vivido entre as forças instintuais e as demandas provenientes do próprio processo maturacional compõem o processo intrapsíquico de separação-individuação, que evolui da simbiose e atinge o seu ápice pelo estabelecimento de representações mentais do *self*, distintamente separadas das representações do objeto. Desta forma, delimita as fronteiras do *self* e a individuação se dá de forma sadia, constituindo o substrato para o *continuum* de desenvolvimento emocional do indivíduo ao longo da vida.

Por este modelo analítico, podemos encontrar as premissas para que compreendamos a eclosão de um TCA na fase púbere e/ou adolescência. É na ruptura do processo de **simbiose e diferenciação-individuação**, estágios de estruturação do aparelho psíquico, que as relações disfuncionais com o alimento, em etapas futuras do desenvolvimento humano, encontrarão solo nutritivo para se instalar.

Psicoterapeutas especializados em Psicoterapia familiar com pacientes com TCA, como NUNES (1993), HERCOVICI (1997), FASOLO & DINIZ (1998), SHOMER & COBELO (1998) e MARTINS (1998), observam a prevalência de um vínculo simbiótico entre filha e figura materna com predomínio da ausência da figura do pai pela acentuada presença onipotente da mãe. São meninas geralmente especializadas em gratificar as necessidades dos pais, muito educadas e estudiosas.

Os resultados destas hipóteses clínicas/empíricas reforçam a teorização de ROSITO (1996), quando diz:

*Meninas cuja relação simbiótica foi excessivamente prolongada ou perturbada pela imprevisibilidade e impulsividade da mãe, que em parte engolfa e em parte rejeita, aumenta o temor, a perda de amor, representando um elemento de conflito no caminho da internalização, rumo à autonomia (ROSITO, 1996, p.468).*

A constelação de fatores que se mesclam na eclosão dos transtornos alimentares leva a observações da dinâmica familiar desses pacientes, permitindo alinhar alguns fatores presentes, recorrentemente, na forma de estabelecerem seus vínculos, o que não permite traçar um perfil caracteriológico estático e definitivo. Predominantemente, observam-se a falta de flexibilidade, o controle e a rigidez na flexibilização dos papéis, perfeccionismo e falta de autonomia dos membros para lidar com suas fragilidades emocionais, configurando, assim, famílias preocupadas em se ajustar demais ao modelo social. Este perfeccionismo dos pais, em geral, conduz a um atraso de desenvolvimento da autonomia pessoal, resultando na infantilização de seus membros e laços de lealdade familiar, em especial, envolvendo a figura materna (HOLLIS, 1996; HERCOVOCI & BAY, 1997; HERCOVICI, 1997).

### 3.2.2 “Globalização” e Fragmentação Simbólica

*Quanto mais retiramos coisas da natureza, graças à organização do trabalho, às grandes descobertas e às invenções, parece-me que mais nos tornamos inseguros diante da existência. Parece-me que não somos nós que dominamos as coisas, mas as coisas que nos dominam. Ora, essa aparência subsiste porque alguns homens, por intermédio das coisas, dominam outros homens. Se quisermos aproveitar como homens, de nosso conhecimento da natureza, é indispensável acrescentar ao conhecimento da natureza o conhecimento da sociedade humana.*

**BRECHT**

Estamos atravessando o fim do século XX e a passagem para o novo milênio, sendo engolfados pela onda da Terceira Revolução Industrial - época de grandes e profundas transições - estruturalmente vinculada à “globalização” e que impulsiona os países emergentes, como o Brasil, a aderir às regras ditadas pela comunidade internacional, garantindo sua sobrevivência numa economia “globalizada”, na qual as regras do mercado são estabelecidas pelos grandes conglomerados financeiros.

RATTNER (1995) descreve as origens dessas megatendências e deposita as forças mais ativas e poderosas do processo da “globalização” na voracidade do capital transnacionalizado, acumulativo e especulativo. Esses grupos virtuais realizam suas transações através de dispositivos digitais computadorizados e integrados que movimentam centenas de bilhões de dólares pelo Planeta, à procura de um “canteiro nutritivo” para sugar de países periféricos a seiva para o seu crescimento exponencial. Crescem estrategicamente, garantindo, com este movimento predatório, altas taxas de lucratividade e a acumulação de 40% de toda a riqueza mundial, tornando, assim, os ricos mais poderosos e os pobres mais depauperados e excluídos

do sistema que lhes garanta benefícios sociais básicos, como acesso aos serviços de saúde, trabalho, educação, lazer, qualidade de vida etc.

Apesar das muitas mudanças que vive o Brasil nos últimos anos, uma realidade se mantém estável: o País continua sendo caracterizado por ter distribuição de renda das mais desiguais do mundo, segundo o informe em 1996 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

*Essa assimetria de controle e movimentação de recursos humanos, materiais e financeiros expõe cruamente a ilusão de viver-se em uma sociedade democrática. Na realidade, verificamos a polarização, a exclusão e os decorrentes desequilíbrios sociais entre minorias desfrutando de elevada renda, consumo e estilo de vida afluentes e de desperdício, face à maioria carente das necessidades básicas (RATTNER, 1995, p. 9).*

RIGOTTO (1998) assinala que este cenário, longe de estar restrito ao plano econômico, envolve as esferas políticas e culturais, que diluem as fronteiras e enfraquecem o Estado Nacional.

*Claro está que a Reestruturação Produtiva é um processo econômico, político e cultural em curso, de grande dinamismo e alta complexidade, que acontece em escala planetária em ritmo intenso, exigindo a inserção de todos. Estruturalmente vinculada à Globalização, estes dois processos têm sido conduzidos pelas forças hegemônicas a nível internacional, representando a mais recente configuração do capitalismo - a qual converte o sistema mundial em espaço de acumulação - apontando para profundas repercussões sobre a vida social (RIGOTTO, 1998, p. 3-4).*

A fragmentação simbólica advém da insustentabilidade deste processo, da perda de valores culturais que dão referência à construção de subjetividades. A importação de modelos



globais, em todas as dimensões da vida humana, pulveriza a dimensão simbólica, de forma violenta, transformando os modos de produção, de hábitos, valores etc., promovendo um desenraizamento cultural, um estado geral de confusão mental, gerando um mundo de incertezas e de riscos produzidos, desdobrando-se na perda da liberdade e da identidade humana (ROLNIK, 1997).

CARVALHO (1997) afirma que as vidas cotidianas são cada vez mais influenciadas por eventos que acontecem no outro lado do Planeta. Diz também que, com a revolução dos meios de comunicação e transportes, as distâncias diminuíram e as transformações ocorrem quase que simultaneamente. Ao adquirirmos um bem de consumo, as repercussões vão desde a divisão internacional do trabalho, até as determinações no ecossistema da terra. A autora referencia Antônio Guiddens, quando diz:

*A Globalização não deve ser vista simplesmente como um fenômeno que está ali, mas também, como um fenômeno que está aqui; ela afeta não somente espaços locais, mas afeta até as intimidades da existência pessoal, já que atua de modo a transformar a vida cotidiana (GUIDDENS, apud CARVALHO, 1997, p. 9).*

O salto que a Humanidade obteve ao ultrapassar o paradigma da cosmologia metafísica, quando o conhecimento era especulativo e passava, particularmente, pelas essências do divino, para a física galileiana, onde se instaura a revelação da realidade pela relação entre os objetos e não mais pelo objeto puro, traça o marco para a entrada na Modernidade, ancorada por uma concepção de homem e de mundo, que irá permear a constituição de todos os ramos do conhecimento, formatando a óptica de apreensão da natureza pelo rigor metodológico. O



método científico e todo o conceito de ciência, a partir daí, trarão positividade e legitimidade na produção do conhecimento e estarão presentes no disciplinamento da ciência.

O projeto da modernidade, ancorado por este paradigma - que também personifica os seus limites - alcançou uma velocidade vertiginosa, adoecendo o meio ambiente e a humanidade por não conseguir acompanhar o seu ritmo intenso e avassalador.

RIGOTTO (1998) avalia esta ruptura, entre outras, quando menciona que

*(...) Testemunhamos também os limites do projeto moderno - centrado na racionalidade, na técnica e na ciência - para resolver problemas fundamentais da humanidade. Mesmo sabendo que a avalanche de números muitas vezes banaliza os problemas e oculta o sofrimento humano (RIGOTTO, 1998, p. 3).*

Um conjunto de rápidas transformações que vivemos, como a revolução técnico-científica, a racionalização dos processos de produção, modernização dos meios de comunicação e transportes e os interesses econômicos hegemônicos, dilui nosso sentido de identidade e coletividade.

O psicanalista Jurandir Freire COSTA (1999) analisa os resultados de sua recente pesquisa *Corpo e morte na cultura moderna*, e indica que recorreremos ao corpo como critério de identidade. O individualismo narcísico e hedonista elege o corpo e as sensações como os depositários dos valores pessoais na cultura contemporânea. Com o apogeu das ciências, a humanidade acreditou que poderia deter o controle da morte, aumentando a longevidade; o desgaste biológico deve ser controlado; não podemos envelhecer, nossa cultura passou a banalizar a morte, da forma como é teatralizada na TV, através do extermínio do outro e palco de curiosidades e desafetuosidades.

*Não choramos mais os nossos mortos, nossos lutos são mais rápidos, e os entes queridos não morrem mais em casa “ (...) “É o extermínio em massa ou individual que mobiliza a catarse ou o sensacionalismo através do show de truculência (COSTA, 1999, p.1).*

Neste panorama, lugar da virtualidade, dos ícones e imagens globais, não há tempo para lidar com a nossa grande e única certeza, a finitude humana; obnubilamos a idéia de morte com a supervalorização do corpo e das sensações para não refletir sobre o fim da espontaneidade e liberdade criadora abortada por este projeto da contemporaneidade; deparamos-nos, então, com a perda da identidade. Essa “cultura da sensação” é o esteio pelo qual se difunde a pseudo-idéia de que teremos que recorrer ao corpo como critério de afirmação por estarmos-no-mundo. Verificamos o excesso de investimentos em publicidades sobre temas como longevidade, juventude, beleza, o corpo perfeito, que visam a projetar o corpo e todo o seu arsenal para o seu controle no espaço social (COSTA, 1999).

Como compreender o comportamento obsessivo com a alimentação e o medo de engordar, que levam milhares de mulheres a adotar dietas restritivas e até mesmo a morrer de fome mediante a fartura de alimentos ?

### 3.2.3 *Transtornos do Comportamento Alimentar - um dos Subprodutos da Panacéia da Modernidade*

*Meu corpo não é meu corpo,  
é ilusão de outro ser.  
Sabe a arte de esconder-me  
e é de tal modo sagaz  
que a mim de mim ele oculta.  
Meu corpo, não meu agente,  
meu envelope selado,  
meu revólver de assustar,  
tornou-se meu carcereiro,  
me sabe mais do que me sei.*

Carlos Drummond de Andrade  
**As Contradições do Corpo**

O que leva as mulheres a desenvolver uma insatisfação crônica com os próprios corpos, negando um instinto tão fundamental como o da fome, transcendendo este comportamento como um sentido de ser-no-mundo ?

Vários autores como KUTSCKA (1993), NUNES (1997) e CORDÁS (1998) discutem sobre a importância dos fatores socioculturais na patogênese dos distúrbios alimentares que impõem um ideal de beleza, juntamente com o culto às dietas hipocalóricas e ao corpo esquelético. Temos a noção “caquetizante” da figura feminina, se observarmos a evolução dos padrões de beleza, desde a Vênus de Milo, aos quadros de nus dos pintores do séc. XVI ao início do século XX, chegando às manequins que, a partir da década de 60 até os anos 90, assumiram antropometrias cada vez menores.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o preconceito contra a obesidade é forte e o culto à magreza está diretamente associado a imagem de poder, beleza e mobilidade social,

sendo em si contraditória, “esquizofrenizante”. Através de seus *media* escritos e televisivos, vende gordura, com o apelo aos alimentos hipercalóricos, e cobra magreza. O ideal de corpo perfeito preconizado pela nossa sociedade e vinculado pelos *media*, leva nossas adolescentes a uma insatisfação crônica com seus corpos, ora se odiando por alguns quilos a mais, ora adotando dietas altamente restritivas e exercícios físicos extenuantes como forma de compensar as calorias a mais, ingeridas na tentativa de corresponder ao modelo cultural vigente, aumentando a pressão da equação: Promessa de Felicidade e Beleza = Consumo (KUTSCKA, 1993).

A análise desse perfil marca a sua gênese no início deste século, mas encontra suas raízes no esteio da Revolução Industrial, quando os meios de produção e poder se deslocam das mãos da aristocracia rural para a classe burguesa e, concomitantemente, necessitam de uma estrutura de comunicação maciça para a divulgação da informação. Aparecem as primeiras revistas femininas, ligando a imagem da mulher ao confinamento domiciliar. À medida que a mulher vai conquistando espaço no mercado de trabalho, legitimando a sua emancipação, tendo direito ao voto e ao uso da pílula anticoncepcional, a partir da década de 60, mesmo assim, se estabelece o paradoxo, a mulher, agora, enclausura-se no próprio corpo sob a égide do mito da beleza (WOLF, 1992; SWIFT, 1997).

O consumismo, o hedonismo e o narcisismo - marcas legítimas da racionalidade moderna - movem milhões e fazem do Brasil o campeão em cirurgias plásticas por motivos estéticos, o país que mais importa femproporex (substância anorexígena) e vice-campeão em venda de produtos cosméticos (VEJA, 1997, p. 43).

Uma matéria, recentemente publicada, aponta o aumento do número de adolescentes que se submetem a operações plásticas, por motivos estéticos (VEJA, 1999, p. 58). Segundo o periódico, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, os números dobraram de 1997 a 1998. Também na mesma edição da Revista, no bloco **Ciência**, está veiculada a matéria *A Evolução Física, Intelectual e Psicológica da Mulher*, sendo que a imagem associada a essa mensagem é de uma mulher com o corpo trabalhado pelo fisioculturismo; noutras palavras, sem camadas de gordura e cheia de músculos. Perguntamos, o crescimento e a emancipação feminina estão associados, realmente, ao *quantum* de controle que ela exerce sobre o corpo ?

ANDRADE & COSTA (1999a e b) analisam os efeitos nocivos do uso deliberado de anorexígenos que entram nesta lógica lucrativista da cultura de “sensações”, prescritos pela classe médica através de receitas magistrais aviadas em farmácias de manipulação, ou através de produtos acabados manufaturados pelas indústrias farmacêuticas em pessoas que desenvolvem quadros de TCA e/ou Obesidade, como uma realidade social, emergente e oculta, na Saúde Pública no Brasil.

#### 3.2.4 *Os Media e a Subjetividade*

BOURDIEU (1997) analisa os efeitos nocivos da televisão sob o imaginário, tecendo duras críticas a este mecanismo de fabricação de subjetividades, conjecturado sob a forma de um campo, que é um espaço socialmente estruturado como produtor de violência simbólica, onde se dão as lutas de poder para transformar ou conservar este campo; onde é feita pressão

das macro-estruturas econômicas e sociais, outorgando relações concorrenciais e desleais, sendo, verdadeiramente, um espaço de exclusões e invasões; na medida em que a mensagem veiculada é unidirecionada para o interlocutor, não há via dialógica e sim impositiva. O autor aborda o *fast-food* cultural em que vivemos, sendo as informações veiculadas pela urgência do tempo, dizendo ele que, nessa velocidade, não há tempo suficiente de assimilação pelo desdobramento do pensamento. Com isto, a comunicação é instantânea porque, em certo sentido, ela não existe. Põe em pauta de análise as forças invisíveis e coercitivas que estão por trás da produção no imaginário, quando diz:

*Não vou entrar nos detalhes da análise das estruturas invisíveis – que são um pouco, como a força da gravidade, coisas que ninguém vê mas é preciso supor para compreender o que se passa – às experiências individuais, isto é, como relações de forças invisíveis vão se retraduzir em conflitos pessoais, em escolhas existenciais (BOURDIEU, 1997, p. 75).*

Um fragmento do pensamento de Platão é referenciado por BOURDIEU (1997), quando diz que “*somos marionetes da divindade*”, para traduzir o efeito em que a televisão, através de seus agentes sociais, passa os valores para se ter liberdade, autonomia, felicidade e bem-estar.

Para dimensionar estas reflexões com a realidade brasileira, devemos analisar em que ponto nos encontramos consoante as reflexões de Bourdieu. Segundo dados do PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1996), 86,2 % da população brasileira possuem televisores em seus lares; 90,3 % possuem rádio, bens de consumo que assumem a liderança da pesquisa, e o item geladeira ocupa o 5º lugar, com 80,3 %. Com estes dados, podemos observar a existência de brasileiros que dão preferência à aquisição de meios de comunicação

nos seus lares em detrimento de outros bens de consumo, considerados como necessários à rotina e manutenção básica de uma família.

Transladando este pensamento de Bourdieu para a discussão da influência dos *media* na produção do ideal de beleza feminina, observamos a disseminação de duas crenças falsas que acompanham a busca do corpo ideal. Uma delas é a de que o corpo é infinitamente maleável, podendo alcançar o ideal estético com dietas e exercícios, negligenciando as determinações biológicas e genéticas, o que, na literatura especializada, alguns autores chamam de *setting point* (CORDÁS, 1998; NUNES *et al.* 1998). Para este intento, é necessária grande dose de esforço pessoal, acompanhado de conotações simbólicas de sucesso, liberdade, felicidade, longevidade, liberação sexual, mobilidade social etc., reforçando a outra crença de que, ao conseguir este ideal, a pessoa terá realizado o sucesso desde o estabelecimento na profissão até nos relacionamentos sociais e amorosos (AZEVEDO & MORGAN, 1998 a).

KATZMAN *apud* AZEVEDO & MORGAN (1998b), diz que, ao realizar a análise da influência dos *media* na produção das imagens femininas, temos que ter os devidos cuidados para não sermos reducionistas e simplistas, no momento em que os *media* e a tecnologia das informações consolidam o movimento da “globalização” na qual a importação de modelos fragmenta e dilui as fronteiras nacionais, despersonifica a cultura de um povo, infiltrando sentimentos de confusão cultural, pulverizando as identidades individuais e coletivas, desproporcionando o sentimento de pertença a um grupo, tão vital para a garantia da saúde mental. O refúgio para tal expropriação é através da instalação de comportamentos patológicos, que, com o aumento da pressão sobre o papel da mulher, produz demasiada

insegurança, fazendo vulnerável a identidade da mulher, a qual, na tentativa de resgatar a integridade de sua existência, vai buscar no próprio corpo o controle perdido.

Em semelhante análise, GUATTARI (1990) denuncia o esfacelamento de subjetividades ancoradas pelas formas de produção da vida moderna, pelas rápidas transformações técnico-científicas e pelos avanços dos meios de comunicação e transportes, que engendram no cotidiano formas cada vez mais expropriadas de si, pelo ritmo frenético imposto pelo modo imperialista do capitalismo mundializado. Critica o abandono progressivo de uma economia voltada para a produção de bens de consumo e serviços em detrimento da produção de imagens, símbolos e sintaxes, por intermédio, especialmente, do controle que exerce sobre os *media*, a publicidade, as sondagens, que alienam, massificam e normalizam o modelo global.

*A juventude, embora esmagada nas relações econômicas dominantes que lhe conferem um lugar cada vez mais precário, e mentalmente manipulada pela produção de subjetividade coletiva da mídia, nem por isso deixa de desenvolver suas próprias distâncias de singularização com relação à subjetividade normalizada (GUATTARI, 1990, p.14).*

Nesse árido universo, movido por interesses hegemônicos, que manipula e produz “violência simbólica”, da cultura do Prozac, não há espaço para valores como humanidade, solidariedade e bem-estar coletivo. As patologias são cada vez mais avassaladoras e as indústrias farmacêuticas mais poderosas no Ocidente. É o mundo dos paradoxos, das desigualdades, do desemprego estrutural; é o mundo “globalizado”, mundo em que convivemos com a barbárie dentro das nossas casas, com as mutilações, fuzilamentos coletivos e com os sobressaltos da possibilidade de uma 3ª guerra mundial - mundo do craque e do êxtasis - mundo da inversão de valores entre o público e o privado. *Valores como igualdade,*



### 3.3 O Modelo Biomédico de Ciência

#### 3.3.1 Racionalidade Médica e as Psicopatologias Alimentares

*A humanidade, através de sua história, na luta pelo domínio da natureza produziu um conjunto de conhecimentos e técnicas - a Medicina - para enfrentar as doenças e preservar a saúde. As doenças e a medicina têm suas histórias paralelas e, em última análise, estão diretamente relacionadas à história do modo como os homens produzem seus modos de subsistência nas relações com a natureza. Isso significa que não existe doença que possa deixar de integrar, em si, a dimensão social, quer seja em seus determinantes causais, quer em sua evolução e também na forma de dominá-la. Com isto quero dizer que a saúde e a doença estão condicionadas, em última análise, pela estrutura social e que, portanto, entre a estrutura social de uma determinada sociedade e a saúde de sua população existem relações intrínsecas e dialéticas com permanentes interações.*

**LOYELLO**

O positivismo, paradigma fundante das Ciências, epistemologicamente ancorado pelo empirismo pragmatista, elege os órgãos sensoriais como via de passagem de todas as observações da natureza. Tudo o que é real precisa passar, necessariamente, por esta via, possuir leis próprias, ser objetivado e universalizado.

A história da formação do pensamento ocidental irá se bifurcar por grandes correntes, mediatizando um antagonismo na produção da realidade: o **racionalismo** - o conhecimento real do mundo passa pelo pensamento autônomo e, posteriormente, validado pela percepção; o **empirismo** defende a idéia de que o conhecimento real, primeiramente, passa pela via sensorial.

Todas as disciplinas tomarão para si o método científico, para alcançar o estatuto de Ciência, inclusive a Medicina e a Psicologia.

A subjetividade humana precisou ser cortada, pois este método não prevê a mensuração da abstração, dos processos mentais. Como quantificar a saudade de um indivíduo ? A dor da alma e do espírito ?

Como bem destaca MADEL LUZ (1987), a Medicina é uma ciência do social, pois o paciente, o próprio padecente, não traz somente ao médico um corpo doente, pois conduz uma gama de representações simbólicas que irão dar sentido a esta dor; esta experiência que torna fenomênico vivido, cuja nomeação autêntica pertence ao paciente, não é captada à luz da razão médica, obliterada pela racionalidade científica moderna, treinada na academia para detectar lesões anatômicas, envergar seus achados por um quadro nosográfico, dado aprioristicamente, e finalmente emoldurá-lo pelo diagnóstico e pelo tratamento curativo das patologias. A autora leciona:

*Desta forma, a razão médica moderna expõe, na ordem da racionalidade científica, objetos de discurso que são de fatos sociais. Tematiza, portanto, o social. É disciplina do social (MADEL LUZ, 1988, p. 06).*

A mesma autora também discute a natureza mecanicista em que esta nova ordem paradigmática se circunscreve, titularizando o antropocentrismo para a busca do domínio do mundo natural. Consoante LUZ,

*Em outras palavras, descobrir a ordem oculta da natureza não significa contemplar (...). Significa, ao contrário, recriar continuamente, através da busca de evidências empíricas e de significados racionais que se encaixam uns aos outros, uma ordem de sentidos, que se constroem como um quebra-cabeças (MADEL LUZ, 1988, p.21).*

Como cuidar do que não está visível, mas presente nas entrelinhas do discurso narrativo do paciente ? Há uma saída ? É possível tornar dialética esta prática encaçada na lógica formal, que corta o seu objeto de estudo a essência de sua existência ?

CAPRARA (1996) aponta a urgência da transformação da prática médica ocidental e da lógica que sustenta a sua prática, em direção a uma Medicina mais humana e sensível ao sofrimento do paciente e, principalmente, passível de desenvolver a capacidade de compreender a doença como um produto culturalmente determinado.

KLEINMAN *et al.* (1989), citados por CAPRARA (1998), mostram que 50% dos pacientes que procuram um clínico geral nos Estados Unidos relatam uma série de sintomas que encontram significação para eles e que não são considerados pela razão médica para o estabelecimento do diagnóstico.

O modelo biomédico não sustenta os meandros do percurso, um caminho de pedras, nos arriscamos a dizer, um labirinto bem sinuoso, que se instala entre o “prato e o espelho” no momento em que mulheres procuram este modelo, personificado nos profissionais de saúde, para tratar as mazelas do corpo advindas de um ritual de sofrimento e punição pelo medo mórbido da gordura e a intensa busca pela magreza.

Salientamos a importância das bases objetivas da ciência moderna, apresentando uma importante ruptura epistemológica no desenvolvimento do conhecimento, mas devemos ficar atentos para a limitação e os danos que este paradigma, tomado por si como a única forma de apreensão da realidade, pode oferecer quando o que se quer focar é a Natureza Humana.

As contribuições da fenomenologia husserliana, ampliadas por Merleau-Ponty, passam a ser um importante ponto de abertura para a bifurcação que se estabeleceu entre o racionalismo e o empirismo.

O método fenomenológico desnaturaliza a existência humana, fundamentado pelo conceito de intencionalidade da consciência, privilegiando a vivência do sujeito como constituída na intersecção ativa e recíproca da captação do mundo pela consciência intencional.

HUSSERL (1952) faz uma profunda crítica às Ciências Naturais, e à Psicologia por esta transpor o método empirista, experimentalista ao estudo do seu objeto, o homem. Ele diz:

*(...) a psicologia como ciência de factos, não está de maneira alguma habilitada a proporcionar fundamentos àquelas disciplinas filosóficas que lidam com os princípios puros de toda a sujeição a normas, portanto a lógica pura, à axiologia e as práticas puras (...) Toda ciência natural é ingênua. Para ela, a natureza que pretende investigar, existe simplesmente (...) Apercebemo-nos delas, em simples juízos empíricos (HUSSERL, 1952, p. 14).*

VAN DEN BERG (1978), psiquiatra fenomenólogo, esboça um modelo de compreensão da doença mental, em toda a dimensão de fatores que a constituem, mas privilegiando, essencialmente, como uma “sociose”, como subproduto do isolamento e da exclusão social. Poeticamente, ele diz que:

*(...) a fisiologia não é certamente um fator que possa ignorar, mas é um fator determinado pela própria vida. A quantidade de paixão que possa existir dentro de nós, não é ditada por uma glândula, mas pelo próprio contexto da vida (VAN DEN BERG, 1978, p. 44).*

CAPRA (1982) traz à discussão a importância do paradigma holístico como um importante ponto de abertura ao asfixiante modelo cartesiano - newtoniano de ciência e suas pretensões de neutralidade entre pesquisador e objeto, reorientando uma percepção de mundo que passa a ser instaurada, paulatinamente, em todas as áreas de conhecimento da ciência.

A visão holística surge da premência do nosso tempo caótico, caracterizado pela violência, pelo estilhaçamento de subjetividades. A própria Física, que teve grande influência na visão determinista de mundo, nos restitui a unidade com a quebra de paradigma, através da Física Quântica, que põe abaixo a crença da indestrutibilidade das partículas atômicas pela sua solidez, apresentando um novo modelo dual e virtual, às vezes aparecendo como partículas, às vezes como ondas.

Tais conceitos trouxeram modelos revolucionários, pois põem em xeque a asserção da existência de corpos sólidos, passando para as possibilidades de existência. O que o modelo cartesiano situa no plano do concreto o modelo holístico põe no terreno das possibilidades, que existem em mútua interdependência com o universo, onde a ciência, por este paradigma, é apenas uma parte da multilateralidade do sistema.

A Medicina moderna, ossificada pela primazia da racionalidade científica e centrada na identificação de lesões anatômicas, baseada no diagnóstico e no poder de intervenção do médico à procura de doenças (CAPRARA, 1998), só consegue alcançar o efeito no soma do distúrbio (muito coerente com o modelo de causa-efeito da física newtoniana). A miopia médica, revestida de todo o seu poder, tenta “curar” as “feridas” do corpo e está muito pouco atenta para as dimensões subjetivas, negligenciando a experiência do paciente e suas mediações

simbólicas. (...) o desenvolvimento dessa sensibilidade e a sua aplicação na prática médica constituem o mais importante desafio da biomedicina do século XXI (CAPRARA, 1998, p. 4).

## 4 METODOLOGIA

*O mundo fenomenológico é não o ser puro, mas o sentido que transparece na intersecção de minhas experiências, e na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de umas nas outras; ele é portanto inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que formam a sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha.*

MERLEAU-PONTY

### 4.1 O Método Fenomenológico na Pesquisa Qualitativa no Campo da Saúde Pública

Entendemos como metodologia *o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade* (MINAYO, 1994, p.16). Para o nosso estudo, assumimos a escolha da metodologia qualitativa como sendo o “caminho” em que poderá ser acessado, em profundidade, o simbólico do grupo estudado (FORGHIERI, 1989; MINAYO, 1996).

Por sua natureza não quantificável e não generalizável, a pesquisa qualitativa possibilita a aproximação da realidade, tal como vivida pelos seus atores, ou seja, o acesso é à experiência imediata, pré-reflexiva, dimensão não atingida por procedimentos matemáticos. Desta forma, sua epistemologia é distinta da que fundamenta as abordagens positivistas (REY, 1997a).

*Os eventos humanos, sendo sempre animados por uma intenção, só podem ser objetos de uma fenomenologia descritiva e jamais de uma matemática ou física do social, do cultural ou do psíquico. As ciências humanas não podem, pois, jamais deixarem-se levar pelo modelo das ciências físico-matemáticas, sob pena de destruírem o seu objeto* (RIBEIRO JÚNIOR, 1991, p. 71-2).

Só poderemos pensar na existência das Ciências Humanas se os sujeitos ou grupos sociais representam a palavra para si mesmos, utilizando-se dos próprios recursos e significados, ao comporem seus discursos, ou expressarem seus desejos latentes, mesmo que nas entrelinhas. Ao conjunto de significados cabe uma interpretação que garanta a sua vivacidade, sua forma de estar-no-mundo, pois existir é, também, o ato de dizer-se (MARTINS & BICUDO, 1988).

A fenomenologia se tornou uma via de possibilidade para a crise das ciências no fim do século XIX, quando a produção do conhecimento passava pela especulação metafísica idealista ou pelo raciocínio das ciências empiristas positivistas. A fenomenologia, proposta por EDMUND HUSSERL (1859 - 1938), anuncia o corte epistemológico na produção do conhecimento. Há um rompimento com a pretensão de uma epistemologia das Ciências Humanas, fundada a partir do modelo das Ciências Naturais (MARTINS *et al.*, 1990).

A fenomenologia passou a ser uma terceira via, entre o racionalismo e o empirismo; uma ciência descritiva das essências da consciência e de seus atos, na qual se afirma que, antes de qualquer elaboração reflexiva, o conhecimento é apriorístico, é intuitivo, é, portanto, pré-reflexivo. Para se alcançar o verdadeiro conhecimento, devemos *retornar às coisas mesmas*; é um convite a uma nova leitura da realidade que se manifesta como fenômeno (DARTIGUES, 1992).

A fenomenologia volta-se para o estudo da essência, do *eidos*, visando descobrir o sentido originário do conhecimento humano, e, para tanto, utilizar-se-á do método fenomenológico para garantir-lhe cientificidade. O sentido é captado pela consciência intencional, portanto, ativa, co-relacionada com o mundo e sendo a condição de aparição deste



mundo. Sujeito e objeto elevam-se ao nível da transcendentalidade intersubjetiva, ou seja, abertura dos parceiros de relação para apreenderem o significado genuíno de suas vivências. A “suspensão” ou redução fenomenológica<sup>12</sup> não é feita apenas em relação ao mundo, mas abrange também o próprio sujeito, tomado como tema de reflexão e, evidenciando-se como “ego transcendental”, apto a apreender o que a ele se apresenta como fenômeno (FORGHIERI, 1993; STROHSCHOEN, 1996). O objeto não é uma coisa dentre as outras coisas do mundo, que é captado pelas ciências da natureza como contendo no mundo. O objeto é o que brilha à consciência, é o fenômeno - *noésis* (atividade da consciência) - objeto vivido e subjetivado.

Segundo RIBEIRO JÚNIOR (1991) e DARTIGUES (1992), o resíduo da redução fenomenológica é a essência de sentido para o sujeito, é o seu vivido encarnado no mundo.

*A redução fenomenológica fez, com efeito, aparecer como resíduo, que não pode ser reduzido, a vivência de consciência. Mas esta vivência é vivida por um sujeito, ao qual se referem aos objetos do mundo e de onde vêm as significações* (DARTIGUES, 1992, p. 25).

*A volta às origens do sentido consiste assim em recordar ao homem que esse sentido é o seu próprio sentido e, portanto, convidá-lo a prosseguir essa compreensão de si mesmo pela qual o homem ‘de tarefas infinitas’ já se definia na aurora da filosofia grega* (DARTIGUES, 1992, p. 91).

A atitude fenomenológica é, portanto, de abertura para a expressão das alteridades, de vivência do mesmo espaço intersubjetivo do seu interlocutor.

Na trajetória da busca das essências, do sentido a ser evidenciado na experiência do sujeito ou do grupo, tenta analisar esse “mundo-vida” em termos de experiência vivida

---

<sup>12</sup> Atitude do pesquisador ao colocar os seus pressupostos - valores e crenças - entre parênteses, para a captação da intuição originária de vivência de consciência do indivíduo na situação de pesquisa.

(MARTINS, 1990). Assume, portanto, a postura de não neutralidade, e não estará à procura de fatos que possam ser encontrados e controlados, portanto, podendo objetivá-los, traçando sua rede de causalidades. Desta forma, o social não é de modo algum objeto do conhecimento, pois é apreendido como vivido e a esta vivência cabe uma interpretação, uma revelação de sentido, pela intuição originária de vivência de consciência do pesquisador que se põe em relação dialógica com seu objeto.

A este fluxo intersubjetivo e mundano, a que se refere a fenomenologia, é de bom alvitre analisar que, para as instituições sociais de uma dada cultura, convém uma referência de base da estrutura de personalidade dos indivíduos constituídos neste espaço. Esta relatividade é inevitável ao nível da compreensão e funda toda a possibilidade de uma apreensão sociológica realmente científica, perfilando-se a uma classe fundamental de ciências eidéticas descritivas (LYOTARD, 1954).

A fenomenologia, insurgindo-se contra toda a fundamentação da produção do conhecimento pela experiência empírica e objetiva, irá fundamentar as teorias e problemas das Ciências Humanas, como o objeto das Ciências Sociais, a partir do método eidético-descritivo, que possibilita passar da facticidade contingente do objeto ao seu conteúdo inteligível em sua perspectiva mundana. Desta forma, não há possibilidade de se alcançar o que é mundo, sem que, simultaneamente, se compreenda a existência humana; mundo e existência estão correlacionados (ARANHA, 1997).

A desnaturalização do indivíduo funda a possibilidade de uma *socialidade viva*, que encontra no seu contexto a personalidade de base do grupo, pela própria expressividade de ser, e faz com que os homens coexistam efetivamente. O indivíduo não existe como entidade

específica, pois significa o social, encarna o mundo, constituindo-o e se constituindo. Não há mundo sem uma consciência que o intui e não há consciência sem um mundo que necessita ser intuído, descoberto e compreendido.

O legado das raízes durkheimianas nas Ciências Sociais constitui para a fenomenologia mais do que um problema metodológico, pois se revela como uma questão ontológica; antes de construir as relações sociais por abstração, como se lá estivessem de forma natural, alvo de duras críticas de Husserl - o sociologismo - devemos com a redução eidética construir o conhecimento no decurso da exploração dos próprios fatos e também na sua constituição. Toda a compreensão do saber antropológico exprime a relação fundamentalmente com o outro; noutras palavras, exprime a existência de um sentido daquilo que estuda relacionamente.

O legítimo método científico nas Ciências Humanas deverá levar à compreensão do homem pelo próprio homem. A relação pesquisador e pesquisado é uma relação entre homens. Então, toda a Sociologia contém em si uma “socialidade originária” - relação pela qual os sujeitos se dão mutuamente. Antes de qualquer sistematização do social pelo pensamento, é legítima a produção do conhecimento sobre as amplas bases da vivência. Esta “socialidade originária”, como campo de todo o saber antropológico, carece de uma interpretação, pois acreditamos não podermos apreender positivamente a vivência do outro - um outro apto a experimentar vivências para si.

Este outro aparece à minha consciência pelo influxo intersubjetivo de uma consciência doadora de sentido no mundo. Estas experiências do outro só podemos viver como um outro diferente de nós. A expressividade e a compreensão de uma alteridade só são possíveis para aquele que observa se este não é para si mesmo uma pura transparência. Em outras palavras,

quanto mais o pesquisador se reconhece em sua singular diferença, maiores serão as possibilidades de realizar a redução fenomenológica como método de apreensão da realidade e produção de conhecimento.

Para uma Sociologia fenomenológica comprometida com a originalidade do conhecimento, cabe uma interpretação deste interjogo de subjetividades mundanas, a fim de esclarecer os próprios fundamentos da Ciência Social. Não se trata de suprimir a objetividade da ciência, mas de fazer dialético o paradigma da ciência *no-mundo-da-vida* (LYOTARD, 1954).

*É preciso descer abaixo do pensamento do outro e reencontrar a possibilidade duma relação originária de compreensão; sem isso, os próprios sentimentos de solidão e conceito de solipsismo deixarão de ter qualquer sentido para nós. Devemos, por consequência, descobrir, anteriormente a qualquer separação, uma coexistência do Eu e do outro num mundo intersubjetivo; neste terreno ganha sentido o próprio social* (LYOTARD, 1954, p. 78-9).

Para DARTIGUES (1992), a fenomenologia tem uma dupla tarefa: a primeira de explicitar, descrever o objeto das ciências como vivido - fenômeno - resgatando-o do solo ingênuo da pura aplicabilidade de metodologias de análise, sem uma intenção que o anima. A segunda tarefa é iluminá-lo, exercício da atividade compreensiva, realizada por uma consciência encarnada-no-mundo, que se apoia na própria atividade vivida que funda as descrições eidéticas, as quais refletirão luz às racionalizações científicas.

*É das profundezas da vida que o precede e o envolve que vem o pensamento, estando entendido que suas construções não conseguirão jamais conquistar e esclarecer perfeitamente aquilo que constitui sua própria fonte* (DARTIGUES, 1992, p. 65).

O ser-no-mundo tem um mundo a revelar. Ao descobrir o mundo, descobre-se a si mesmo, daí o compromisso inalienável da fenomenologia com a existência, que se revela, também, como uma ontologia (RIBEIRO JÚNIOR, 1991).

Não existe um mundo em si, mas muitos mundos humanos, mediante as consciências que se co-originam e os fundam para si. Intersubjetivamente, o pesquisador fenomenólogo irá apreender estas vivências, fundando-as, também, mediante o seu estar-no-mundo, interpretando-as e a elas dando sentido na pontualidade de sua atualidade existencial.

MINAYO (1996) teoriza esta temática, conservando a mesma essência do método eidético-descritivo, quando sugere que as categorias empíricas (vivido) em evidência, se devem entrecruzar com as categorias analíticas (teoria) eleitas pelo pesquisador para iluminar o seu objeto visado. A escolha da teoria não é aleatória e muito menos descomprometida em relação à suas posições político-ideológicas.

Contudo, entramos em pontos dissonantes, quando examinamos a literatura vigente em pesquisa qualitativa em saúde, ao referenciar o materialismo dialético como sendo o fundante de uma epistemologia qualitativa de pesquisa. Acreditamos que, sob pena de descaracterizar o seu objeto, impedindo os seus múltiplos devires e incorrendo numa leitura errônea da fenomenologia, negando a sua dialética própria contida no método, a literatura na área nos faz refletir sobre o **qualitativo** a que se refere.

O materialismo dialético é uma das abordagens teóricas do social, admitamos, hegemônica no campo da saúde coletiva, que interpreta a realidade vivida, mas, conforme assinala MINAYO (1996),

*(...) no que tange ao instrumental prático para o trabalho empírico, mostro que a abordagem dialética não o tem elaborado. Ela deve, então, apropriar-se da experiência funcionalista e fenomenológica e, ao incorporá-la ultrapassar-lhes as premissas e pressupostos. Sua superioridade se mostra também pela capacidade de abranger as verdades parciais das outras correntes e superá-las (MINAYO, 1996, p. 253).*

Acreditamos que nesta passagem se deflagra o engano de uma leitura ingênua da fenomenologia como sendo em si puramente um instrumento, e tem destaque a abordagem dialética como uma epistemologia fundante da pesquisa qualitativa no campo da saúde, sem apresentar em seu construto uma metodologia própria, que, segundo a autora, *é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (MINAYO, 1994, p. 16).*

Outros recortes da produção teórica da mesma autora levantam questionamentos se o que é apreendido no campo da saúde por fenomenologia tem suas bases filosóficas e epistemológicas em Husserl e recuperadas por Heidegger e Merleau-Ponty. Noutras palavras, estes fenomenólogos contemporâneos avançaram nos conceitos originários de Husserl e apresentam novas perspectivas, redimensionando a relação sujeito-objeto. Estes incorporaram no pensamento fenomenológico do século XX, conceitos centrais na compreensão da existência humana como homem-mundano e intersubjetividade, restaurando e inaugurando, assim, uma fenomenologia fundada em princípios hermenêuticos, a partir da postura radical da apreensão do outro através da subjetividade de quem capta e o reproduz (REZENDE, 1984).

MINAYO (1996), ao nosso ver, desloca esta compreensão, quando menciona que,

*(...) como se pode concluir, na fenomenologia há um curioso desconhecimento dos fenômenos estruturais e uma ausência de discussão sobre as questões do poder, da dominação, da força, da estratificação social. Sua abordagem atomiza a realidade*

*como se cada fato ou grupo constituísse um mundo social independente* (MINAYO, 1996, p. 58).

Não é tarefa da fenomenologia, necessariamente, realizar uma leitura transversal do vivido, apodicticamente evidenciado, pelas forças excludentes do capital acumulativo e estratificador. Não há atomização da realidade e sim pluralização do vivido captado para ser interpretado por uma consciência doadora de sentido; a fala dos atores sociais ganha vivacidade, na medida em que transita pela vivência do pesquisador que visa ao seu objeto e plasma o seu significado.

*Com relação ao arcabouço teórico, a principal crítica marxista é de que a estrutura social é captada de forma unilateral pela fenomenologia. Ao enfatizar a autonomia dos indivíduos, dos pequenos grupos, dos sistemas de crenças e valores, os fenomenólogos desconhecem as bases sociais dos valores e crenças e o caráter de totalidade, historicamente construído, das relações de dominação econômico-política e também ideológica do sistema capitalista* (MINAYO, 1996, p. 62).

Como mencionado, é na *socialidade originária*, onde a linguagem oferece significação à interação social, que é possível pensar numa ciência do social realmente científica, pois recupera a anterioridade do fenômeno dialeticamente construído e que o sociologismo, criticado por Edmund Husserl, naturaliza os fatos sociais e se reveste dos dogmatismos das ciências naturais.

*Concluindo, cremos que os questionamentos da teoria fenomenológica no campo da saúde têm sido fundamentais e podem ser recuperados dialeticamente na medida em que se articulem suas análises às bases sociais de produção dos sistemas econômicos, políticos e ideológicos. Porém sua visão unilateral que absolutiza os valores e crenças dos grupos e a autonomia do indivíduo sobre a sociedade acaba por*



*gerar o que nega desde o início: a assimilação interessada do Estado de suas propostas éticas e morais* (MINAYO, 1996, p. 63).

A visão “multilateralizadora” da proposta da fenomenologia poderá ser abordada com propriedade pela sua radicalidade original, pelo campo da saúde, na medida em que possa promover uma “desintoxicação” deste discurso, volatilizando-o, abrindo espaço para criar outras possibilidades de abordar a realidade, e não viciar e tendenciar as interpretações *a priori*, num único modelo expresso pelas leis do econômico, da mercadoria e da ideologia política.

A fenomenologia, portanto, a modalidade fenomenológica de conduzir pesquisa qualitativa por ser eminentemente hermenêutica, propõe uma dialética polissêmica, uma dialética simbólica; no símbolo se aglutinam muitos sentidos, excluindo a possibilidade de interpretações unívocas (REZENDE, 1984).

Julgamos pertinente com esta discussão **situar o campo epistemológico em que nossa pesquisa foi realizada**. Para tanto, é necessário esclarecer o nosso reconhecimento e validação da produção teórica em pesquisa qualitativa em Saúde Pública, haja vista nossa inserção neste campo para a realização de nosso estudo. Com isto, utilizamos conceitos e pressupostos oriundos deste campo específico para a estruturação do desenho da pesquisa e arcabouço metodológico. Noutras palavras, acreditamos que o estado da arte neste campo, responde satisfatoriamente quanto à proposta de ruptura epistemológica, que o situa à parte do campo da matematização, e nos procedimentos de aproximação da realidade humana a ser investigada. A literatura hegemônica neste campo assume os pressupostos fenomenológicos para dar conta da situação dialógica sujeito-objeto na fase de campo mas exclui esta abordagem para a interpretação das realidades apreendidas.



Entretanto, o nosso objetivo com estas reflexões teórico-metodológicas é possibilitar a adequação da abordagem fenomenológica como modalidade de condução de pesquisa e, simultaneamente, possibilitar a abertura para a interpretação polissêmica dos dados empíricos coletados de nossas informantes. Assim, assumimos o solo epistemológico que ancorou o estudo, ao nos aproximar no que MARTINS & BICUDO (1994) denominou de *Análise Contextual* (p. 39).

A nossa opção por esta “moldura” nos parece mais adequada com à proposta de investigação numa perspectiva interdisciplinar, conforme delineamos em nosso quadro teórico. Assim, estamos cônica da possibilidade de abertura analítico-interpretativa, através da *epoché*, para o fenômeno brilhar em toda a sua intensidade e ser compreendido em todas as suas múltiplas possibilidades.

Entretanto, não nos filiamos às categorias analítica-existenciais de fenomenólogos contemporâneos para interpretar o material empírico. Adotamos a postura fenomenológica que em si, se desdobra na redução fenomenológica, justamente por possibilitar à abertura interpretativa do que emerge do campo e, também, propiciar a leitura do vivido a partir da subjetividade do sujeito que investiga, o pesquisador - espaço este, eminentemente, intersubjetivo (MARTINS & BICUDO, 1994). Desta forma, o leitor se deparará no capítulo de análise com a conjunção de categorias analíticas advindas das diversas áreas do conhecimento científico. Compreendemos que nosso objeto de estudo se mostrou complexo o suficiente, para admitir uma outra leitura que não fosse pluridimensional. A tessitura analítica empregada em nosso estudo nos fez revisitar conceitos da Psicologia do Desenvolvimento, Psicanálise, Comunicação, Nutrição, Antropologia, Psiquiatria, Sociologia, Epidemiologia etc.

Acreditamos que não esgotamos as possibilidades de leitura e, possivelmente, de ultrapassagem do que foi, até aqui, elucidado. A versão da realidade apresentada neste estudo, se insere numa perspectiva de apreensão, que não pretende ser a única verdade, pois a compreensão do fenômeno não se esgota nunca (FINI, 1997). Portanto, aguardamos pela superação dialética inerente ao processo de construção do conhecimento.

Ao optarmos por este caminho metodológico, nos aproximamos da modalidade de pesquisa qualitativa que MARTINS & BICUDO (1994) nomeiam como *trajetória que envolve um delineamento complexo* (p. 29). O sujeito da investigação busca na descrição o conteúdo específico dos fenômenos de forma a ser fiel aos dados transcritos. Focaliza seus aspectos fundamentais, representando o fenômeno em sua totalidade, através de agrupamentos. As partes significativas são destacadas por “temas” ou “perspectivas da investigação” a fim de condensar as “unidades de significação”. Desta forma, as proposições ontológicas, teóricas e epistemológicas são consideradas à medida que, estejam representadas na significação dos fenômenos evidenciados. O que implica, nesta modalidade específica, a possibilidade de se realizar uma *Análise Contextual* (1994, p. 39).

Nossa forma de situar o manejo dos dados empíricos também se aproxima do que CHAVES (2000), nomeia *Fenômeno psicológico como objeto de estudo transdisciplinar* (p.5). O autor problematiza o processo de subjetivação individual a partir de seus referentes culturais, produzidos pelas relações sociais dos indivíduos numa dada sociedade. Argumenta sobre a intercomplementariedade dos conhecimentos da Antropologia, Psicologia e da Sociologia a fim de contextualizar o fenômeno psicológico para além de seus aspectos subjetivos estruturais. Para tanto, o autor assinala que os conhecimentos das áreas das Ciências Humanas são

fundamentais para circunscrever a manifestação individual do comportamento, em contextos concretos. Expõe, ainda, a sua compreensão de subjetividade humana a partir da atividade do indivíduo, agente e auto-construtor de si mesmo, num contexto cultural de relações sociais nos quais está inserido, sendo estas relações, dependentes de práticas histórico-culturais desenvolvidas pela sociedade:

*(...) fica claro que não se pode compreender a subjetivação individual sem considerar o processo de construção da subjetividade coletiva e vice-versa. Não existe, portanto, a possibilidade quer seja para a Sociologia, preocupada com os processos de socialização, quer seja para a Psicologia, preocupada com os processos de subjetivação individual, de construírem conhecimentos isoladamente. Na verdade as duas ciências tratam do mesmo processo, enfocando momentos diferentes dele na relação de reciprocidade entre indivíduo e sociedade (CHAVES, 2000, p. 5).*

Concordamos com Chaves quando diz que, *as diferentes áreas do conhecimento sobre o comportamento humano são complementares* (p. 09). Desta forma, acreditamos que a pesquisa qualitativa na Saúde Pública, cuja matéria prima é a subjetividade humana, deve se ancorar numa abordagem epistemológica que inclua diversas áreas do conhecimento para o esclarecimento do seu objeto específico de estudo.

Com isto, a atitude fenomenológica e conseqüentemente os pressupostos da redução fenomenológica é o instrumental capaz de permitir a apreensão desta realidade multifacetada em sua essência.

Aquilatando nossas proposições epistemológicas e, “arrematando” nosso percurso metodológico nos aproximamos das teorizações de TESCH (1995), epistemóloga americana, que aponta, numa recente revisão as principais modalidades de pesquisa qualitativa, até então, disseminadas pela literatura científica. Afirma a inadequação do termo empregado - pesquisa -

e defende a idéia de concebermos esta tradição, como uma abordagem, uma epistemologia qualitativa. A autora menciona a pluralidade de termos utilizados para nomear tal perspectiva; considerando secundária a preocupação com rótulos. Refere-se, ainda, à importância do emprego da abordagem qualitativa para investigações, cujos dados não podem ser expressos por números e que, inclui, até, informações que não podem ser expressas por palavras. Por conseguinte, conclui, que tudo o que é produzido e expresso pela subjetividade humana pode ser estudado pela pesquisa qualitativa.

Em síntese, nosso estudo vai ao encontro das propostas colocadas pela fenomenologia, articulada a uma *análise contextual*, e que encontra correspondência em muitos aspectos com o que BARRY (*apud*, TESCH, 1995) denominou de Fenomenologia Hermenêutica. Por último cabe ilustrar com uma citação de TESCH (1995) a polivalência dos termos empregados em pesquisa qualitativa, mas que convergem para a mesma fonte - aproximação da realidade subjetiva dos atores sociais pela descrição, redução e interpretação.

*Some terms describe the perspective qualitative researches adopt (for instance 'naturalistic', 'interpretative', 'experiential', 'clinical') or the tradition in the field on which they base their stance (such as 'ethnography', 'phenomenology', 'symbolic', 'interactionism', or 'ethnomethodology'). Other terms refer to the research approach used ('discourse analysis', 'case study', 'action research', etc), or merely to the type of data, method, or research location ('document study', 'participant observation', 'field research', 'oral history') (TESCH, 1995, p. 58).*

Desta forma, situar-se no método qualitativo é confrontar dificuldades. A classificação das diferentes modalidades, se depara na pluralidade de termos empregados, alguns deles focalizando as diversas modalidades de pesquisa, outros, se referindo à epistemologia do

método, enquanto outros, se voltam para a caracterização da técnica utilizada. Portanto é um campo no qual poucos aspectos são consensuais (TESCH, 1995).

Ilustraremos a seguir, as bases de compreensão que alicerçaram a nossa atitude de investigação frente ao campo da pesquisa, momento este, de encontro e co-afetação de alteridades.

#### 4.1.1 *O Método Fenomenológico na Investigação da Vivência*

A compreensão da natureza humana - que o referencial fenomenológico-existencial - privilegia é o ser-no-mundo. O homem existe em suas relações com os objetos e os seres vivos do seu mundo. O ser-no-mundo é uma estrutura originária e sempre total; é o modo básico do ser humano existir que implica um projeto de existência a ser realizado, movimento dinâmico, único, eminentemente relacional (FORGHIERI, 1993; MAY, 1986).

Existir é estar em constante processo de construir a si mesmo e o seu mundo. Mundo e ser constituem estrutura única e total. Isso significa que o ser humano somente se revela através das suas relações com o mundo, portanto, a existência implica constante mudança que, desencadeada pelo encontro com o outro, revela a cada instante, a identidade e a alteridade de cada ser-no-mundo.

Os conceitos de “intencionalidade da consciência” e “intersubjetividade” inauguram uma compreensão do mundo e da produção do conhecimento. Neste momento, não se pode mais pensar em cisões do tipo corpo e mente, sujeito e mundo. Só nos cabe reconhecer a relação indissolúvel entre sujeito e mundo e ver a produção do conhecimento como resultante dessa constituição mútua onde um se situa a partir do outro. A unidade atual é o sujeito -

mundo, o “*entre*” como nos indica a dialética sem síntese proposta por Merleau Ponty e que implica a permanente tensão processual do vir-a-ser e da interação. Não existe homem sem mundo nem o mundo sem uma consciência para percebê-lo. É na relação com o outro ou na reciprocidade da ação que ambos se constituem.

Sendo o mundo humano um mundo de co-existências, o homem é um ser social que se cria na constante presença do outro (FORGHIERI, 1984).

A temporalidade é a característica primordial do existir, é o âmago da existência. Assim como esta, o tempo deve ser entendido como algo em movimento, onde o momento atual relaciona-se ao que é anterior e posterior. Não corresponde ao tempo físico, cronológico, mas ao modo como cada pessoa vivencia o próprio tempo. A vivência temporal, portanto, sofre as mesmas influências da significação pessoal. Portanto, no existir concreto, há um constante presente impregnado de recordações passadas e de expectativas futuras. O passado é passível de modificação, uma vez que o significado de um acontecimento passa por transformações, juntamente com a história do indivíduo. Noutras palavras, é *o sentido da trajetória do ser que modifica a significação do passado e do presente* (AUGRAS, 1981, p.31).

Segundo FORGHIERI (1993), a existência de cada ser-no-mundo é caracterizada por três aspectos simultâneos de mundo, ainda que este seja vivenciado na sua totalidade:

- 1 o mundo circundante, que é o mundo biológico ambiental;
- 2 o mundo dos seres semelhantes, isto é, o mundo humano;
- 3 o mundo próprio, que corresponde às relações pessoais do indivíduo consigo.

O mundo circundante, o mundo dos objetos que rodeiam o ser humano, próprio de cada organismo, engloba as leis da natureza e seus ciclos, assim como o determinismo biológico que

leva à necessidade de adaptação do homem como forma apropriada de relacionar-se com o mundo. Inclui necessidades básicas, impulsos e instintos biológicos, considerando a realidade individual da pessoa. São as sensações e percepções que mobilizam as manifestações corporais de ser humano. Apesar das limitações ambientais e da própria corporeidade, o ser humano possui condições intrínsecas de superá-las mediante a consciência, que capta as situações que vivencia.

O mundo humano é o mundo das relações interpessoais e inclui o sentido estrutural esboçado nas relações mútuas das pessoas que nele vivem. A essência da relação consiste em que ambas as pessoas mudam ao encontrar-se. Implica a consciência de atenção recíproca que se constitui no sentir-se mutuamente afetado pelo encontro.

O corpo próprio se apresenta como abertura para o reconhecimento do corpo do outro, ao mesmo tempo e que o corpo do outro dá ao ser a percepção do corpo próprio.

A presença do outro afirma ao si-mesmo a sua própria existência. A existência de cada ser-no-mundo é caracterizada pelo mundo humano, pelos seres semelhantes e pelas relações interpessoais.

O mundo próprio, que é o próprio mundo de cada ser humano, não se limita à experiência interior e subjetiva do indivíduo, mas assume um caráter de revelação do significado que cada fato ou cada pessoa tem para o si-mesmo, significando-se inclusive para si-mesmo, atualizando-se no mundo circundante e humano.

Esses três mundos são vividos simultaneamente pelo ser humano, constituído nas suas relações. A capacidade de soltar o tempo, vivenciar o presente, incorporar o passado ao presente e trazer o futuro com suas perspectivas é transcender as fronteiras imediatas do

tempo; é vivenciar o tempo pela regência do gerúndio - estar sendo - o tempo feito presente, é criação, é co-afetação e a esta reciprocidade é que se dá a dinâmica da existência humana (MAY, 1986).

A doença, do ponto de vista fenomenológico-existencial, é considerada um modo de ser-doente-no-mundo caracterizado por uma perturbação da corporeidade do existir humano.

O corpo que somos - expressão de nossa existência - é aquele vivido no dia-a-dia, captado na sua totalidade através de uma percepção pré-reflexiva. Ser um corpo é possuir a dimensão de si mesmo - é encontrar-se.

Pela sua corporeidade, o homem manifesta-se, age, realiza, expressa-se. O corpo é o espaço do homem, é a manifestação da sua individualidade.

O conceito de *corpo vivido*, introduzido por Merleau-Ponty (1999), realiza a distinção entre o corpo vivido, envolvido nos processos de percepção, e o corpo objetivo ou fisiológico percebido como um objeto. O autor sugere que esse corpo vivido funciona holisticamente, não sendo possível localizá-lo em nenhum órgão e que, antes de refletir e conhecer nosso corpo, nós vivemos o nosso corpo e desenvolvemos nossa capacidade corporal para a ação. É na percepção da experiência vivida, homem e mundo constituindo-se reciprocamente, com seus significados polissêmicos, que são adquiridas a identificação do nosso corpo e a construção da nossa imagem corporal. Enquanto vivencia a sua existência, o corpo vivido organiza a si mesmo dentro das condições de seu ambiente. “(...) *as ações nas quais eu me engajo por hábito incorporam seus instrumentos e fazem com que participem da estrutura original do corpo próprio* (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 103). Através desse processo, o corpo vivido adquire um certo estilo de relações com o seu ambiente que se pode chamar *esquema corporal*.



Pela definição de MERLEAU-PONTY, esquema corporal é *uma tomada de consciência global de minha posição no mundo intersensorial, uma forma de exprimir que meu corpo está no mundo* (p. 112). É através de um corpo disponível, o corpo que somos, que o homem está no mundo, atua e se comunica. De fato, a partir da atuação, da disponibilidade para a ação, o corpo significa o mundo e adquire significado.

A doença é um modo-de-estar-no-mundo, na qual o corpo se torna limitado em suas possibilidades. Inscreve-se no curso da existência de todo o ser humano e deve ser vista como sinal da relação do ser com o mundo e consigo mesmo.

O ser-doente, portador de transtornos do comportamento alimentar, encontra nos sintomas físicos a expressão do conflito simbólico. Sua dor tem um significado pré-reflexivo, encerra a vivência do ser: uma vivência doentia que, como toda doença, tem um significado na sua existência.

Ao decidir que a pesquisa terá como objetivo a investigação das concepções e crenças dos portadores de TCAs, optamos, conforme já apontado, pela metodologia qualitativa ancorada nos pressupostos do método fenomenológico, aqui entendida como “análise da estrutura do fenômeno” (MARTINS & BICUDO, 1994), já que essa é a forma de pensamento que mais se aproxima de nossas crenças e valores. Lembrando FIGUEIREDO (1993), *se as diferentes matrizes (correntes de pensamento) refletem e expressam diferentes formas de relações humanas, a opção individual entre as correntes psicológicas é, em última instância, uma questão ética e não científica* (FIGUEIREDO, 1993, p. 207).

Ao optar por esse referencial, procuramos estar cônica de nossa forma de estar-no-mundo, visto que é nesse *locus* intersubjetivo que a significação do vivido desses atores desdobrará na relação com o pesquisador.

FORGHIERI (1993) situa a redução fenomenológica como método de pesquisa qualitativa, aqui ampliado para o campo da Saúde Coletiva, constituindo-se em dois momentos paradoxalmente interrelacionados e reversíveis: **envolvimento existencial** e **distanciamento reflexivo**. Por conseguinte, estes conceitos exemplificam sumariamente o que MARTINS & BICUDO (1994) denominou de *Análise da Estrutura do Fenômeno* (p. 75).

1 **envolvimento existencial**: o pesquisador, neste momento, procura colocar entre parênteses (fora de ação) seus conhecimentos, valores e crenças sobre a vivência que está pretendendo investigar, para então abrir-se a essa vivência e nela se relacionar de forma espontânea, simples, experiencial e profunda. É necessário que o pesquisador possa emergir nesse fluxo experiencial e estabelecer uma sintonia com o fenômeno que se vai configurando ao longo da investigação; despir-se de uma atitude intelectualizada para se voltar, de forma simples, cotidiana, para os *sentimentos e sensações que brotam numa totalidade, proporcionando-lhe uma compreensão global, intuitiva e pré-reflexiva dessa vivência* (FORGHIERI, 1993).

2 **distanciamento reflexivo**: após penetrar na vivência com o sujeito, nela se envolvendo e dela obtendo uma compreensão global pré-reflexiva, *o pesquisador procura estabelecer um certo distanciamento da vivência para refletir sobre esta compreensão e tentar captar e enunciar, descritivamente, o seu sentido ou o significado daquela vivência no seu existir* (FORGHIERI, 1993, p. 60).

Entendemos, aqui, que, ao elaborar descritivamente a vivência, o pesquisador estará utilizando toda a sua forma de existir para interpretar esta experiência à luz do próprio vivido, de suas concepções teóricas, plasmando um modelo compreensivo da realidade pesquisada.

## 4.2 Desenho da Pesquisa

*A experiência ética por excelência: é apartir de um si mesmo, de um em casa bem instituído, reconhecer o outro na sua alteridade irreduzível a qualquer representação teórica.*

EMMANUEL LÉVINAS

Nossa investigação focalizou as concepções e vivências de pessoas portadoras de transtornos do comportamento alimentar acerca de suas desordens afetivas e alimentares e, como percebem as práticas assistenciais recebidas pelos profissionais de saúde para a terapêutica de seu quadro. Para tanto, selecionamos sujeitos do sexo feminino entre 12 e 45 anos de idade, portadores de algum tipo de transtorno do comportamento alimentar - anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno do comer compulsivo ou transtornos alimentares não especificados - participantes de serviços especializados na terapêutica desses quadros. Os critérios de inclusão de nossas informantes, no que se refere a ser portadora de TCA, foram avaliados previamente no ato de inserção no programa de tratamento, visto que, para a constatação do diagnóstico, é necessário passar por uma entrevista clínica de triagem, estruturada no modelo que converge aos critérios diagnósticos do DSMIV e CID10.

Optamos em demarcar a faixa etária entre 12 e 45 anos, devido à referência na literatura especializada e ao dado empírico apresentado em nossa prática clínica, nas instituições que subsidiaram o campo de nossa pesquisa.

Pela tradição qualitativa, a amostragem qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir a sua representatividade. O critério é o aprofundamento da compreensão simbólica do grupo estudado (MINAYO, 1996).

O que delimita o conjunto de atores sociais é a *exaustão*, pela reiteração das categorias empíricas presentes no discurso produzido. Desta forma, uma boa amostragem, é aquela que se mostra suficiente para *objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões* (MINAYO, 1996, p.103).

Seguindo os critérios supracitados, nossa amostra foi composta por 12 mulheres ingressas no programa de tratamento público e privado. Os dados foram buscados nas seguintes instituições:

- Ambulatório de Transtornos Alimentares do Serviço de Saúde Mental do HUWC-FM/UFC - CETRATA, em Fortaleza-CE.
- Serviço privado: consultório psicológico, onde atualmente exercemos a atividade de psicoterapeuta na cidade de Fortaleza-CE.

A escolha do local das entrevistas procurou garantir o silêncio e resguardo do sigilo, situando-se nas instituições envolvidas. Procuramos criar um clima de acolhimento e envolvimento, no intuito de oferecer além da situação de entrevista, um momento de revelações e transformações pessoais da díade pesquisador-informante.

As técnicas utilizadas foram entrevistas não-diretivas e observação participante (eixo em anexo-1). Gravamos em fitas cassetes todas as sessões de entrevistas, com o consentimento

prévio dos informantes e garantimos aos sujeitos total confiança dos conteúdos fornecidos (termo de consentimento - anexo 2).

As entrevistas tiveram, em média, duas horas e meia de duração, somando-se ao total de trinta horas de gravação. Observamos a disponibilidade imediata das depoentes no momento do nosso convite, para participar da pesquisa. Não recebemos nenhuma recusa, fato este que, aliado ao tempo de duração média das entrevistas, nos leva à algumas reflexões. O desprendimento da fala, a colaboração e interesse de todas as informantes, podem estar ligados ao vínculo estabelecido anteriormente à situação de pesquisa. Participamos como membro do corpo clínico do CETRATA/FM-UFC, portanto todas as depoentes desta instituição nos conhecia direta ou indiretamente. As depoentes do consultório particular, mantinham vínculo psicoterapêutico com a pesquisadora, fato este que facilitou a cooperação de todas as informantes envolvidas neste processo.

A observação participante, técnica de origem etnográfica, revelou-se de grande importância, à medida que, somos integrantes do serviço no qual os dados foram buscados, participando do processo assistencial em que nossa amostra encontrava-se envolvida (HAGUETTE, 1995). O registro de fenômenos não-verbais tais como: emoções vividas, gestos e comportamentos, nos pareceu de muita relevância para os propósitos desta análise, incluindo outros elementos não contidos na verbalização das informantes mas vividos no plano subjetivo. As impressões da pesquisadora, produto da co-afetação da situação de pesquisa, também foram registradas num diário de campo e utilizadas no capítulo de análise, destacando, contudo, elementos da interação.

O trabalho de campo teve a duração de janeiro a junho/2000.

A entrevista não-diretiva, eleita aqui como o instrumento que subsidiará nossa investigação, foi importada do campo da Psicologia - entrevista não-diretiva- para a pesquisa social. Os fundamentos teóricos dessa técnica foram originalmente trabalhados pelo psiquiatra e psicoterapeuta Carl Rogers. Ele defendeu o argumento de que através da *empatia* (atitude calorosa de abertura à escuta e afirmação da experiência do cliente), *aceitação incondicional* e uma total permissividade quanto aos conteúdos e sentimentos expressos, sem a formulação de juízos de valores, favoreceria ao cliente o ambiente seguro para a expressão de seus conteúdos mais latentes.

KANDEL (1980) tece algumas críticas sobre a importação deste método pelos cientistas sociais, sem a devida fundamentação epistemológica e adequação de suas bases empíricas ao campo da pesquisa social, que difere substancialmente da seara epistêmica da Psicologia. A autora indica, ainda, que não existe uma abordagem não-diretiva pura e que a crença nessa perspectiva é perigosa, na medida em que o pesquisador que a pratica não têm consciência de muitas de suas implicações.

MICHELAT (1980) privilegia a entrevista não-diretiva como um recurso essencial na pesquisa social na apreensão de sistemas de valores, representações simbólicas, concepções etc., destacando o fato de que a não-diretividade, todavia, é relativa. Informa que o uso do questionário é limitador, visto que, pela estruturação prévia do campo imposta pelo pesquisador, poderá aprisionar o fenômeno então estudado e não multirreferenciá-lo em todas as suas possibilidades de expressão. Assinala que, justamente pela liberdade de interlocução, o entrevistado poderá relatar níveis mais profundos de sua vivência e que nessa dimensão singular e afetiva residirá a possibilidade da revelação do sociológico.

MAÎTRE (1980) concorda com os procedimentos e análises propostas por MICHELAT e acrescenta ao enfoque daquele, o conceito de *ideologia*. Analisa as bases latentes da ideologia como sendo a representação imaginária dos indivíduos, dadas as suas condições de existência. Põe em relevo os aspectos inconscientes que constituem a ideologia e que atravessam a singularidade dos sujeitos. Os conteúdos latentes, contidos na ideologia referentes à estruturação psíquica da vida emocional do indivíduo, tangenciam os fenômenos sociais introjetados. É na interseção da praxiologia social e do mundo simbólico das singularidades que reside a possibilidade do exercício interpretativo-analítico, ou seja, o exercício da hermenêutica.

Ao visualizar o cruzamento dos pressupostos discutidos, concordamos com alguns recortes da produção dos referidos autores. Legitimamos a entrevista não-diretiva como sendo o procedimento da aproximação do material empírico do nosso estudo e elaboramos nosso conceito que balizou a entrada na fase de campo.

Acreditamos que a expressão “não-diretiva” leva a compreensões distorcidas acerca do potencial que o método enseja na realização de pesquisas cujo alvo é compreender as condições de existência humana. A intencionalidade inerente às perguntas iniciais, na abertura do campo dialógico estabelecido entre pesquisador-entrevistado, em si, já tenciona, “aquece” a situação de entrevista. As colocações servirão como fios condutores na ativação de conteúdos latentes que serão relatados livremente pelos entrevistados. O que não contempla o método é a condução dos conteúdos simbólicos dos sujeitos, a fim de encerrar estas vivências no quadro de valores do pesquisador, sob pena de invalidar o discurso e contaminar toda a significação latente contida no material apreendido. Este fato poderá acontecer na utilização de

questionários previamente estruturados, ou o próprio despreparo do pesquisador alicerçado nessa metodologia, com todas as implicações epistemológicas decorrentes.

MARTINS & BICUDO (1994) situam o lugar do investigador na pesquisa qualitativa: defrontar-se com a tarefa de tornar explícita a realidade vivida no cotidiano. Para tanto é necessário que este facilite que o fenômeno se construa sob própria linguagem, ou de outras formas que signifique a sua aparição. O pesquisador não poderá exigir **previamente** que a sua compreensão dos fenômenos e a descrição final da situação de pesquisa qualitativa conformem-se com seus pressupostos metafísicos de causalidade, valores, crenças, *links* com construtos de outras teorias etc. Isso não significa que o investigador, ao adotar o enfoque qualitativo centrado na análise temática do discurso, não tenha concepções acerca do que irá pesquisar. As hipóteses respeitantes ao objeto e a compreensão dessa realidade já se encontram delineadas desde o momento em que o pesquisador se envolve existencialmente com o tema e constrói a pergunta condutora do estudo. Por esse caminho metodológico, o investigador, através da redução fenomenológica, coloca seus pressupostos *entre parênteses* acerca da natureza do fenômeno. Acreditamos ser um esforço sensível frente à realidade defrontada (ADORNO & CASTRO, 1994; OLIVEIRA, 1998); com isso, convidará os indivíduos para que descrevam em linguagem própria como estão experienciando uma dada situação. Espera-se que os indivíduos sejam capazes de acessar em profundidade os contextos e comportamentos da situação que estão vivendo. A polissemia contida no discurso poderá, assim, conter elementos significativos que ultrapassam as premissas do investigador.

A objetividade na pesquisa qualitativa é acessada no momento em que o pesquisador irá descrever/transcrever os relatos. Conformes MARTINS & BICUDO, o pesquisador,



*Ao ver o que iluminou e articulou sobre os perfis dos fenômenos estudados, perceberá que sempre há uma referência essencial às perspectivas que os revelam e compreenderá, então, que ele e o sujeito pesquisado estão dialética e essencialmente ligados (MARTINS & BICUDO, 1994, p. 78).*

E, ainda, OLIVEIRA (1998) nos diz:

*Significa aprimorar a percepção, refinar a sensibilidade, ampliar horizontes de compreensão, comover-se diante de práticas, pequeninas na sua forma, calorosas e desprendidas no seu íntimo (OLIVEIRA, 1998, p. 19).*

Com efeito, a objetividade é assumida como possibilidade de uma intersubjetividade inerente ao método. A descrição/transcrição dos dados não é um ato objetivo de *per se*, mas conjugado pela perspectiva que os apreendeu.

O sentido da objetividade em nosso enfoque advém, à medida que, o pesquisador compreende que *a dialética pesquisador-objeto pode ser compartilhada, então descobrem um sentido da objetividade que é humanamente realizável e cientificamente significativa (MARTINS & BICUDO, 1994, p. 78).*

A fase de análise e interpretação requer sensibilidade para ler o dito e o não-dito, sentir o invisível pelo exercício da hermenêutica dialógica afetada pela alteridade que se abre e se põe a desdobrar-se processualmente. Assim, concordamos com MARTINS & BICUDO (1994), ao afirmarem que, *em termos fenomenológicos, deseja-se que os sujeitos façam uma descrição noemática de forma que as referências noéticas possam ser avaliadas pelo pesquisador; são elas que clarificam e auxiliam-no a interpretar as estruturas vividas (p. 94).*

#### 4.2.1 Organização e Análise dos Dados

O material das entrevistas gravadas foi transcrito para o editor de texto WINWORD 7.0. O conteúdo do diário de campo com as principais impressões da situação de entrevista, também foi transcrito neste *software* e inserido ao longo do capítulo de análise.

O manejo com o material transcrito (entrevistas) e a análise do material discursivo (descrições) que seguimos neste estudo, foi ancorada na proposta de MARTINS & BICUDO (1994) e envolveu os seguintes momentos do método de análise qualitativa do fenômeno situado:

- ordenação dos dados e transcrição;
- leitura individualizada de todas as entrevistas, sem buscar, ainda, qualquer interpretação e apreender o sentido de todo.
- após leitura e releituras exaustivas de todas as descrições, com o propósito de apreender as primeiras unidades de significação, pelo recurso da *impregnação*, passamos à constituição de um *corpus*, contendo as representações específicas do grupo estudado, destacando as unidades de significação e reagrupando-as, de forma que não havia mais entrevistas individuais e sim o conjunto de categorias empíricas contidas nas unidades de significação. Portanto, este foi o produto do entrecruzamento de todas as entrevistas (destacando cada “essência” - conteúdo vivido - correspondente àquela categoria empírica);
- organização dos dados. As unidades de significação foram agrupadas na forma de dimensões da realidade e estas em temas centrais. Pela nossa tradição, trabalhamos o dado não como fato, mas como fenômeno, algo a ser construído mediante a intersubjetividade vivida

entre pesquisador e entrevistado, mediante seu aporte teórico e existencial que iluminará o objeto pesquisado (REY, 1997);

- os temas centrais foram constituídos a partir da conjunção de dimensões, entendidas aqui, como etapas evidenciadas nas descrições dos informantes que revelam um sentido significativo da realidade contida no recorte do objeto da pesquisa.

- O último passo da análise qualitativa *é a síntese que o pesquisador precisa fazer de modo a integrar as unidades de significado transformadas em uma descrição consistente da estrutura situada do fenômeno* (MARTINS & BICUDO, 1994, p.100). Promovendo, simultaneamente, a articulação entre os pressupostos teóricos, aqui delineados pela perspectiva interdisciplinar, com o material empírico (categorias empíricas).

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Parte da literatura em metodologia qualitativa que orientou os pressupostos epistemológicos e as etapas desta pesquisa assinala que, didática e formalmente, a fase de análise começa a partir da transcrição das fitas com os depoimentos de nossas informantes (MINAYO, 1994 e 1996). Entretanto, mesmo na fase de campo, ao finalizar cada entrevista, vivíamos momentos de intensa abstração pelo impacto emocional suscitado pelas depoentes. Nestes momentos, os primeiros nexos e tentativas de compreensão já se faziam presentes.

Ao nos situar numa postura fenomenológica em pesquisa qualitativa em saúde coletiva, é inevitável que o pesquisador, sujeito ativo no desdobramento do vivido dos informantes, assumia radicalmente os aspectos intersubjetivos da dialogicidade inerente ao método. Desta forma, ao longo de cada encontro e a cada finalização, ressoava ao fundo o som de um diapasão. A tonalidade deste som esteve presente em todos os momentos da fase de campo, no esforço para ouvir e traduzir o inefável, visualizar o esboço simbólico e as necessidades de nossas informantes.

Sintonizada nesta orquestração, realizamos primeiramente a leitura transversal de cada entrevista, a fim de nos situar em cada depoimento, ou seja, na apropriação singularizada do material. Logo após, passamos à leitura horizontal a fim de encontrar “os fios de conexão” que poderiam estar presentes nas experiências relatadas pelas portadoras de transtornos alimentares.

Foi levantado um grande número de informações com base na leitura exaustiva do material obtido das entrevistas. Através da busca do sentido de quem sofre dessas desordens alimentares, observamos a homogeneidade dos discursos a partir de três temas centrais que

nortearam a nossa análise e iluminaram a compreensão do nosso objeto de estudo, através da pergunta condutora: Quais são as concepções e vivências de pessoas portadoras de transtornos do comportamento alimentar acerca de suas desordens afetivas e alimentares, e como percebem as práticas assistenciais recebidas pelos profissionais de saúde para a terapêutica de seu quadro?

Os três temas centrais são: a **GÊNESE** do problema, a **CONDIÇÃO DE SER PORTADORA**: um retrato de quem sofre e o **ITINERÁRIO TERAPÊUTICO** na busca da assistência.

Com a intenção de melhor figurar nossos achados, julgamos oportuno, agrupar a reiteração das categorias empíricas dos discursos analisados, na forma de dimensões. Por conseguinte, cada tema central, há pouco mencionado, abriga dimensões específicas que lhe conferem sentido e coerência interna. Desta forma, na seqüência listamos os três eixos centrais de análise, os temas, com suas respectivas dimensões. Achamos também necessário iniciar aqui breve explanação do conteúdo de cada tema, a fim de facilitar ao leitor o caminho interpretativo que nos conduziu à compreensão do nosso objeto até as considerações finais da nossa pesquisa.

O primeiro tema, a **GÊNESE** do problema, abriga as dimensões seqüentes:

**O começo** - ilustramos a forma como se manifestam os primeiros sintomas relacionados à insatisfação com imagem corporal e, simultaneamente, os fatores visíveis que levaram nossas informantes a adotar comportamentos bizarros com a comida no desejo obsessivo pela magreza. Neste patamar inicial, relevamos a importância de sentirem sua condição corporal aceita pela sociedade. Enfatizamos a plasticidade do fenômeno, através da descrição das práticas restritivas/purgativas e os excessos alimentares, nos episódios de *binge*. Articulamos,

também nesta instância, os elementos psicoafetivos envolvidos na estrutura de personalidade de nossas mulheres com os macrodeterminantes sociais envolvidos na cultura ocidental contemporânea.

**O peso da biografia** - Aqui situam-se fatos significativos, momentos traumáticos em suas histórias de vida, que condensam a possibilidade de articulação com a gênese do transtorno alimentar. Aprofundamos aqui o entendimento da psicogênese do problema. Na dimensão anterior, deslizamos pelas manifestações sintomáticas, num plano superficial de visibilidade. Neste, acompanhamo-las na revisitação de suas biografias, encontrando *links* de sentido no seu drama atual. Analisamos o sentido simbólico da comida, como a enunciação de grande metáfora que subjaz ao transtorno. Percorremos fatos traumáticos vividos na infância e adolescência, a solidão nos relacionamentos interpessoais, dinâmica familiar nuclear e transgeracional etc.

**O entorno social** - Analisamos o conteúdo discursivo, à luz dos valores que circunscrevem a contemporaneidade, ao mesmo tempo que buscamos visualizar o impacto cultural nos modos de vida e como nossas informantes incorporam essas mensagens. Avaliamos estas apropriações que, em si, se conjugam à extrema necessidade de se sentirem aceitas numa sociedade que valoriza a exterioridade em detrimento do tradicionalismo. Ao nos filiar, aqui, a um referencial psicossociológico, buscamos compreender a importância da imagem corporal esquelética como o padrão de beleza feminina. Para tanto, analisamos o solo epistemológico que ancorou as configurações sociais da atualidade, ressaltando algumas veiculações dos *media* escritos e televisivos que exemplificam a presença destes componentes na gênese do TCA.

O segundo tema, a **CONDIÇÃO DE SER PORTADORA**, abriga as dimensões:

**O sofrimento psíquico** - Ilustramos como nossas informantes vivenciam o transtorno alimentar, o sofrimento psicológico que as enclausuram numa forma de ser dependente de sua auto-estima, forma corporal e do entorno social. O discurso permeado pela desesperança e necessidade de compreensão, abre a possibilidade de conhecermos suas carências mais profundas e, testemunharmos o tormento que passou ser as suas vidas com o transtorno alimentar.

**O corpo no limiar da subjetividade** - Aqui, entrecruzamos o sofrimento psicológico com seus rebatimentos no corpo. Noutras palavras, descrevemos o “pano de fundo” que as levam aos rituais restritivos e/ou purgativos e, como produto, as seqüelas no campo somático. São “feridas” do corpo mas encontram sua correspondência no limiar da subjetividade. Nesta dimensão, o leitor se deparará com a interface entre o biológico e o psíquico.

Terceiro e último tema, **O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO** na busca da assistência, condensa as dimensões seqüentes:

**A peregrinação na busca da assistência** - A partir do discurso de nossas depoentes, revisitamos diversas especialidades médicas e outros profissionais de saúde, nas quais procuraram a cura de suas “feridas” somáticas. No percurso deste caminho, entraremos em contato com a variedade de sintomas somáticos que justificam a pluralização de especialistas procurados. O tempo dispensado para o engajamento em um programa de tratamento, analisado à luz da história natural da doença, balizou nossas discussões acerca da cronificação do transtorno alimentar.

**A terapêutica X gênese** - Analisamos os procedimentos e prescrições terapêuticas na peregrinação da busca da assistência. Confrontamos o modelo biomédico com as reais necessidades de nossas entrevistadas e, a partir daí, ilustramos as lacunas existentes neste modelo hegemônico que não dá conta das enfermidades de fundo psicossomático. Portanto, aqui, ficou evidente o descompasso existente entre a terapêutica e o peso da gênese do transtorno.

**O modelo interdisciplinar** - Nesta última dimensão finalizamos nossa análise, mostrando como nossas mulheres se sentem nessa abordagem de tratamento, bem como os procedimentos adotados por uma equipe de profissionais especialistas em transtornos do comportamento alimentar, entre eles: psicólogos, psiquiatras, nutricionistas e endocrinologistas/clínicos. Contudo, também, confrontamos este modelo com a gênese dos TCAs e visualizamos a compatibilidade deste modelo com o desafio na assistência, que evoca da equipe cuidadora, um movimento sempre inovador e amoroso no cuidado das pessoas com desordens no comportamento alimentar.

Em síntese, o eixo norteador da nossa análise poderia ser assim representado:

<b>MODELO DE ANÁLISE</b>			
<b>TEMAS CENTRAIS</b>	<b>GÊNESE</b>	<b>CONDIÇÃO DE SER PORTADORA</b>	<b>ITINERÁRIO TERAPÊUTICO</b>
<b>DIMENSÕES</b>	O começo	O sofrimento psíquico	A peregrinação
	O peso da biografia	O corpo no limiar da subjetividade	A terapêutica X gênese
	O entorno social		O modelo interdisciplinar



## 5.1 Quem são essas mulheres ?

Iniciando a análise e discussão deste trabalho, ilustraremos a seguir a caracterização das doze mulheres que compuseram a nossa amostra. As depoentes foram identificadas nas transcrições a partir do número seqüencial da realização das entrevistas.

O quadro VI resume algumas características de nossa amostra, nas quais, acreditamos que, são importantes informações acerca do fenômeno estudado, como procedência e classe social.

As variáveis dimensionadas são: idade, diagnóstico do transtorno alimentar acometido, escolaridade, profissão, bairro residencial, rendimento familiar e se, adolescente atividade profissional do pai e da mãe.

**Quadro VI- Distribuição das mulheres investigadas conforme a idade, diagnóstico, escolaridade, profissão, bairro residencial, renda familiar e atividade profissional do pai/mãe. Fortaleza, 2000.**

INF *	Idade	Diagnóstico	Escolaridade	Profissão	Bairro	Renda familiar	Atividade profissional do pai/mãe
1	36	BN/P/R	2º grau comp.	Func. pública	B. Fátima	05SM	-
2	17	AN/R	2º grau comp.	Estudante	Parquelândia	10SM	Func.públ.
3	31	BN/P	3º grau comp.	Func. pública	Aldeota	>50SM	-
4	14	AN/R	1º grau incom.	Estudante	Henrique J.	06SM	Motorista
5	16	AN/P	2º grau incom.	Estudante	Canindé	>15SM	Autônomo
6	25	BN/P	3º grau incom.	Estudante	Papicú	>50SM	-
7	24	AN/P	2º grau comp.	Telefonista	Por. Barcos	04SM	-
8	19	TANE	2º grau comp.	Secretária	Henrique J.	05SM	-
9	44	TCC	2º grau comp.	Contadora	Papicú	>10SM	-
10	40	TCC	3º grau comp.	Func. pública	Meireles	>20SM	-
11	32	TCC	3º grau comp.	Artesã	Aldeota	>10SM	-
12	45	TCC	2º grau comp.	Dona de casa	B. Fátima	15SM	-

Fonte: Pesquisa, 2000.

INF(\*) = informante

AN/R= anorexia nervosa/restritiva

AN/P= anorexia nervosa/purgativa


BN/R/P=Bulimia ervosa/restritiva/purgativa

TANE= Transt. alimentar não específico

TCC= Transtorno do comer compulsivo

SM= Salários mínimos

 Pacientes do CETRATA

 Pacientes do consultório particular

Como vimos, nossa amostra é bem heterogênea, sendo composta por mulheres de diversas faixas etárias, que vai desde a adolescência até a fase adulta. A diversificação de nossas depoentes, mantendo-se os critérios de seleção anteriormente determinados, possibilita a apreensão de semelhanças e diferenças nas quais poderão permitir maior aprofundamento do conhecimento de nosso objeto de estudo (MINAYO, 1996).

A procedência das informantes juntamente com a renda familiar demarca que, nossa amostra, quanto a estratificação social, também, se mostra bem diversa. Observamos que, as entrevistadas 05 e 07, moram no interior no Ceará, o que sugere que essas desordens alimentares não são, exclusivamente, típicas de zonas metropolitanas e nem pertencentes de classe média alta (NUNES, 1998).

O nível sócio econômico varia desde faixas menos favorecidas (1, 4, 7 e 8) até faixas que ocupam bom nível social (3 e 6).

Quanto a ocupação, nossas mulheres são estudantes, profissionais de nível secundário e superior, e a depoente 12 não exerce nenhuma atividade profissional, é dona de casa.

As depoentes selecionadas do consultório particular diferenciam-se entre si no tange ao nível sócio econômico e idade. Assim, as informantes 1 e 2 são de classes sociais menos favorecidas, se comparadas as informantes 3, 6, 9 e 12. As mulheres selecionadas a partir da assistência pública - CETRATA/FM-UFC, também variam quanto aos estratos sociais e faixa etária.

## 5.2 Algumas reflexões acerca da análise

Julgamos pertinente, além de iniciar o leitor no modelo de análise e seu conteúdo nuclear, tecer comentários sobre alguns formatos, assumidos neste estudo que refletem um estilo singular da pesquisadora. O leitor se deparará com algumas transcrições longas, fugindo assim, do formato convencional encontrado em pesquisas no campo da saúde pública. Por conseguinte, ao se tratar de uma doença simbólica de base psicoafetiva, se tornou impossível evidenciar o material empírico de forma compactada. Vários núcleos de sentido perderiam sua força comunicativa e o seu poder significativo se fossem “editados” por força de se manter fiel à tradição do delineamento em pesquisas, neste campo específico. Tal intento revela-se como uma postura ética frente as 12 mulheres que participaram do estudo e que, mediante a coragem de reviverem as dores de suas biografias, deram oportunidade à Ciência de uma melhor compreensão do seu sofrimento e, simultaneamente, procuraram ajudar tantas outras milhares de mulheres presas na desinformação e na falta de assistência adequada à procura do caminho de “cura”. Frente a isso, não puderam fazê-lo de forma simplificada, mas sim, através do relato de longas histórias.

Também assumimos não editar a parte do marco teórico e da análise que tratam da base psicodinâmica no entendimento dos transtornos do comportamento alimentar. Acreditamos que nosso trabalho está dirigido, não só mas especialmente, aos profissionais de saúde que, pela deficiência nesta área do conhecimento, quase sempre não reconhecem a dimensão simbólica desses transtornos. Veremos no terceiro tema central de nossa análise - Itinerário terapêutico - a urgente necessidade de revisão do modelo biomédico na assistência desses transtornos.

*A História, apesar da dor insuportável que provoca, não pode deixar de ser vivida, mas se for encarada com coragem não precisa ser vivida de novo.*

MAYA ANGELOU  
*On the pulse of morning*

Escrever sobre a **GÊNESE** dos TCAs está para além do percurso de instalação de condutas alimentares patológicas, que nos revelam, de uma certa forma, o modo como, insidiosamente, uma mulher começa a ficar insatisfeita com sua imagem corporal e, a partir daí, a adotar práticas para o controle do peso e forma corporal.

Nesta etapa de análise, estaremos revolvendo o terreno de subjetivação dessas mulheres, consolidado ao longo de suas histórias de vida, quase sempre sofridas e amargas, complexas e intensas. Em outras palavras, tivemos a oportunidade de reviver o peso de suas biografias retratando, algumas delas, com intensa emoção, o drama vivido na infância e os inúmeros momentos em que sentiram sua auto-estima golpeada pelo abandono, pela não compreensão, pela violência etc. São necessidades vividas e não atendidas, faltas sendo acumuladas ao longo do percurso de uma vida que, pela ausência de expressão adequada, buscaram no controle do corpo a única saída para retomar o sentido de apropriação existencial, ou seja, *mulheres usam o ato de comer ou não comer para tentar lidar com seus sentimentos e sua vida emocional* (BUCKROYD, 2000, p. 77). Essa “agenda emocional” ultrapassa os mecanismos reguladores da fome e saciedade. Os transtornos do comportamento alimentar são formas extremadas do relacionamento que as mulheres mantêm com a comida no plano simbólico.

Nossas depoentes relatam o **começo** das dificuldades com a comida e a imagem corporal na adolescência e algumas encontram seus primórdios na infância, quando desenvolviam quadros de sobrepeso/obesidade.

*Eu era forte, na minha infância eu era bem fortizinha eu me achava e toda vida eu fui muito vaidosa, eu me achava assim muito gordinha (Entrevista 05).*

*Eu já nasci com quatro quilos e seiscentos gramas; realmente eu fui um bebê gordo e uma criança gordinha, e eles achavam muito lindo aquela coisa bem estufadinha (Entrevista 01).*

*Começou assim, eu desde pequenininha eu sempre fui gordinha, é como as pessoas diziam aquela gordinha que é bonitinha, as perninha grossa, bumbunção, que quando é pequena assim uns olhares assim engraçado e tudo, mais a pessoa vai crescendo e vai começando a se tocar com aquilo (...), mas eu sempre fui muito preocupada em relação ao comentários das pessoas, quando diziam: 'As filhas do C., àquelas gordinhas' (Entrevista 02).*

*Tudo começou quando eu nasci porque eu já nasci uma criança já gordinha (...) sete anos a mamãe já notava que eu tinha obesidade e que eu tinha que tratar que eu já tinha problemas assim no colégio porque as outras criança ficavam falando (Entrevista 11).*

Confirmando os achados de BUCKROYD (2000), DALGALARRONDO (2000) e MALBERGIER (2000), nossas informantes relatam o **começo** com a preocupação com o peso na infância, embora a adoção de comportamentos alimentares disfuncionais tenha seu início na adolescência. Acreditamos que este fato se deve em parte à internalização de preceitos culturais, já que, nesta fase, a busca pela identidade e autonomia se faz de forma contundente, perfilando-se a isto a necessidade de o jovem se sentir aceito no meio social (MOSCHETTA *et al.*, 1985; BEHAR, 1987 e 1992; MELLER, 1997; SANTACRUZ, 1997; BILLIET, 1977; BAGATTINI, 1998; THE HARVARD MENTAL HEALTH LETTER, 1999).

*A minha vontade [fazer dieta] foi com 15 anos de idade, eu tive muita vontade, toda vida me achavam gorda (Entrevista 05).*



*Eu acredito que isso começou na adolescência entre os 14 e 16 anos aí a frequência começou a aumentar porque eu ou tinha episódios muito longos sem comer a ponto de me sentir mal, assim, dando tipo uma fraqueza (...), ou então ir no supermercado perto de casa e comprar pacotes de pirulitos, chocolates, marshmallow e ficar na frente na televisão e bla, bla, comer compulsivamente (...). Depois de fazer essa salada alimentícia pegava a bebida alcoólica e ingeria, e não era nada agradável esse coquetel então eu ia ao banheiro e isso ajudava, essa dose excessiva no caso que era a gota d'água (Entrevista 01).*

*Essa questão da comida ela veio se evidenciando aos pouco, tanto que assim eu não consigo detectar quando eu era pequena se eu tinha esses episódios (...), eu lembro assim, quando eu comecei a trabalhar que eu passei uma época quando vim pra Fortaleza, engravidei, muito difícil assim de passar fome de privações mesmo seríssimas, então quando eu comecei a trabalhar (17 anos) eu lembro essa questão da comida ficou muito evidente pra mim, é tanto que eu comprava assim três quilos de carne e eu chegava em casa e fazia logo de uma vez só (...), aí depois taria tudo bem se não tivesse a questão dos conflitos de gordura porque eu adorava comer, me sentia bem comendo mas aí já via que tava ficando gorda aí começou o conflito (Entrevista 03).*

*Então a minha adolescência, a minha infância sempre eu tive um medo mórbido de engordar e só depois dos 17 anos foi que eu comecei com a bulimia (...), um dia eu tava assistindo um filme que a minha mãe colocou sobre bulimia e eu num piscar de olhos eu me vi vomitando, desde então eu passei seis anos, aos 17 anos, depois disso eu passei seis anos vomitando (...), mas ao mesmo tempo que eu me olhava no espelho eu ainda me sentia gorda, mas me sentia menos gorda do que assim as roupas já me cabiam, o número da roupa já era menor então aquilo talvez me incentivasse a continuar (Entrevista 06).*

NUNES *et al.* (1995) e BUCKROYD (2000), através do manejo clínico com pessoas com TCAs em equipe interdisciplinar, observaram que, na remontagem da história pela paciente e suas famílias, emerge uma situação-conflito que parece ter desencadeado o problema. A demarcação aponta, algumas vezes, uma circunstância a partir de um fato específico ou a continuação de uma situação traumática, como abuso sexual, violência e conflito na família. Os eventos a seguir são destacados por Buckroyd:

- *a morte de um dos pais;*

- *doença mental ou física, de um dos pais;*
- *a morte de um dos avós que era íntimo;*
- *divórcio ou a separação dos pais;*
- *abuso sexual;*
- *estupro ou assédio sexual;*
- *saída de casa;*
- *o fim de um relacionamento;*
- *a perda de um amigo íntimo;*
- *exames (vestibular, provas escolares etc.) e*
- *provocação ou maus tratos (BUCKROYD, 2000, p. 58).*

Destacamos a seguir a edição de uma parte do depoimento de uma pessoa com bulimia nervosa, em que os seus sintomas de *binge eating* desencadearam-se logo após uma situação de violência sexual, vivida na adolescência e, por decorrência deste ato, uma gravidez não desejada.

*Na época da gravidez do meu primeiro filho, eu era adolescente ainda [16 anos], eu pensava constantemente em suicídio, só que assim, eu não tinha coragem de praticar, então eu facilitava pra que aquilo acontecesse de uma maneira natural, digamos assim, ser atropelada, eu vinha na frente do ônibus solta pro ônibus dá uma freada e eu cair lá na frente, então eu pensava assim, um suicídio naturalmente, se possível (...), eu ia com a intenção de comer 200 gramas e quando saía tinha comido 2 quilos, então eu vi que aquilo ali era uma coisa mais forte do que eu que na verdade era uma doença, e o que me causou impacto foi descobrir que isso aí tava relacionado com a minha história de vida (...). Eu tinha uns 16 anos quando entrei pra faculdade (...), era uma vida tão sofrida que você fica até pensando, o pessoal do interior diz que Deus dá o frio conforme o cobertor e eu acho assim que Deus me dava sofrimento mais na medida que eu podia suportar (...); só que logo no primeiro semestre eu engravidei, conheci lá um cafajeste e no mesmo semestre já fiquei grávida aí começou outro sofrimento (...) ele me chamou pra visitar a família dele e eu fui e cheguei lá não tinha ninguém aí ele começou acariciar e quando eu quis voltar atrás ele disse não agora, até ele disse um diserzinho “ajoelhou tem que rezar” aí foi e eu saí de lá assim meio aterrorizada mais eu era tão....não esperava aquilo (...); fiquei com muito nojo do esperma dele, eu fiquei morrendo de nojo, saí assim inojada (...), foi uma coisa meio assim brusca (...), ele forçou a penetração, eu senti dores (...), e assim no desespero eu esmurrava a minha barriga e ficava assim fantasiando que eu ia perder aquela criança, até que no quinto mês depois de tomar tudo que você passa imaginar de chá, de óleo, de gororoba e eu já não tinha mais esperança de perder a criança*



*(...)Eu ia prá aula e ia assim de ônibus e eu sempre ia na parte da frente em pé porque eu tinha esperança que o ônibus desse uma freada e eu caísse lá na frente e eu andava assim, atravessava as ruas pensando já pra ver se acontecia alguma coisa, teve um dia que eu tive um episódio assim na gravidez, eu comi 12 ovos cozidos a noite, passei muito mal e eu até fiquei animada assim e pensei, será que dessa vez eu vou abortar? Mas eu já tava no oitavo mês (...). O jeito que tem e já a barriga crescida o jeito que tem eu ir no interior e contar a verdade (...), até então eu era a menina que não tinha dado trabalho, comportadinha, tinha ficado na casa da tia direitinho, nunca desobedeci então você imagina pro pai do interior você chega de repente com uma barriga, é o fim do mundo então quase que a casa cai, meu pai bebeu e atirou pra cima [com arma de fogo] e disse que ia se matar e que a culpa era da minha mãe (Entrevista 03).*

Em outro depoimento, o problema foi deflagrado, pelo *continuum* de observações negativas por parte dos familiares acerca de sua obesidade infantil, criando, por parte de nossa entrevistada, grande ansiedade pela atual condição e possível associação de fracassos nos relacionamentos afetivos pela condição da obesidade na adolescência.

*Porque a minha avó falou que...a mãe do meu pai que eu tava muito gorda e tal pros 9 anos de idade, meu peso tava muito acima aí pegou e chegou pra minha mãe 'G. cuida da tua filha que ela tá muito gorda' aí quando foi depois a minha mãe pegou e foi no médico comigo o endocrinologista aí foi só no que deu, esse medo era o que mais me apavorava ficar obesa, com as comparações que vinham fazendo entre eu e minhas primas porque a mãe do meu pai ela faz muita comparação entre eu e minhas primas (...); "oh, tuas prima é magra, tenta seguir o exemplos delas, oh tuas primas vai arranjar namorado porque elas são magrinhas e tu não vai porque tu é gorda, tu já dessa idade já tá usando roupa da tua tia" (Entrevista 04).*

Ampliamos a dimensão **começo**, que na literatura se refere a acontecimentos precipitantes (FIGUEIROA, 1982; MENDEZ & SANCHEZ, 1985; SANTOS *et al.*, 1986; ANDRÉ, 1986; RODRIGO *et al.*, 1990; FALCETO *et al.*, 1993; H GUZMÁN *et al.*, 1994; HALMI, 1999; CALHEIROS *et al.*, 1999), de modo a concluir à importância dada por todas as entrevistadas ao olhar do outro. Nosso intento é ressaltar a relevância conferida por essas mulheres ao fato de como são elas vistas pela sociedade. A auto-estima e imagem corporal

passam a ficar dependentes do como as pessoas as percebem, podendo este fato precipitar condutas alimentares patológicas, bem como mantê-las nos quadros mórbidos. Incômodo, medo, sufoco, e a humilhação constituem os sentimentos vivenciados no momento em que se vêem recebendo alguma crítica em relação ao peso. O medo de engordar e retornar ao *status* de obesidade ou de “gordinha” lhes traz pavor. Algum comentário sobre o assunto é como se, fantasticamente, as reportasse ao passado, quando se sentiram profundamente rejeitadas, humilhadas pela condição corporal. Este estado as levou à fragmentação da identidade por não se sentirem aceitas, à margem do processo de socialização. Vejamos de que forma elas se pronunciaram acerca desses momentos:

*Incomoda muito, porque assim, eu fico alegre quando uma pessoa diz que eu tou magra, porque eu não gosto de comentário nenhum, me veja e fique calada não diga nada mais não, as pessoas chegam e sempre tem que dizer uma coisa, “ah tu mais gordinha, tu mais magrinha” tem que dizer uma coisa, eu preferia que chegasse e ficasse calada, não dissesse nada (...). Eu acho se eu fosse mais gorda, eu acho que incomodaria, onde eu chegasse ia incomodar ‘essa menina é muito gorda’(...); as pessoas até mesmo da família, minhas tias que passavam um tempo sem me ver e quando me viam ‘menina, como a fulana ta gorda!’ Fulana o que é que essa menina ta comendo, não deixa essa menina comer desse jeito que a menina ta ficando muita gorda! (...), qualquer canto que eu vá se uma pessoa olhar é o que eu sinto, eu me acho gorda (...). Toda vida eu me achava gorda mas de tanto as pessoas dizer ‘tu ta muito gorda, tu tem cuidado que a tua família toda é gorda, tu tem cuidado’, aí ficava aquela pressão onde eu chegava ‘J. como tu ta gorda!’ aí eu me impressionei (...). Eu comprava muito num local e toda vida que eu ia experimentar uma roupa uma calça, a vendedora dizia ‘tu ta mais gorda que essa calça não entrou em ti’ (...), é o mesmo que ela tivesse dado uma facada em mim (Entrevista 05).*

*Eu tou vivendo assim, com muito medo, muito medo mesmo em que eu sei assim que eu vou ter que construir uma nova vida porque eu vou ter que me acostumar com o novo corpo, aceitar meu novo corpo que eu tou ganhando e também assim meu maior medo assim é enfrentar as pessoas, os comentários me apavora muito. Assim, ‘vixe, tu ta mais gordinha! Ta mais cheinha, o que foi que houve’, assim esses comentários aí assim eu fico numa dúvida porque quando eu tava magra demais, ‘menina ta doente? o que ta acontecendo?’ Aí recupera uns quilinhos ai ‘ta mais gordinha, ta cheinha’, assim eu tenho medo desses comentários (...). Porque me faz*

*lembrar assim na fase que eu era gordinha que todo mundo ficava chamando de gordinha, é isso meu maior medo eu tá recuperando o peso aí eu fico me lembrando de como era antes (Entrevista 02).*

*Meu pai brigava comigo e tal porque reclamava e eu às vezes o culpava porque ele também era uma das pessoas que também mais me chamava de baleia, as vezes me humilhava na frente das pessoas, porque quando eu era gordinha eu ficava dançando até as pessoas se impressionavam 'olha ela é gordinha mas ela é bem leve, ela dança assim bem solta' só que eu tinha a carne das minhas coxas flácidas e quando eu dançava ficava mexendo aí mangavam de mim por causa disso (...). Prima, tio, tia, pai, todas as pessoas mangavam de mim (Entrevista 04).*

*Eu ficava com raiva porque me chamavam de gorda, eu ficava aborrecida, eu não tava satisfeita comigo, aí você entra em depressão (Entrevista 12).*

Nos casos crônicos de transtorno alimentar, o medo da gordura, de ficar gorda, pode assumir proporções fantasiosas. Nossa primeira depoente (16 anos de períodos intercalados de anorexia e/ou bulimia) relata-nos:

*Eu aprendi isso na psicoterapia porque eu tinha horror a sentar perto de um gordo, horror se um gordo sentasse perto de mim eu achava meu Deus do céu essa gordura toda vai passa pra mim e eu ia embora e enquanto eu não fosse embora eu não sossegava, porque a sensação que eu tinha era aquela coisa gorda ia se soltar dele e ia pregar em mim e ia ficar e ia aparecer no outro dia, é uma fantasia muito pirada mesmo mas é do pânico de engordar (Entrevista 01).*

No mesmo contexto, observamos como, em sua história de vida, fase infanto-juvenil, estar magra evitava entrar em contato com o seu medo de ser discriminada, aspecto recorrente em todas as entrevistadas.

*Só que ficava na minha cabeça era que eu tinha que estar magra porque assim eu ia conseguir mais paqueras, eu ia ser mais ágil no colégio que eu jogava basquete, handball e exigiam muito da gente no esporte e eu sempre me sentia a gordinha, bolota, esses apelidos (Entrevista 01).*

*Eu me alimentava aí tinha que ir pro colégio, né, aí eu ficava só porque eu achei que eu tinha comido aquela quantidade aí eu ficava menina, será que já tão me achando gorda? (Entrevista 05).*

*Na adolescência eu sofri muito com isso porque todas as minhas primas, todas as pessoas e as minha amigas tinham paqueras, namorados e hoje eu vejo que talvez*

*eu não tenho deixado essas pessoas se aproximarem de mim, que eu me sentia muito mal e talvez por me achar feia, gorda, quando eu saía pros canto eu ficava de cara fechada ou mesmo sem olhar pras pessoas e não percebia que pudesse alguém ta olhando pra mim, não me achava digna disso (Entrevista 06).*

Acreditamos que a esta vulnerabilidade, forma de se expressar-no-mundo, atrelada ao modo como as pessoas as percebem, leva-nos a refletir sobre as bases de formação narcísica que subsidiam a constituição da personalidade. Ressaltamos, anteriormente, em nosso quadro teórico, a importância das primeiras relações mãe-filho na psicogênese dos TCAs. As relações vinculares funcionais com o objeto de amor, narcisizante e libidinizador, fornecem a estrutura necessária para o suporte egóico (ROSITO, 1996). Noutras palavras, a qualidade das relações da díade mãe-filho será o principal sustentáculo na introjeção dos elementos formadores da auto-estima e da imagem corporal. Falhas ou distúrbios vividos na fase de separação-individuação, certamente, se refletirão em etapas do desenvolvimento emocional, figurando este uma vulnerabilidade constitutiva na economia dos afetos e, conseqüentemente, estabelecer-se-á uma fragilidade emocional, que será vivida através dos sentimentos de insegurança e de extrema dependência do outro.

JEAMMET (1999) articula os pressupostos de KLEIN (1991), MAHLER (1993), WINICOTT (1997) e VILAS BOAS (2000) ligando-os ao que chamou de “uma problemática do vínculo”. Refere-se à problemática dos conflitos de desejos, típicos da puberdade e da adolescência, substituídos pelas relações originárias do problema do vínculo e do apego com os pais e, mais particularmente, com a mãe. Há um prolongamento da problemática não satisfatoriamente resolvida; esclarece a autora:

*Estas meninas ficaram, para assegurar seu equilíbrio narcísico, excessivamente dependentes do olhar dos outros em detrimento de seus próprios*

*investimentos, em particular de seus recursos auto-eróticos. A puberdade e a adolescência vão desempenhar o papel de um revelador desta problemática de dependência, criando as condições para um antagonismo entre salvaguarda narcísica, ou seja, a salvaguarda da identidade, da auto-estima, do sentimento de continuidade, e a linhagem objetal pulsional, ou seja, a apetência relacional e a necessidade de criar ligações e investimentos (JEAMMET, 1999, p. 43-4).*

Ao entrecruzar estes pressupostos teóricos com as categorias analíticas de ROSITO (1996) e SEPPILLI (1998), ilustradas em nosso quadro teórico, reconhecemos que o advento da adolescência, com todo o seu empreendimento maturacional, é um catalisador que propicia rápidas mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Uma jovem que aparentemente manteve em latência um visível ajustamento poderá, nesta fase, no cortejo de profundas transformações, ser inundada por sentimentos de ineficiência, desamparo e descontrole sobre seu corpo, imagem corporal e sua vida (SANTOS *et al.*, 1986; YAZIGI & NOTO, 1981; FIGUEIRÔA, 1984; MALBERGIER *et al.*, 1989; BUSSE, 1994; ROVALETTI, 1997; AZEVEDO, 1998). Na seqüência, a busca obstinada pela magreza reflete a necessidade de manter-se na forma pré-puberal, o que, na nossa compreensão, expressa a busca pela harmonia anteriormente vivida. Esta necessidade de readquirir o controle perdido, agora, numa outra versão, através do controle do corpo, plasma uma das faces do transtorno alimentar: suas raízes no conflito relacional primário, que são as insígnias do desajustamento da conduta alimentar, tendo como “pano de fundo” suas complexas forças instintuais, arcaicas e primitivas, na relação com o objeto de amor. Vejamos a intensidade desta busca no vivido de quem sofre:

*(...) eu vou ter que ficar muito magra, muita magra nem que eu tenha que morrer magra, prefiro morrer magra do que viver gorda (...). Todas as vezes que eu tou no vaso sanitário eu acho que vai ser a última (Entrevista 01).*

*Antigamente, há uns 4 anos atrás eu taria louca vomitando muito e querendo morrer, eu preferia morrer a ficar gorda (...), pra optar entre a gordura e bulimia se eu tivesse que optar em ficar gorda ou vomitar (...), não tinha problema o que valia era emagrecer ta magra, eu preferia morrer do que engordar (Entrevista 06).*

*Várias vezes, eu achava eu ainda acho não vou mentir não mas ainda acho que a melhor solução pra mim seria morrer porque as vezes eu não vejo uma saída a melhor solução do mundo seria morrer (...). No começo do tratamento, eu não tinha contado isso pros psicólogos pra ninguém do CETRATA, mas no começo do tratamento aconteceu d'eu pegar, por ta muito angustiada, eu pegar um estilete e fazer assim nos meus pulsos chega ficou uma marca só que doeu e eu não fiz mais (Entrevista 04).*

Observamos como nossas entrevistadas se sentiam “golpeadas”, inferiorizadas em situações que denotavam menos-valia. Estas situações nutrem negativamente uma falha narcísica anterior, advinda de estágios anteriores na maturação dos afetos, configurando, desta forma, uma estrutura egóica fragilizada na puberdade e adolescência. O esforço e a necessidade de se sentirem aceitas, com algum senso de identidade própria, superam as suas demandas corporais. Sentem-se desafiadas e engajam-se em comportamentos auto-destrutivos, transformando-os num sentido de ser que, para elas, muito mais que um problema, é uma solução para suas emoções demasiadamente doloridas por não se sentirem aceitas, que constitui, uma das necessidades humanas mais básicas.

*Sim, eu não tinha problema de corpo eu não me preocupava com o corpo mas com o tempo eu fui me preocupando porque as pessoas pegavam quando eu ia entrar dentro do carro do meu tio, meu tio dizia assim ‘oh não entra não porque senão tu vai furar o pneu’ se eu entrasse ia furar o pneu, o carro ia quebrar ou alguma coisa desse tipo, foi brincadeiras desse tipo que me levaram a emagrecer, eu, um dia eu resolvi pegar e emagrecer. Mas antes disso, quando eu tava com 12 anos, eu tava com a bulimia, pelo que eu sei o que é bulimia, anorexia, aos 12 anos eu achava que tava com a bulimia porque eu comia e não sabia qual a forma de emagrecer e eu botava o dedo na boca para provocar, então pelo que eu sei da bulimia hoje eu acho que eu estava antes era com a bulimia (Entrevista 04).*

*Muitas pessoas diziam: “consegue não, do jeito que tu come tu não vai conseguir ver um bolo e não comer”, eu disse: eu consigo, vai ver. Ai, eu fiz mais*



*assim por um desafio, mas vontade mesmo assim de fazer regime, eu me achava gorda mas só que de tanto as pessoas dizerem e chegarem pra mim e dizer que eu era gorda, que eu tava ficando gorda, que eu tava muito forte, eu me impressionei com aquilo, 'será que eu tou gorda mesmo?' eu vou parar por aqui, vou começar uma dieta e toda semana eu fazia uma dieta diferente (Entrevista 05).*

*Assim porque na minha família eu sempre fui muito assim anulada, assim era só minha irmã [um ano mais velha] que podia passar no vestibular, só minha irmã que podia arranjar um namorado, então eu via assim que com essa minha magreza essa doença eu consegui que todos se preocupassem comigo, todos, a minha família todo mundo vindo pra cá então ao mesmo tempo que era ruim eu ta vivendo isso, ao mesmo tempo eu não queria sair (Entrevista 02).*

Os depoimentos, ora transcritos, levam-nos a refletir para um outro eixo complementar de análise. O fato de sentirem-se desafiadas implica uma condição de descrédito, consoante o sistema de valores compartilhado pelo imaginário coletivo de seus membros. Observamos que nossas depoentes viviam sob pressão, por não corresponderem ao que nossa sociedade, hoje, estabelece como modelo de beleza feminina.

Buscaremos compreender os condicionantes de nossa cultura que possam estar envolvidos na gênese do TCA, multilateralizando o campo de análise, até aqui situado numa leitura do desenvolvimento das estruturas de personalidade, buscando articulá-los aos macro-determinantes sociais.

Em nosso quadro teórico, preconizamos a importância de atentar para a necessidade de um olhar sociológico do nosso objeto estudo. Anteciparemos esta discussão, que será retomada na terceira dimensão da gênese do problema - **o entorno social** - a fim de ampliar nossa compreensão das categorias empíricas, até agora ilustradas. Percebemos o movimento “metamorfoseado” desses discursos, ou seja, falas que transmitem, simultaneamente, elementos psicoafetivos e macroestruturais.

Na medida que há a vulnerabilidade constitutiva implicada na gênese, entendida, aqui, como o elemento psicoafetivo, existe, inevitavelmente, uma sociedade que *transversaliza* seus valores, imprimindo no imaginário dessas mulheres as condutas que normalizam suas formas de existir.

Vimos que vários autores, como KUTSCKA (1993), NUNES (1997) e CORDÁS (1998), discutem sobre a importância dos fatores socioculturais na patogênese dos transtornos alimentares que impõem um ideal de beleza, juntamente com o culto às dietas hipocalóricas e ao corpo esquelético.

O ideal de corpo perfeito, preconizado pela nossa sociedade e veiculado pelos *media*, leva nossas mulheres a uma insatisfação crônica com seus corpos, ora se odiando por alguns quilos a mais, ora adotando dietas altamente restritivas e exercícios físicos extenuantes como forma de compensar as calorias a mais, ingeridas na tentativa de corresponder ao modelo cultural vigente, aumentando a pressão da equação: Promessa de Felicidade e Beleza = Consumo (KUTSCKA, 1993).

Discutiremos adiante, na terceira dimensão da gênese, as raízes sociológicas deste processo, recuperando o solo epistemológico em que foram desenvolvidas as idéias da sociedade contemporânea e seus rebatimentos no modelo de beleza feminina, o que nos parece tão obsessivamente idealizado por pessoas que desenvolvem um transtorno alimentar.

Por ora, julgamos necessário assinalar como esses valores estão presentes no discurso de nossas entrevistadas e qual o impacto gerado na subjetivação e percepção da auto-imagem. Consideramos que a forma como essas mulheres se avaliam é balizada, entre outras estruturas já discutidas, pela incorporação dos símbolos sociais aglutinadores dos valores da atualidade.



MAIA & ALBUQUERQUE (2000) assinalam que a sociedade contemporânea é marcada por uma cultura da imagem, em que o instantâneo e a busca de prazer imediato e contínuo, são valores predominantes. Estudam a imbricação entre os meios de comunicação e a formação da subjetividade. Com isto, trazem à discussão a importância dos mecanismos “imagéticos midiáticos” como modeladores da subjetividade, e destacam, ainda, a relevância deste processo no incremento das patologias narcísicas na clínica contemporânea, esta última estudada, neste texto, quando delineamos nosso marco teórico, na compreensão de COSTA (1999).

As autoras planificam suas afirmações, traçando uma crítica na relação entre cultura contemporânea e imediatismo. De uma forma subliminar e invisível, os meios de comunicação e, mais potentemente a televisão, difundem a idéia de que, ao adquirir determinado produto, as necessidades humanas do consumidor serão atendidas. Busca-se, permanentemente, o estado de prazer e alegria sem o mínimo esforço. Para tanto, elimina-se a via dialógica e reflexiva da mediatização para uma comunicação que privilegia o impacto, com apreensão rápida, panorâmica e globalizante do conteúdo transmitido. É evidente que, para isto, o recurso utilizado é a cooptação do espectador através do fascínio da imagem. A consolidação deste movimento nos processos humanos poderá assumir proporções patológicas, pois a dor e a frustração, na cultura contemporânea, não assumem a noção de limites próprios da experiência humana e sim da insuficiência daquele sujeito singular. Veicula-se a idéia de que a imagem ideal de pleno prazer está disponível para todos sem o mínimo esforço, e a quem não adquire o “produto” publicizado só restam a frustração, a incapacitação e a culpa, noutras palavras, *a não*

*concretização desse modelo decorre de problemas particulares daquele sujeito (MAIA & ALBUQUERQUE, 2000, p. 83).*

No horizonte dessas questões, cada produto é associado a um estilo de vida, a uma necessidade humana básica, a um *status* social ou, até mesmo, a um ideal subjetivo. Em contrapartida, com a aquisição desse produto, o consumidor acredita estar adquirindo, também, aquele padrão corporal, aquele *status* social etc. *É no âmbito do fascínio, da hipnose que se encontra o eu capturado na trama imagética da mídia-cultura-contemporânea (MAIA & ALBUQUERQUE, 2000, p. 86).*

Com o desdobramento da cultura do consumo em cultura da imagem, a noção de processualidade fica suprimida pela instantaneidade, marca fundamental da contemporaneidade.

Neste processo de modelagem subjetiva de massa, os aspectos de singularização do indivíduo tendem à supressão, na medida que a imagem é incorporada via fascinação. Por conseguinte, há um enfraquecimento da vontade e iniciativa própria do sujeito pela aderência passiva aos ditames desse ideal. Maia & Albuquerque denunciam o incremento das patologias narcísicas, justamente, no complexo processo de subjetivação numa cultura mediada pela apropriação fascinada de modelos televisivos. Sobre estes fatos, elas explicitam que

*A mídia-cultura é parte significativa da cultura contemporânea e sua importância nos processos de subjetivação não podem ser minimizados. Se levarmos em conta às últimas conseqüências nossa linha de reflexão, corremos o risco de declararmos um adoecimento da cultura. Certamente não é disso que se trata. Mas parece-nos que a cultura contemporânea tem favorecido tanto a emergência de novas configurações psíquicas quanto o incremento de patologias narcísicas (MAIA & ALBUQUERQUE, 2000, p. 88).*

FEATHERSTONE (*apud*, GARCIA & COUTINHO, 1999) introduz a categoria analítica “estetização da vida cotidiana” para analisar a discussão em tela. Refere-se ao culto exacerbado da imagem alimentado pelo consumo e a mídia. O sujeito capturado em sua fragilidade essencial, incorpora o símbolo veiculado num movimento silencioso e sutil. Os sentimentos de identidade e pertença social se apoiam cada vez mais na materialidade, na tendência de perfilar os valores interiores a uma imagem corpórea ideal como marca de identidade numa sociedade de consumo.

*Ninguém tá preocupado em procurar a beleza interior, todo mundo só tá preocupado em ver o que é belo externamente (...), por isso é que tem por aí, uma porção de doido, mas é tudo belo e maravilhoso (Entrevista 09).*

BIRMAN (1999) no artigo *A psicopatologia na pós-modernidade: as alquimias no mal-estar da atualidade*, consagra o fato de que, com as novas formas de sociabilidade a partir da década de 70, o sujeito vem sofrendo um empobrecimento de interioridade para ganhar em exterioridade. O narcisismo hedonista, marca emblemática da atualidade, redireciona o homem para o enaltecimento da imagem, numa “sociedade do espetáculo”. Neste contexto, *a alteridade e a intersubjetividade são modalidades de existência que tendem ao silêncio e ao esvaziamento*. A imagem é a condição da captura do outro pelo fascínio e pela sedução. A produção deste imaginário social se realiza, entre outras formas, pela mídia, seja ela, escrita ou televisiva, dizendo o autor: *a cena pública se desenha sempre pelas imagens* (BIRMAN, 1999, p. 7).

A *exaltação do eu e a estetização da existência* realizadas pelos indivíduos os transformam numa máscara voltada para fora de si, para o cenário social, em forma de simulacro, onde ser e parecer estão na mesma ordem. Nesta tessitura social, afirma o autor,

solo das novas formas de subjetivação, marcam-se as configurações psicopatológicas da pós-modernidade, inseridas numa cultura *do festim diabólico e do exibicionismo* (BIRMAN, 1999).

Compreendemos os TCAs inscritos nesta fratura desalojadora de significação humana, que conjuga aspectos da singularização da vida afetivo/emocional dos indivíduos, mesclados no apelo à teatralidade superficial de nosso contexto cultural. O corpo encarna o social, metaforiza, portanto, o social. As mulheres que compõem a amostra de nosso estudo sentem-se compelidas a responder a este apelo. Visualizamos, então, a possibilidade de um duplo desamparo - o estrutural, na ordem psicoafetiva, e o cultural, em um contexto estético-social.

WAINSTEIN (*apud*, SCAZUFCA, 1998) compreende os transtornos alimentares como uma forma de mal-estar em nossa cultura. O jogo imagético midiático é uma característica do imaginário pós-moderno, na medida que promove a cooptação do simbólico feminino no jogo da sedução pela imperialização da imagem perfeita e idealizada como, por exemplo, a da *top model*.

Desta forma, Wainstein assinala a importância em observarmos o comportamento obsessivo por essas imagens, tão presente em patologias da conduta alimentar.

SCAZUFCA (1998) e BAGATTINI (1998) problematizam os elementos “psicosocioafetivos” implicados na gênese dos TCAs observados na clínica dessas pacientes. Evidenciam, que a conduta patológica com a alimentação, geralmente, tem início depois que a paciente passou a viver em função do controle do peso, com fins de emagrecimento, acreditando, assim, possuir outros artefatos idealizados, como beleza, sucesso etc.

Vimos pois, que a dinâmica do nosso momento histórico fomenta a pseudocrença que o corpo é demasiadamente maleável e pode ser “programado”, segundo as técnicas de

embelezamento disponíveis, tais como: exercícios físicos, dietas, cirurgias plásticas, técnicas de embelezamento etc. Com isto, o corpo perfeito, em nossa cultura, passa a ser oferecido como algo possível, restando para as mulheres que não o conseguem a culpa e a frustração.

MINERBO *et al.* (*apud*, SCAZUFCA, 1998) e MALYSSE (1998) assinalam que o discurso da mulher está muito voltado para o corpo, para o embelezamento externo. Problematizam a inversão deste discurso, na medida em que a beleza deixou de ser um atributo natural da mulher, para ser implacavelmente perseguido. Há o excesso de preocupação com a beleza, que as autoras denominam de *narcisismo militante*. Ressaltam, ainda, o fato de que, com a incorporação desta lógica, *do saudável cuidado com o corpo, pode-se desviar para uma obsessão, para uma patologia da beleza* (SCAZUFCA, 1998, p. 16).

Aquilataremos o que foi discutido verificando como esses valores aparecem no discurso de nossas depoentes, e julgamos oportuno inserir aqui uma pergunta realizada, anteriormente, no marco teórico: O que leva as mulheres a desenvolver uma insatisfação crônica com os próprios corpos, negando um instinto tão fundamental como o da fome, transcendendo este comportamento como um sentido de ser-no-mundo ? Elas exteriorizam essa pressão da seguinte forma:

*Tudo isso começou quando, foi em 98, em maio, eu comecei a notar que estava gorda, tava me achando gorda, eu comia direitinho, normal como todo mundo, ai sempre eu fui assim mais ligada em televisão, ai todas vezes que eu assistia televisão, ai via sempre as pessoas magrinhas, bem-feitinhas e eu me achava gorda e minhas amigas tudo magrinha ai eu me achava baixa, eu me achava feia, gorda* (Entrevista 07).

*Pode até que seja pela moda, pelo estilo que o pessoal ta tendo como bonito agora, porque antes era as gordinhas e agora chegou a vez das magrelas e talvez volte as gordinhas, mas quando voltar as gordinhas eu não quero ser gordinha do mesmo jeito* (Entrevista 08).

*Você vai numa loja, você não consegue comprar uma roupa pra você que é gorda, então isso já é taxado que as pessoas que vai comprar roupa, pessoas que são vaidosas, são pessoas magras, então você ser gorda você não pode ser vaidosa você não pode querer vestir roupa, não tem nem pra comprar. Quando você vê os desfiles de moda, as pessoas tem uma cintura e só tem osso, são muito magras, você vê o padrão de beleza de tudo é a magreza, você nas novelas você vê em tudo são pessoas muito magras, (...) isso passa pra você que você tá errada, você tá fora dos padrões normais (Entrevista 06).*



Figura I - Modelo de Beleza

*Tem, até as vezes quando eu tou assistindo uma novela eu acho, “ah, aquela atriz ali ela é bem magrinha, bem feitinha, ai como eu queria ficar daquele jeito”, até em jornal, revista (...), no meu caso eu quero porque quero ou queria porque queria eu não sei, emagrecer (Entrevista 05).*

Vislumbramos nesta etapa da análise, as seguintes indagações: de que forma essas mulheres poderão expressar suas faltas reprimidas, dores não vividas de uma forma que não se sintam ainda mais ameaçadas ? Como poderão se sentir integradas e de posse de um sentido de vida-no-mundo ? A resposta consoante a nossa compreensão, é de que outros meios serão adotados, menos saudáveis e, como a água, as emoções sempre encontram uma forma de seguir o seu curso. O curso aqui referido são os sintomas que, de forma metafórica, enunciam o seu significado enigmático nas insígnias da dor do corpo como forma de expressar as dores da alma. As práticas restritivas e/ou purgativas assumem a plasticidade do fenômeno, na medida que são os recursos utilizados para alcançar o corpo idealizado, perfeito. Deixemo-las falar por si:

*Eu comecei com anorexia eu já não tava comendo mais nada, eu não comia arroz, não comia feijão, não comia nada passava o dia todinho comendo só fruta, fruta, tinha dias que eu já tava enjoada daquela fruta mais pra mim era uma obrigação eu tinha que comer aquilo, se eu comesse outra coisa...no final de semana eu ganhava assim três quilos brincando. (...) Cheguei do casamento, tinha comido e tudo, ai fiquei pensando e comecei a chorar, “ah, tanto esforço que eu fiz pra emagrecer, comi e já tô gorda”, já me achava gorda, se eu engolisse uma coisa já tava gorda (...)“ah, vou tomar laxante, porque eu tomar um laxante, sai a metade do que eu comi”, ai foi assim que eu comecei a tomar o laxante (Entrevista 05).*

*No self service eu cansei de comer dois quilos, ia lá colocava a comida três, quatro vezes no prato e em casa já aconteceu d’eu comer uma panela inteira de baião de dois, comer uma jaca inteira, comer assim uma melancia inteira também, dez pães, um saco de pão inteiro, era assim quantidades exorbitantes mais a noite eu tive até analisando as vezes eu tenho impressão que eu passava o dia com a tensão e quando era de noite eu descarregava tudo de uma vez só na comida (...),então pra remediar aquele peso no estômago e muitas vezes eu não conseguia dormir de tão cheia, aí laxante (...), em média, por dia, eram três lacto purgas e dois supositórios, normalmente mais a noite, de manhã eu já amanhecia melhor, normalmente eu não tomava café da manhã porque ficava com o peso da consciência que tinha comido muito de noite aí na hora do almoço começava tudo de novo (Entrevista 03).*

*Era uma confusão porque a mamãe no dia que eu não me alimentava de nada eu queria ir pra academia aí minha mãe não deixava mais aí eu queria provar que eu*



*ia, me arrumava e ia a pé até pra academia, (...) fazia aula, teve um dia que fui fazer aquelas aula de estepe ai minha mãe chegou lá pra me pegar porque ela viu que eu tava passando mal mesmo assim tava já pálida as minhas unhas escureceram (Entrevista 02).*

Julgamos oportuno inserir, aqui, uma pergunta que apresentamos na explanação do quadro teórico: como compreender o comportamento obsessivo com a alimentação e o medo de engordar, que levam milhares de mulheres a adotar dietas restritivas e até mesmo a morrer de fome mediante a fartura de alimentos ?

Ao ensejar esta indagação, abriremos a **segunda dimensão** de nosso estudo, contida na perspectiva da gênese do problema, que denominamos: **o peso da biografia**. Observamos ao longo de nossas entrevistas - quando procurávamos compreender a que o problema delas (transtorno alimentar) poderia estar relacionado e quais os fatores que, possivelmente, poderiam estar implicados - a resposta não era uma frase, uma situação. Noutras palavras, não era disposta numa rede linear de causalidade e sim num desabafo, uma catarse que desdobrava em longos relatos de suas histórias de vida. Essas mulheres, de forma corajosa, nos deram a oportunidade de revisitar suas biografias em momentos de profunda emoção. Sentimos que elas aproveitaram este momento da pesquisa para liberar suas tristezas, lembranças doloridas, revoltas, ambigüidades e distorções como a forma de se sentirem ouvidas em meio a tanta incompreensão, desamparo e rejeição. Em alguns momentos, viram-se realizando *links* importantes que deram sentido à forma da manifestação do transtorno alimentar em suas vidas. Algumas fizeram do momento de entrevista um “protesto veemente”, na esperança de que as “ciências da saúde” pudessem compreendê-las, aspecto que veremos mais adiante, na terceira etapa da análise, aqui denominada, **itinerário terapêutico**.



Nossas informantes revelaram com relevância, em todas as entrevistas, a solidão vivida na infância e na adolescência. Descrevem um mundo a que o outro não tinha acesso ou pela sua forma de ser - introvertida, ou até mesmo pela ausência dos pais, física e emocionalmente.

*Eu nunca tive grandes grupos de amigos na escola (...), eu achava interessante, nem com os gordinhos eu me entrosava e nem eles comigo, geralmente os gordinhos eram muito solitários (...) ficava aquela sensação de diferente de se isolar e de ser isolada. (Entrevista 01).*

*Eu tinha que ajudar e não dar trabalho, então digamos assim, pelo fato de ter muitos irmãos menores isso fez com que eu fosse amadurecendo prematuramente, lá em casa eu era a única que nunca gostei de brincar de boneca (Entrevista 03).*

Parece que a vivência, extremamente singular de estar-no-mundo dessas mulheres, as remete a dimensões de solidão por se sentirem incompreendidas e por notarem-se discriminadas, inferiorizadas etc. O fato poderá encerrar uma vivência ligada ao corpo, peso ou situações outras quaisquer que possuam conotação depreciativa. A questão é que, ao longo do processo de subjetivação, foram se aglutinando vivências de intenso abandono. Uma estrutura de personalidade fragilizada pela complexidade das relações objetais, dilaceramento insidioso da auto-estima e dos suportes narcisistas, resultam numa forma de ser fragmentada, cindida com poucos recursos autônomos e identitários.

Nossa primeira depoente fala dessa cisão da identidade, a divisão de sua vida em dois mundos - o bom e o mau, o belo e o feio, acolhimento e rejeição.

*Eu acho que houve uma despersonalização, porque ao invés d'eu brigar pelo meu espaço eu fui me encolhendo dentro da minha casa, eu não conseguia ser autêntica, quer dizer a minha identidade ela já vinha difusa de antes e nessa fase da adolescência ela começou a ficar cada vez mais disforme (...). Se ela (amiga da mesma faixa etária que passou a morar com a família de nossa informante) achasse que aquela roupa não ficava bem, ela tá certa, ela uma vez conversando ela disse assim: Ta bom de tu emagrecer ta muito gorda, por isso que os menino não olha pra ti; E ela era a melhor atleta do colégio (...), enquanto eu ficava nesse conflito mandava brasa a não comer, ai eu comecei a me sentir mal, me sentia mal, sentia fraqueza e de repente*

*tinha uns rompantes de madrugada e corria na geladeira e comia escondido, “ninguém pode ver que eu tou comendo, e se ela me pegar comendo ela vai dizer que eu tou gorda, que eu tou gorda (...), e eu passei a viver a sombra dela (...). Eu tou falando de dois mundos que existe e isso é real na infância, na adolescência, na mocidade, na fase adulta isso é real, hoje pra mim isso é real (Entrevista 01).*

A impressão de uma “ferida” na auto-estima é recorrente em todas as nossas entrevistas. São histórias de vida assoladas por experiências marcantes, estruturas familiares disfuncionais, incestos ou abusos infantis outros. O crescimento emocional não acompanha o desenvolvimento fisiológico, marcando assim outros “Eus infantis” (CUKIER, 1998), originados por circunstâncias indutoras de vergonha, humilhação ou de desconirmação. Desta forma, crescemos rumo à fase adulta, mas guardando os afetos reprimidos de uma criança indefesa.

CUKIER (1998) teoriza sobre o conceito de “criança interna”, como sendo a parte infantil do adulto que ficou ligada às experiências precoces, vividas frente a situações traumáticas, estressantes que limitam as percepções e as escolhas na vida adulta. A autora referida discorre sobre a forma como surge uma “criança ferida” dentro de nós. Aponta para as necessidades humanas básicas que implicam duas dimensões: as necessidades físicas e emocionais. Menciona os cuidados físicos, como sendo alimentação, higiene, saúde, calor, estimulação tátil etc. As necessidades emocionais, com o seu atendimento de forma satisfatória, garante a sobrevivência psicológica do ser humano.

Procuramos enfatizar, à luz dos conceitos tecidos por Cukier, é que a qualidade da provisão dos cuidados físicos, o como será feita, a atitude materna ou do cuidador, frente às necessidades da criança, darão a tonalidade, o colorido, da vida afetiva. Ao longo do desenvolvimento humano, as percepções e escolhas do adulto terão uma matriz afetiva de

referência que se poderá encontrar circunscrita às dores de uma “criança ferida”. Para tanto, é necessário alcançar a complexidade deste conceito, na medida que envolve, com certeza, a própria bagagem afetiva do cuidador. A criança necessita que o cuidador decodifique suas necessidades, e estas passarão, inevitavelmente, pelo campo subjetivo de quem cuida. Com isto, a dinâmica deste processo envolve intuição, sensibilidade e suportes emocionais estáveis os quais fornecerão o eixo de sustentação para o desenvolvimento emocional da criança (CUKIER, 1998). A autora afirma que,

*Sem alguém que possa espelhar as nossas necessidades e emoções, não poderemos saber quem somos. Por outro lado, a forma como essa pessoa decodifica nossas mensagens acaba constituindo aquilo que somos, e ela o faz de acordo com seu próprio patrimônio de vivências emocionais* (CUKIER, 1998, p. 25).

Os primeiros cuidadores funcionam como “pontes relacionais” entre a criança e o mundo. Contudo, Cukier amplia o entendimento de sua teorização, ao mencionar a importância da rede de relações que se estabelecem no entorno da criança. Cita o sistema familiar, os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais como participantes do núcleo gerador da matriz de identidade. Assim, a autora ultrapassa a leitura diádica mãe-filho, ao nosso ver, importantíssima de ser compreendida como uma face do desenvolvimento psicoafetivo, contextualizando os desdobramentos de relações inerentes ao núcleo infantil, e tão importantes quanto as relações específicas mãe-filho e suas idiossincrasias.

*A forma como uma criança percorre sua matriz de identidade é um parâmetro de como será a sua vida adulta* (FONSECA, 1995, p.22). Ilustramos, com esta citação o fato de que a auto-estima de um indivíduo, ou seja, a forma como se reconhece e se valoriza, espelha,

em primeira análise, a maneira como se deram suas primeiras relações estruturantes. Neste panorama, há a possibilidade de prognosticar o futuro de suas relações com o mundo.

Observamos que, nos relatos de todas as nossas depoentes, haviam fatos, demarcados por elas como marcantes em suas histórias de vida. Ao discorrer sobre tais experiências, lançaram pontos de conexão com a gênese de seu transtorno alimentar e sua baixa auto-estima. O vivido traumático nos remete, de alguma forma, à impressão de uma ferida na auto-estima, ou, parafraseando Cukier, o surgimento de uma “criança ferida” no imaginário de nossas mulheres.

Cukier ressalta, através de sua ampla revisão de literatura no tema, a relevância do abuso infantil e as seqüelas para o psiquismo ao longo do ciclo vital. Aponta a devastação emocional daqueles que passaram por situações humilhantes, momentos vividos de intensa vergonha, descrédito, ou o fato de se terem sentido negligenciados em suas necessidades de dependência básica.

Cabe esclarecer que, nos últimos cinco anos, o conceito de abuso infantil vem sendo ampliado pelos pesquisadores que se dedicam ao tema. Recentemente, o abuso infantil limitava-se, quase que exclusivamente, aos casos de abuso sexual infantil - aspecto que será examinado adiante. Entretanto, as observações clínicas denunciam que os mais diversos abusos vividos pela criança poderão imprimir marcas profundas e comprometedoras no desenvolvimento emocional, tão importantes ou até mesmo mais graves do que a experiência de se sentirem molestadas em sua sexualidade. Atualmente, é considerado abuso infantil o desrespeito dos pais na hierarquia da relação pais-filhos, seja não protegendo seus filhos ou não ajudando no seu desenvolvimento (CUKIER, 1998).

A autora menciona alguns tipos de abuso infantil:

1 Abuso sexual - é o que mais envergonha a criança sendo muito mais freqüente do que apontam as estatísticas. Esta modalidade compreende, ainda, outros subtipos de abuso, mas da mesma natureza.

a) Intimidar sexualmente - é o fato de expor a criança assuntos ou cenas de intimidade sexual, sem que ela esteja preparada para decodificar a situação. Cukier exemplifica, com situações. Por descuido dos pais, por exemplo, seus filhos vêem ou escutam suas relações sexuais; a presença de um adulto “voyeurista” e/ou exibicionista que se desnuda ou mostra seus órgãos sexuais à criança; pais que valoram sobremaneira a relação que mantêm com seus filhos, de forma a emitirem mensagens gratificadoras a estes, desqualificando no mesmo patamar a relação com o cônjuge, como por exemplo, pais que deixam clara a admiração pelo corpo de seus filhos, ou que gostariam de ter outra idade para namorá-los, ou que eles são melhores, num elenco de qualidades, do que seus cônjuges.

b) Cuidados físicos - dar banho em crianças mais velhas pode ser a forma de um abuso sexual disfarçado. A autora cita o caso clínico de uma paciente que secava a vagina da filha de dez anos, após o banho, para evitar assaduras.

c) Ausência de informação sexual adequada à idade - não falar sobre a menstruação às suas filhas; dizer que a masturbação traz lesões físicas. Destaca o fato de que crianças muito pequenas, abaixo de oito anos de idade, de alguma forma, acabam percebendo a intenção sexual de um adulto, sentindo-se envergonhadas e lesadas em sua auto-estima. Por conseguinte, pela concretude de seu pensamento e por não conhecerem por completo o significado desta

vivência, acabam sentindo-se compelidas a fantasiar conseqüências terríveis para o seu futuro, com proporções trágicas.

2 Abuso físico - qualquer tipo de punição física, por exemplo: espancar, puxar cabelos, orelhas, beliscar. Cukier especifica, dizendo que a própria criança poderá sofrer estes maus-tratos ou até mesmo presenciar cenas desta natureza com alguém de sua família.

3 Abuso emocional - é o resultado de uma dinâmica familiar desestruturada. Há uma confusão de papéis e ausência de fronteiras delimitadoras entre os seus membros. São filhos que cuidam de seus pais e não o contrário; essas crianças passam a ser as auxiliares de seus pais, cuidando de irmãos menores ou acumulando tarefas que não gostariam de exercer. O medo de perder o amor dos pais, de quem dependem, ou o sentimento de abandono, faz com que essas crianças, precocemente adultas, vivam experiências que estão para além de sua fase infanto-juvenil. Cukier condensa seu estudo, enfatizando que

*Essa criança eficientemente adulta acaba possuindo dentro de si uma criança abandonada e magoada, pois enquanto cuidava tão bem dos pais, suas próprias necessidades infantis não foram satisfeitas nem respeitadas (...), passa a desacreditar das próprias necessidades, julgando-as ilegítimas, e o próprio desejo passa a ser considerado como vergonhoso (CUKIER, 1998, p. 34).*

Concluimos que crianças vivenciando situações semelhantes a essas, ilustradas há pouco, tornar-se-ão adultos que crescerão apenas física e socialmente, mas, em algum momento de suas vidas, reclamarão por sua “criança ferida”. Este pedido de resgate, de reparação da vergonha, da humilhação, sensação de orfandade, poderá ser expresso por algum quadro psicopatológico. Aqui nos situamos no estudo destas implicações no campo dos transtornos alimentares, que, ao nosso ver, conjuga apropriadamente este pedido simbólico de

reparação. Nossas mulheres, através da relação disfuncional com a comida, seja apresentando um quadro caquético ou de obesidade, reclamam, reivindicam, a qualquer preço, nem que seja com a morte, o resgate de sua auto-estima, de seu narcisismo ferido.

Notamos que a superposição de papéis na dinâmica familiar, com a ultrapassagem de experiências próprias da infância, é um dos abusos emocionais que nossas informantes viveram. Este vivido que permeia as biografias de nossas informantes chamamos de a criança no papel adulto. Para tanto, veremos nos relatos seqüentes que a forma como colocam essas vivências plasma suas faltas essenciais.

*Eu acho assim, que até tudo deve ter começado na minha história de vida, de pequenininha, por eu ser a mais velha, então sempre assim, a responsabilidade, eu tinha a responsabilidade maior de dar o bom exemplo, de ser boazinha, de fazer as coisas direitinho, de num responder porque o irmão mais novo ia ter o exemplo ruim da mais velha, de ajudar os pais com os menores, lá em casa e sempre assim, né, comum, os maiores cuidavam dos menores, sair bem na escola (...). Então sempre ia ter a responsabilidade que eu já tava ficando grande, que eu tinha que ajudar e não dar trabalho, então digamos assim, pelo fato de ter muitos irmãos menores isso fez com que eu fosse amadurecendo prematuramente (...), então eu acho que isso fez com que eu crescesse e desenvolvesse a maturidade além do que seria normal. (Entrevista 03).*

*Muita coisa que acontecia era também porque eu era a irmã mais velha e era responsável por três irmãos que vivíamos nós assim, os pais tem que trabalhar dois expedientes e nós vivíamos sozinhos e muita coisa que acontecia errado eu me sentia culpada, porque eu era a mais velha e eu tinha que dar bom exemplo, então eu tinha que cuidar de uma estrutura; eu não tinha discernimento, maturidade pra isso, isso foi o que com oito, nove, dez, onze anos. O sentimento é de criança mal cuidada que tem que cuidar sem ter aprendido a cuidar porque não foi cuidada, é uma coisa meio...é um sentimento de abandono mas de não...exatamente por se sentir abandonada não pode fazer isso com os irmãos, é uma sensação assim (Entrevista 01).*

Com efeito, agora, podemos começar a alinhar e compreender o movimento doloroso de nossas informantes na busca frenética pela magreza, do martírio, ao se submeterem a dietas tão rigorosas, ao fato de viverem ciclos alternados de dietas, compulsão e purgações,

colocando-se em risco de vida, como veremos na terceira etapa de nosso estudo - **itinerário terapêutico**.

É sem dúvida um paradoxo (tão referido na vasta literatura psiquiátrica), pois, mesmo rumo à morte, essas pacientes exibem um comportamento egossintônico, ou seja, bem adaptado ao transtorno. Algumas delas dizem, literalmente, que não têm problema algum, que desejam ficar magras e “pronto”! Outras ocultam seus comportamentos restritivos/purgativos pelo medo de serem impedidas de alcançar seus objetivos.

Acreditamos que a dinâmica do nosso momento histórico fomenta e camufla, simultaneamente, o sofrimento de nossas mulheres. Ao mesmo tempo que cultua e normaliza o padrão corporal feminino moderno, camufla as dores que muitas delas poderão estar sofrendo. Este duplo movimento, sinérgico em sua natureza, acaba por conceber como “normal” muitas condutas patológicas/obsessivas na busca do corpo ideal.

Claro está que nem todas as mulheres têm uma “criança ferida” a reparar e, conseqüentemente, não necessitam a qualquer custo recuperar, através do controle do corpo e da imagem corporal, ou por outra doença simbólica, a dignidade perdida ao longo de sua história.

As transcrições a seguir ilustram vivências de mulheres que sofreram algum tipo de abuso infantil ou viveram situações humilhantes, sentindo-se indefesas ante à tais situações. O sentimento de inferioridade/abandono na infância/adolescência é um dos aspectos contido no primeiro tema central de nosso estudo - **a gênese do problema** e que, conforme vimos, se ressalta na segunda dimensão estudada - **o peso da biografia**.



Por conseguinte, ilustramos com esta temática, recorrente em nossas entrevistas, a importância de uma criança sentir-se valorizada, querida e respeitada em suas diferenças.

*Depois que meus pais morreram fui morar com meu irmão mais velho, eu tinha sete anos. Ele já tinha os filhos dele, minha cunhada me tratava com toda a indiferença, desprezo, me ignorava mesmo, nem falava nada, eu tinha medo de ser abandonada se não me comportasse, meu medo era enorme mesmo de ser abandonada. Aí passei a ser que nem os meninos dela, fazia tudo bem direitinho. Comecei a trabalhar com dez anos na loja, fazia o trabalho bem melhor que os funcionários antigos, quando queria ler um gibí, uma revistinha, era dentro do livro prá ninguém ver (Entrevista 09).*

*A minha mãe morreu eu tinha um ano e dois meses eu não conheci minha mãe (...), eles [toda a família] não aprovavam que a minha avó fosse lá me buscar porque minha mãe morreu e eu tinha que deixar com meu pai, aí minha avó achou que tinha que trazer pra criar porque eu era filha da filha dela, essas coisas toda (...), eu tinha cinco ou seis anos e isso eu nunca esqueci (...), a minha avó estava comigo em Natal na casa de um tio que era considerado tio rico, né (...), então minha avó foi comigo porque eu precisava ser atendida no médico e as coisas eram muito difícil quando eu era menina (...), então me lembro disso que a mulher do meu tio, todo dia tinha a história de um leite, ela mexia aquele leite e me dava e eu chorava, isso eu me lembro direitinho (...), ela botava sal, ela não botava açúcar e eu tinha medo de dizer que tava com sal porque eu era uma criança, e ela dizia 'essa menina enjoada e não sei o que' ela falava bem rápido me lembro como se fosse hoje (...), ela não queria a minha avó lá então eu deduzo hoje que era uma maneira da minha avó ir embora (...), aí meu tio um dia pegou e disse 'me dê aqui que eu quero vê o que esse leite tem' aí ele viu que tinha sal e foi uma confusão, uma discussão (...). Minha avó teve que me levar pra casa da outra tia e que essa tia morava perto desse tio e essa tia era horrorosa mesmo eu não sei ela era malvada (...) Eu sofri muito com ela (...), então de manhã tinha que pegar água lá aí ela me levantava cedinho eu era criança pequena, pequena e pegava um galão assim (...) ela dizia que não podia se molhar e eu me molhava, eu era pequena e puxava a água aqui e água vinha na minha cabeça e eu ficava molhada e o que eu tinha raiva dela não era nem de carregar água, eu era uma criança muito trabalhadora eu gostava de ajudar, era porque ela tirava a minha roupa e tinha uma goiabeira e ela tirava um cipó de goiabeira e batia (...), aí depois ficavam as marcas (...), aí sabe o que ela fazia quando ela via que ficava as marcas? Ela sabia costurar e ela de repente vinha, tinha uma estória de bolero, ele fica bem aqui em cima do peito e ela fez e me fazia ir pra escola com aquilo (...) a irmã começou a perguntar 'por que você tá com esse bolero?' aí eu passei a usar vários boleros, ela fez vários (...) aí as irmãs de pouquinho foram tirando de mim as coisas, aí falaram pra minha avó que tinha que me tirar de lá da casa dela senão elas iam no juizado de menores, deu rolo grande e a minha tia ficou com muita raiva de mim e eu com medo dela né (...), aí eu tinha medo (...) olha ela fazia isso e depois eu tinha que varrer a casa, eu tinha que abaixar de joelho e varrer a casa toda com aquela escova de sapato e apanhar (...),*

*ela me dava cascudo além da surra (...), qualquer coisa ela tava plantando o cascudo, puxava a orelha, ela era muito violenta (...), eu sei que foi muito difícil contar porque eu tinha muito medo da minha tia, aí quando eu contei eu acabei interna nesse colégio (Entrevista 12).*

*Porque eu tenho uma irmã que era muito bonita, ela é três anos mais nova que eu e criou-se uma estória, um clima que ela era a bonita e eu era a inteligente, então aonde ela chegava “a fulana é linda! Que menina linda! Que morena bonita! e essa daqui, essa gordinha aqui. eu não sou bonita e nunca fui uma criança bonita, e existe essa competição, isso me magoava muito (...) então sempre tinha alguém melhor ou mais bonita do que eu (...); isso aí criou em mim um complexo de inferioridade muito grande (...) minha mãe tinha mania de botar nossas roupas iguais eu odiava isso, pra mim aquilo ali deixava assim claríssimo, as roupas iguais, a feia e a bonita, a gorda e a magra, a branca e a morena, então, quer dizer tinha todos os pontos negativos físicos, e isso criou assim uma coisa que só veio aparecer na adolescência (...). Ela não tinha culpa de ter nascido bonita mas eu tinha culpa de ter nascido feia e gorda, uma coisa ilógica mas que hoje, lembrando o meu comportamento, a minha dinâmica, eu funcionava mais ou menos assim (Entrevista 01).*

Veremos seqüentemente, em outra transcrição da mesma depoente, que sua infância foi marcada por vivências de intenso abandono. Adiante, colocaremos em relevo - a marca do abuso sexual - analisaremos a situação monstruosa em que foi vítima de abuso sexual uma criança de seis anos de idade, envolvendo até sexo oral e anal.

*Mais uma vez foi situação de rejeição, tinha uma amiga nossa minha e da minha irmã do colégio e que ela passava de 15 em 15 dias final de semana lá em casa porque meus pais eram loucos por ela, meu pai principalmente (...), ela não tinha pai ela tinha sido abandonada pelo pai, a mãe dela era alcoólatra e eu fiquei com pena, só que meu pai passou a gostar demais dela de uma forma exacerbada, senti, senti [ciúmes] porque eu me senti abandonada por ele ao ponto dele fazer com ela coisas que ele não tava fazendo comigo (...), meu sentimento da época era assim, ele me traiu ele pegou uma estranha e botou no meu lugar (...). Isso daí eu passei a comer ou comer, não comer pra me sentir mal pra chamar atenção dele ou a comer demais e a tomar o gin dele a vodca dele que ficava lá que ele nem tomava (...), quer dizer, aí eu comia demais e tomava, aí dizia vou vomitar, eu mesma me perguntava por que eu faço isso? (...) Eu queria morrer, e ele ficar se sentindo culpado porque ele tinha me abandonado (...). Nós tivemos problemas muito graves de atritos, dele me bater coisa que ele nunca fez, ele nunca tinha feito isso de não me surrar mas de dar tapa na minha cara, de me empurrar, de pegar e me jogar na parede (Entrevista 01).*

*Eu tinha assim uma deficiência visual muito grande, eu comecei a usando óculos com 4 anos de idade com 10 graus, então era fundo de garrafa e o pessoal me chamava de 4 olho, de cega-Aderaldo, então eu procurava compensar essa deficiência com outras coisas, 'eu sou ceguinha, mas eu sou inteligente, mas eu ajudo meus pais, eu sou obediente' (...), agora eu tou vendo isso com mais clareza, mas na época parecia normal aquilo, como se eu tivesse que compensar uma deficiência mostrando que eu era superior a outras coisas e isso terminou crescendo com aquela idéia de que eu não podia ser fraca, que eu tinha que ser forte (Entrevista 03).*

Vimos com o relato acima que esta depoente sentiu-se estigmatizada pela deficiência visual e não pelo estigma social de algum quadro de obesidade infantil. A forma como foi vivida a sua deficiência promoveu uma fragmentação de sua identidade. Sentiu que não poderia ser aceita da forma como era e criou um arsenal de comportamentos para minimizar o medo de ser abandonada, o que corresponde na literatura especializada como a um falso *self*. Á frente discriminaremos, detalhadamente, este conceito, crucial no entendimento do imaginário de nossa amostra. Veremos adiante, em conflitos na dinâmica familiar, que esta depoente (N<sup>o</sup> 03) é filha de pai alcoólatra e sofreu, também, abuso sexual por um membro da família. Teve gravidez não desejada aos dezesseis anos, tendo sido vítima de uma violência sexual.

Cukier nos diz que a criança é vulnerável, devassável, noutras palavras, não possui um sistema de fronteiras capaz de protegê-la. Para tanto, a proteção dos pais é inquestionável para o amadurecimento emocional de seus filhos. Com a falta destes limites entre o “Eu e os Outros”, as crianças, no seu egocentrismo natural, se vêem misturadas ao mundo, “explicando o mundo baseadas em si mesmas”. Por conseguinte, a concretude de seus pensamentos as coloca em situações cuja avaliação é realizada de forma polarizada e extremada: *tudo ou nada, bom ou ruim, agora ou nunca (...). As crianças muito pequenas acham que são o que os*

*outros dizem que elas são, por isso se incomodam tanto com as gozações* (CUKIER, 1998, p. 31).

A mesma depoente avalia o seu problema, compilando suas experiências dolorosas e contextualizando-as na importância da comida em sua vida. Para além de ser um problema de “compulsão alimentar”, era uma saída, uma possibilidade de vida em meio a tanto sofrimento.

Esta informante desenvolveu quadros de sobrepeso/obesidade e, como todas as outras mulheres, procurou os especialistas em emagrecimento à busca das dietas e fórmulas para emagrecer. Adiante analisaremos, na terceira etapa de nosso estudo, o **itinerário terapêutico**, os tratamentos submetidos e os conseqüentes fracassos na busca de uma solução para suas insatisfações com a imagem corporal.

Ante o que até aqui apresentamos, depreende-se facilmente os motivos pelos quais as terapêuticas oferecidas aos portadores de TCAs são ineficazes; elas desconsideram a dimensão simbólica do ato de se alimentar. Ao mesmo tempo que a comida é um “transtorno”, também é uma solução. Parece que a forma que nossas informantes encontraram para lidar com o peso de suas biografias foi “sufocando”, “mascarando” os conflitos com a comida. A relação estabelecida é, em si, ambivalente, mas necessária o suficiente para encobrir a dor de uma “criança ferida”.

Vejamos a forma como referenciam este conflito:

*Hoje eu já vejo como se tudo tivesse entrelaçado, na verdade eu tenho a impressão que tudo começou justamente a partir daí, a partir do momento em que eu fui assim, querendo demonstrar uma coisa que eu não sou, terminei arranjando a comida pra justificar ou pra cobrir uma coisa ou pra sufocar uma coisa, eu num sei exatamente porque, mas a impressão que eu tenho e que assim como um bêbado, uma pessoa alcoólatra, um drogado, ele num procura droga pra fugir daquilo, então as vezes eu tenho a impressão que eu procurei a comida pra fugir dos problemas, de enfrentar os problemas, certa situação que eu não era forte o suficiente, então sempre*

*procurava comida pra assim, desviar, eu num sei, anestesiá, alguma coisa assim, é como se fosse uma maneira de eu sentir satisfação, eu tava triste, mas a comida me dava alegria (Entrevista 03).*

*O que aconteceu comigo, o ponto crucial do meu transtorno alimentar foi exatamente os sentimentos que eu sentia, os meus sentimentos, porque eu acho que se eu não me sentisse tão ruim tão mal como eu me sentia gorda, eu não tinha desencadeado nunca um transtorno alimentar, eu acho que o transtorno alimentar já é isso, você se sentir muito ruim com o medo muito grande de engordar então o meu sentimento era esse e as pessoas que tavam ao meu redor passavam isso pra mim, e lá em casa também desde a minha infância que sempre houve muito atrito, muito problema de relacionamento entre meu pai e minha mãe, eu e minha mãe no início da adolescência pra cá, então eu tinha muito medo de engorda, eu queria esconder eu queria mascarar essas brigas, esse sentimento de tristeza, esse sentimento de angústia pela briga do pai e a mãe, o medo deles se separarem, tudo eu mascarava com a comida então juntando tudo isso num bolo só deu um transtorno alimentar, via as pessoas me cobrando a magreza eu me cobrava mais ainda então esse bolo todo se você juntar dá um transtorno alimentar (Entrevista 06).*

*Só devia ser uma culpa muito grande pra eu assim querer tanto me destruir e ter um processo de destruição tão grande, porque era uma auto-destruição, quando eu chegava lá que ela dizia que o meu limite de massa corporal já tava fora do papel dela [endocrinologista] e que qualquer hora eu podia ter um derrame, a minha pressão tava altíssima, eu tou no limite pra ter uma diabete (...). Me sinto culpada de muitas coisas (...) é tudo um processo familiar, tem o marido no meio que me freia muito, tem meu pai que me freava muito, então assim, passei muitos anos da vida sendo deixava num cantinho assim e você se sente freada, tolhida mesmo, cortadinha as asas, então desde criança é assim e o meu marido, por coincidência, também é do mesmo jeito (Entrevista 11).*

*Meu pai teve uma morte muito desastrosa, ele suicidou-se com 36 anos e eu amava o meu pai, era a pessoa mais importante da minha vida (...), eu perdi ele com 12 anos de idade e eu era assim apaixonada por ele (...), depois que eu perdi meu pai foi de sentimento realmente assim de abandono emocional, eu me sentia muito sozinha. Eu já não me dava bem com a minha mãe porque eu sentia que a minha mãe desde pequena ela me rejeitava, e ela me rejeitava (...). A minha história é tão comprida ....porque eu tinha um irmão que era um ano mais velho do que eu e que morreu afogado com dois anos e meio, pra substituir uma perda, e filho não se substitui, e nessa substituição eu não consegui substituí-lo pra minha mãe porque ela sempre quis ter filho homem, então a gente sempre teve muitas desavenças porque nós somos três irmãs e ela tinha desavenças com as três (Entrevista 10).*



Nesta última transcrição, a compulsão alimentar é o transtorno desenvolvido pela décima depoente, que, hoje, é obesa. Sente-se atraída por doces, em especial leite condensado.

Interessante é observar que, durante o período em que ficou interna em um colégio aos oito anos, tomava leite condensado com farináceos, nas principais refeições do dia. Nossa depoente foi afastada do convívio familiar para não presenciar as brigas dos seus pais, após a morte de seu irmão.

Como veremos, em outro trecho do seu discurso, a seguir transcrito, comer doces, em especial leite condensado, está associado ao alívio do desprazer frente à solidão, perdas e desestruturação familiar. Desde muito cedo, sentiu-se ameaçada de perder seus pais, com a possível separação. Somam-se a isto as perdas, por morte, do irmão e o do pai, que praticou o suicídio.

*Apesar que pra mim naquele tempo seria melhor estar no colégio do que em casa mas eu me sentia só (...), existe o sentimento de perda nessa estória também eu tou sempre assim com medo de perder (...). Eu queria ter uma família estruturada e por conta disso também sempre eu tive muito problema de relacionamento com a minha mãe e sempre quando eu tinha contrariedade eu tinha uma busca dessa coisa de colocar alguma coisa doce na minha boca (...), até hoje em dia é assim (Entrevista 10).*

Conforme podemos constatar, a restrição, o excesso alimentar e as práticas purgativas são instrumentos que subjazem a uma emoção contida, uma insatisfação não resolvida ou a dor dilacerante marcada pelo abuso sexual infantil.

Conforme vimos, esta é apenas uma das modalidades apontada pelas autoras ao tratarem da questão mais abrangente do abuso infantil. A fim de ilustrar a severidade dos sintomas nesses casos, julgamos necessário planificar o que a literatura nos informa, aliada à nossa experiência clínica com essas pacientes. Para tanto, utilizaremos o material gráfico que a

depoente 01 utilizava nas sessões de psicoterapia. Com sua autorização trazêmo-lo aqui, a fim de tornar mais compreensível as vivências do abuso sexual infantil e suas implicações nos transtornos alimentares.

KOLLER & AMAZARRAY (1998), CUKIER (1998) e JUNQUEIRA (2000), através de vasta revisão de literatura na área, nos informa que, entre os abusos infantis, este é o que mais compromete o simbólico das vítimas. Alertam para o fato de que os maus-tratos na infância representam uma doença médico-social e que, atualmente, assumem proporções epidêmicas, tornando-se um aspecto da violência social, principalmente quando este é insidioso e invisível às autoridades.

WATSON (*apud*, KOLLER, 1998) define abuso sexual como qualquer atividade ou interação, que tem como objetivo controlar a sexualidade da criança. Para colocar em relevo um ato abusivo, o autor propõe a observância de três fatores:

- a) A presença do poder coercitivo do abusador sobre a vítima, mantendo-a numa relação indesejada.
- b) O conhecimento diferencial do abusador, assinalado por diferença de idade, maior avanço desenvolvimentista ou inteligência superior.
- c) A gratificação do ato, o prazer vivido, é exclusivo de quem abusa, e qualquer prazer vivido pela vítima é acidental e utilizado, ainda, para satisfazer o abusador.

Segundo GLASER (*apud*, KOLLER, 1998), o abuso sexual é conceituado como o envolvimento de crianças ou adolescentes em atividades sexuais cuja magnitude do ato não é compreendida, conseqüentemente, não estão aptos a concordar. Conclui, afirmando que o abuso sexual é uma relação que transgride as regras sociais e familiares de nossa cultura.

KOLLER & AMAZARRAY (1998) propõem a seguinte classificação para os casos de abuso sexual infantil:

- a) Incesto.
- b) Abuso sexual familiar sistêmico.
- c) Pedofilia.
- d) Abuso intrafamiliar.
- e) Abuso extrafamiliar.

Na classificação acima os subtipos - incesto e abuso extrafamiliar - configuram as modalidades mais fortemente reiteradas nos discursos de nossas informantes, em especial, daquelas que desenvolvem bulimia nervosa purgativa.

FORWARD & BUCK (1989), KAPLAN & SADOCK (1990) concordam com a definição mais ampla de incesto e, atualmente, utilizada pelos principais centros de pesquisa e assistência, no Brasil e Estados Unidos.

O ato incestuoso envolve qualquer contato abertamente sexual entre pessoas com algum grau de parentesco ou que acreditem tê-lo. Desta forma, *se a confiança especial que existe entre a criança e um parente ou uma figura de pai ou de mãe for violada por qualquer ato de exploração sexual, trata-se de incesto* (FORWARD & BUCK, 1989, p. 10).

KOOLER & AMAZARRAY (1998) sustentam que o incesto é um dos abusos sexuais que mais trazem conseqüências psicológicas à vítima, além de ser o mais freqüente em nossa cultura. O que é considerado como devastador, neste tipo, é a “traição da inocência” da criança por pessoas que ela considerava, até então, confiáveis. Além disto, acrescentamos o tabu com que nossos valores culturais cercam o fato e a precocidade de experiências sexuais



vividas pelas vítimas, não se encontrando preparadas fisiológica e nem psicologicamente para o investimento sexual do agressor.

O abuso extrafamiliar, segundo Kooler & Amazarray, preenchem os critérios para abuso sexual em geral, e o agressor poderá estar próximo da criança, em ambientes tais como escolas, creches, lares grupais, vizinhos, amigos da família etc.

O abuso extrafamiliar de crianças acontece em níveis bem elevados. É consenso na literatura considerar qualquer tipo de violação sexual à criança e ao adolescente um ato que envolve as esferas políticas, sociais, psicológicas e judiciais (JUNQUEIRA, 2000).

Este ato não precisa configurar-se, necessariamente, em penetração vaginal, anal ou a presença de seqüelas físicas na vítima. O perpetrador poderá utilizar dos seguintes meios intrusivos à inocência da vítima: beijo na boca, carícias nos seios de uma criança em desenvolvimento, exibição dos órgãos sexuais, exibicionismo, masturbação explícita, expiar a criança nos atos de intimidade, fazer a criança posar nua para fotografia etc. Portanto, *esses atos, embora não envolvam os órgãos genitais da criança, ainda assim são violações de seus direitos, de seus limites e de sua dignidade* (FORWARD & BUCK, 1989, p. 11).

As conseqüências do abuso sexual são múltiplas, compreendendo danos físicos, emocionais, sexuais e sociais (relacionamentos interpessoais). Os efeitos poderão ser devastadores e perpétuos (KAPLAN & SADOCK, 1990). O impacto psicológico deverá ser avaliado pelo grau de severidade e o tempo durante o qual a vítima se submeteu à experiência abusiva.

Dados empíricos ratificam que, quanto maior o tempo de exposição, grau de intrusividade e proximidade do abusador, maiores serão os comprometimentos da criança.

Contudo, o dano psicológico é ainda mais agravado se, na circunstância abusiva, houver o uso de força física pelo perpetrador. A ausência das figuras parentais e o grau de segredo e ameaça impostos contra a vítima, agravam, certamente, as seqüelas emocionais (KOLLER & AMAZARRAY, 1998; JUNQUEIRA, 2000).

Os efeitos do abuso sexual, segundo FINKELHOR (*apud*, KOLLER & AMAZARRAY, 1998) subdividem-se de acordo com as fases significativas da criança, sejam elas a pré-escolar (0 a 6 anos), escolar (7 a 12 anos) e adolescência (13 a 18 anos). Os sintomas mais comuns, nas três fases, são: pesadelos, depressão, retraimento, distúrbios neuróticos, agressão, dificuldades escolares e comportamento regressivo. Esses autores indicam, ainda, que mulheres adultas, sexualmente abusadas na infância, manifestam sintomas de depressão, comportamento autodestrutivo, ansiedade, sentimentos de isolamento e estigmatização, baixa auto-estima, tendência à revitimização e abuso de substâncias (KOLLER & AMAZARRAY, 1998).

*Por conta de outra coisa que eu acho que exacerbou a minha necessidade de expurgar, um abuso sexual aos seis anos, então eu acho que eu já tinha o hábito de comer demais (...), mas quando ocorreu o abuso aquilo tudo passou a ser mais culpa, então eu gostava de comer só que comer já passou a ter pra mim uma conotação de abuso. Com o abuso por ter engolido esperma demais aquilo ali já era um pecado, aquilo ali já era um castigo, então, por exemplo, a minha dinâmica era assim: a mim eram atribuídas tarefas se eu não as fizesse bem feita eu tinha que ter um castigo, esse castigo ele poderia ser dado pelo adulto ou por mim mesma, mas era assim que funcionava, a partir do abuso isso se tornou uma coisa mais contundente, mais forte, mais agressiva. Eu vomitava cada vez que eu era abusada (...), cada vez que eu era abusada, eu vomitava, vomitava esperma (Entrevista 01).*

*Por isso que eu digo que a minha infância foi até aos cinco, ou sendo, depois do abuso aos seis anos posso até colocar que o retorno às aulas já não era mais a mesma coisa, eu não sentia mais igual aquelas crianças, eu não conseguia mais me entrosar com aquelas crianças, além d'eu ser gorda eu tava carregando um pecado (...), eu tinha visto um homem e aquele homem tinha colocado o pênis na minha boca (...), eu via aquelas crianças ali e eu me sentia suja (Entrevista 01).*

Como vimos, em outros trechos do discurso desta depoente, sua infância e pré adolescência foram marcadas pela discriminação acerca de sua obesidade. O trauma advindo do abuso sexual, somado ao preconceito vivido, nesta etapa do desenvolvimento, foi introjetado como uma estrutura perversa que minou com sua auto-estima. A clínica dos TCAs é uma clínica da auto-destruição. Cabe lembrar aqui, o fato de que as estruturas psiconeurológicas de uma criança com seis anos de idade estão em formação, o que torna ainda mais devastadoras estas experiências na vida de nossa informante. A forma de lidar com estas mensagens, tão nocivas e retraduzidas em culpa, é na adoção de comportamentos ritualizados, obsessivos, perfeccionistas e envoltos, é claro, por um enorme poder auto-destruidor. O desamparo se tornou algo tão íntimo, que acreditar no outro e nas próprias necessidades passou a ser tão distante de sua realidade, que a única forma de existir é, paradoxalmente, se destruindo, de forma lenta e invisível. Os rituais bulímicos têm essa função. Na medida que esses episódios se acentuam, mais o corpo se depaupera.

O material gráfico ilustra a intensidade da violência praticada contra a nossa entrevistada. Acreditamos que ele, por si só, nos dá a magnitude do ato monstruoso.



Figura II - Abuso sexual infantil 1

*Por isso que eu digo que a minha infância foi até aos cinco, ou sendo, depois do abuso aos seis anos posso até colocar que o retorno às aulas já não era mais a mesma coisa, eu não sentia mais igual aquelas crianças, eu não conseguia mais me entrosar com aquelas crianças, além d'eu ser gorda eu tava carregando um pecado (...), eu tinha visto um homem e aquele homem tinha colocado o pênis na minha boca (...), eu via aquelas crianças ali e eu me sentia suja coisas que na minha fantasia nenhuma criança tinha passado por aquilo (Entrevista 01).*

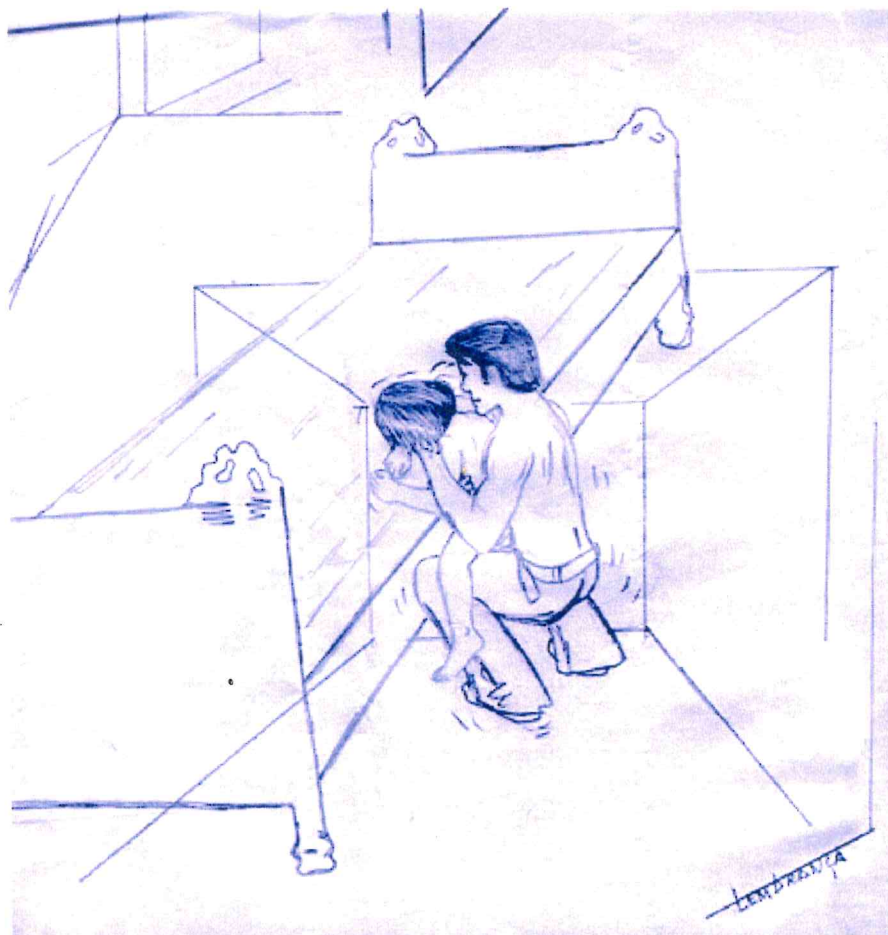


Figura III - Abuso sexual infantil 2



Figura IV - Abuso sexual infantil 3

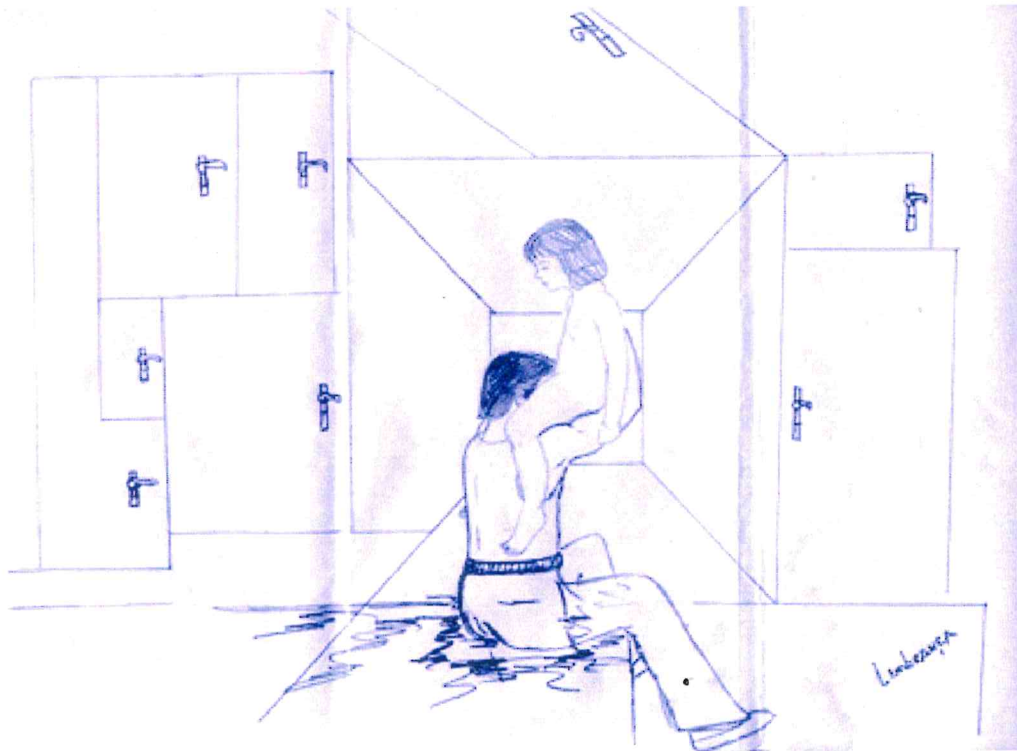


Figura V - Abuso sexual infantil 4

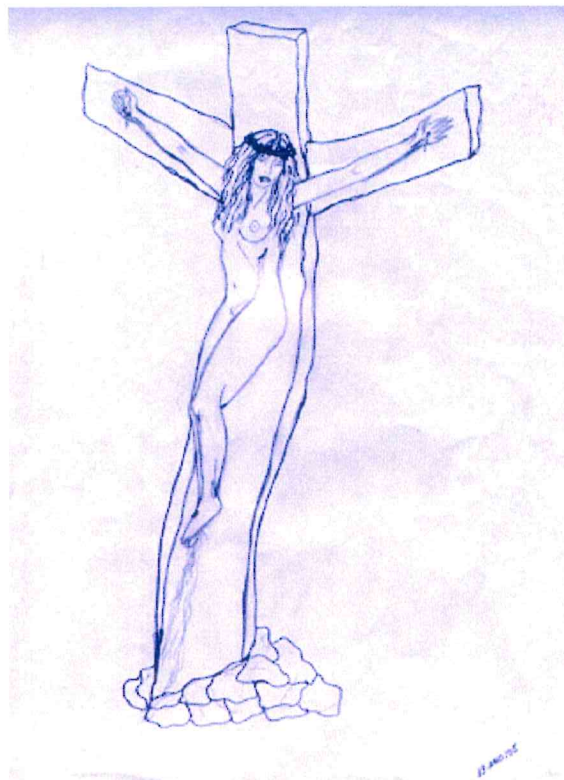


Figura VI - A sexualidade adulta



Em outro depoimento:

*Eu me lembrei da questão do abuso sexual do meu tio, eu era pequenininha e ia pra Fortaleza fazer um exame de vista e um certo dia o meu tio pediu pra eu sentar no colo dele pra brincar de cavalinho e eu inocentemente me sentei e quando eu vi senti que ele tava excitado e querendo tirar minha calcinha e eu fiquei muito nervosa saí de lá correndo e terminei rasgando uma tampa de manteiga e a minha tia disse assim: 'Essa menina parece que tá viçando' então eu fiquei com aquilo na cabeça que o viçando na linguagem deles lá, significava que eu tava no cio ou alguma coisa assim, então eu fiquei assim muito...fiquei perplexa com aquilo e isso nunca me saiu da cabeça mas também depois o tempo foi passando e eu fui esquecendo não perdoei mas, também, fazia de conta que não tinha acontecido (Entrevista 03).*

Esta depoente nos diz, de uma outra forma, a culpa que internalizou com o comentário de sua tia. Parece que, por coincidência, este comentário ocorreu logo após o momento em que acabara de ser molestada pelo tio. Sua tia a percebeu inquieta, lançando esta fala sem saber do ocorrido, mas foi o bastante para a criança associar que o investimento incestuoso do tio foi por sua culpa, porque estava “viçando”. Esta depoente, aos 16 anos, foi estuprada e teve uma gravidez indesejada, como ilustramos anteriormente. Parece que, desde tenra idade, aprendeu que não poderia confiar nos outros, nem mesmo nas suas necessidades corporais. Observamos que a história de nossa depoente vai ao encontro de outras mulheres vítimas de abuso e/ou violência sexual, relatadas na literatura psicológica.

SOMENZI *et al.* (1996) avaliaram, através de um estudo de caso clínico e vasta revisão de literatura, a possível relação entre abuso sexual e transtornos alimentares. Ou seja, os autores, apoiados em evidências empíricas, sugerem que história de abuso sexual na infância pode ser mais prevalente entre as mulheres com transtornos alimentares do que na população em geral. Os pesquisadores discutem que experiências traumáticas na infância têm um potencial destruturador da auto-estima, com especial referência à sexualidade, podendo resultar em alterações na avaliação da auto-imagem da mulher, principalmente adolescentes e

adultas jovens. O levantamento de estudos realizados nesta área, e ilustrados por eles, indica que há uma tendência na literatura acessada em associar, na etiologia dos TCAs, história pregressa de abuso sexual infantil. Citam que há argumentos correlacionando o abuso sexual com posterior desgosto pela feminilidade e sexualidade, afetando a percepção da auto-imagem corporal e predispondo ao desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares. As vítimas de abuso sexual passam a ver seus corpos como fonte de vulnerabilidade, ou seja, avaliam seus atributos corporais como estimuladores do abuso sexual, gerando vergonha e culpa. Assim, o aumento de peso ou o flagelo da caquexia revelam-se como sintomas que subjazem a uma conduta auto-destrutiva com relação ao próprio corpo, fonte de negação e diminuição dos impulsos sexuais. Contudo, essas estratégias inconscientes, evitam o contato com lembranças dolorosas relacionadas ao abuso e com a atratividade sexual a fim de prevenir novos abusos.

FAIRBURN *et al.* (1997), num estudo comunitário de caso-controle, a fim de detectar fatores de risco para bulimia nervosa, encontraram diferenças significativas entre o grupo com bulimia (N= 102) daqueles que compuseram o grupo dos controles (N= 204). Os fatores de exposição mais fortemente associados ao grupo de casos ( $p < 0,01$ ) foram: problemas familiares, risco de obesidade, presença de transtornos mentais na família, abuso físico e sexual, e presença de transtornos mentais pré-mórbidos. Estes achados confirmam as hipóteses dos pesquisadores, no que concerne à evidência do sinergismo desses fatores na gênese da baixa auto-estima, insatisfação corporal, práticas dietantes e presença de comportamentos bulímicos.

Como vimos, nossos achados confirmam os resultados do estudo epidemiológico realizado em Oxford. Apreciamos, sobremaneira, os fatos apresentados, pela potencialidade



dos estudos quantitativos quando associados aos dados qualitativos. Os pesquisadores britânicos apresentaram o fato e, nossas mulheres, aqui no Brasil, dizem **o como** se tornaram vulneráveis a este percurso. Desta forma, refletimos sobre a aproximação do processo de subjetivação dessas mulheres, inseridas no âmbito da “globalização” e suas propostas de homogeneização, em detrimento da subtração das singularidades, tão discutida pelos sociólogos da atualidade. Abrimos este parêntese em nossa análise a fim de volatilizar nossa discussão e, de certa forma, antecipar esta questão que será retomada na terceira dimensão da gênese do problema - **o entorno social** - e indicar a necessidade de estudos transculturais para avaliar esta hipótese levantada em nosso estudo.

BLANCHARD (*apud*, KOOLER & AMAZARRAY, 1998) afirma e redimensiona esses achados, no estudo epidemiológico descrito, ao apontar que a sociedade também sofre os danos do abuso infantil. O autor, de forma simples, concisa e profunda, nos dá a dimensão de seu pensamento.

*Ter vivido um trauma físico e psicológico faz com que a vítima questione sua capacidade de defender-se. Ela aprende a odiar seu corpo porque ele a faz lembrar de más experiências.<sup>13</sup> Ela tem respostas dissociadas, apresenta dificuldades de intimidade e é emocionalmente distante (...). Essas conseqüências afetam não só a vítima, mas também a sociedade em geral porque uma criança traumatizada torna-se eventualmente um adulto que pode adotar comportamentos agressivos ou passivos para resolver as situações de estresse (BLANCHARD, *apud*, KOOLER & AMAZARRAY, 1998, p. 14).*

A literatura revisitada sobre abuso infantil concorda com que a dinâmica familiar dessas vítimas é caótica, desestruturada na delimitação dos papéis, havendo superposição e

---

<sup>13</sup> Grifos nossos

aglutinação de funções. A ausência de promoção à autonomia e diferenciação de seus membros encobre “segredos familiares” que, ao emergir, poderão colocar em risco o pseudo-equilíbrio interno da dinâmica familiar. Esse sistema é auto-regulado pelas mensagens implícitas, veladas, mas, tão poderosas, que são capazes, com seu poder destrutivo, de silenciar a vítima às custas da doença. A pessoa que desenvolve o sintoma é capaz de se comunicar inconscientemente e, enquanto ocupa o lugar de “bode-expiatório”, tem a função de evitar que os conflitos vividos na dinâmica familiar se deflagrem. Com isto, o medo de perder tal sistema faz com que a pessoa portadora dos sintomas encubra a desestrutura familiar, obnubilando o conflito com sua doença simbólica. Há uma “maquiagem” na fachada da família, que vive no mundo do “faz-de-conta”, por conseguinte, o único veículo de comunicação de sua disfuncionalidade é o sintoma psicossomático (SANTOS, 1992; FALCETO, 1998).

Assim, evidenciamos um outro núcleo de sentido contido em nossa segunda dimensão analisada - conflitos na dinâmica familiar. Foi recorrente em todas as nossas entrevistas a presença deste componente. Compreendemos que, na gênese de uma “criança ferida”, compete uma estrutura familiar disfuncional e, justamente por tal condição, se torna um campo propício para a ocorrência de eventos traumáticos, invisíveis aos olhos das figuras parentais ou de autoridade, por estes estarem envolvidos no engodo de seus problemas conjugais e/ou sistêmicas.

Vejamos como nossas entrevistadas ilustram suas famílias.

*Eu me relaciono melhor com a minha mãe porque ela é mais compreensiva e o meu pai não, ele já é mais assim grosseiro (...), o temperamento dele é muito grosseiro (...), pras pessoas de fora adora fazer favor, é ótimo, mais dentro de casa ele é intolerante, super exigente, tem que ser do jeito que ele é (...) Eu sempre digo assim pra minha mãe, mãe, pra que a mãe foi casar com o pai? não tinha outro homem não? Uns três anos pra cá, ele mudou muito, ele gostava muito de mim ele me queria assim, ave*

*maria, ninguém dissesse que eu era feia perto dele porque ele brigava mesmo, mais agora pra ele tanto faz e ele ficou muito contrariado comigo quando eu comecei a emagrecer, “essa menina ta parecida...” ele dizia o nome de “um bicho do mato” (...). Ele é muito grosseiro, é a idade da loba, é uma fase. Ele agora ta namorado que só; eu acho até que quando ele não consegue ficar com a pessoa que ele quer, eu acho, né eu não comento isso com a minha mãe, aí ele chega abusado (...). Minha mãe achou que ele nunca fosse virar desse jeito e ela que sustenta a casa todinha, a gente acha que ele ta dando [dinheiro] pra essa mulher lá, ele fica escondido com ela, aí a gente acha que ele ta dando pra ela (...). Ta sendo horrível, tem horas que eu nem consigo nem dormir pensando no que a minha mãe passa, até falaram em separar, tinha dias que eu não conseguia ter sossego em casa, ao mesmo tempo que eu pensava neles dois eu pensava em comer pra ver se passava aquele pensamento e depois que eu comia me arrependia porque eu não queria engordar; eu estava sentindo como se aquilo fosse um remédio um calmante (Entrevista 05).*

Nossa depoente desenvolveu anorexia nervosa do subtipo purgativa. Inicialmente começou a sentir-se insatisfeita com seu corpo e adotou dietas restritivas para emagrecer, na mesma época em que o relacionamento conjugal de seus pais começou a se deteriorar, com o surgimento dos casos extraconjugais. Percebe a mudança da dinâmica familiar e do próprio relacionamento pai-filha. Silencia em seu sofrimento, mas sente-se ameaçada de perder o amor do pai. A linguagem assumida foi em forma de sintoma, no entanto, fracassa em controlar seu peso. Com muita emoção, se entrega a um profundo choro em nossa entrevista ao se deparar com sua impotência e fragilidade diante do fato. Ela nos diz:

*(...), eu queria controlar as duas coisas e não controlava nenhuma [seu peso e a crise conjugal] (...). Porque sempre minha mãe dizia “eu só tenho você de filha, só você que pode me ajudar”, aí eu me sentia pressionada em ajudar (...), a vontade que ela tinha que era de que se eu conseguisse mudar o meu pai, ela achava que eu era a única pessoa que podia mudar a cabeça dele (Entrevista 05).*

Parece que nossa informante sentiu-se pressionada pela mãe em solucionar um conflito que não competia a ela, uma adolescente de 15 anos. Sentia pena do sofrimento da mãe mas não queria assumir essa tarefa.

*Tá reclamando dele, eu não gosto de ta falando isso, dizendo pra ele que ele ta traindo minha mãe (...), eu tenho que ser neutra porque mesmo que eles chegassem a se separar eu não deixaria de ser filha dele nunca, não ia deixar de ser filha dele e nem dela (Entrevista 05).*

Podemos refletir sobre a situação de abuso emocional (CUKIER, 1998) que se estabeleceu nesta dinâmica mãe-filha, no momento em que houve uma interpolação de papéis. Desta forma, a filha ocupa o lugar da mãe tendo que assumir a responsabilidade de restaurar a relação dos pais.

Em outros três depoimentos, verificamos a recorrência do mesmo problema - conflitos na dinâmica familiar, envolvendo relacionamento extraconjugal do pai e/ou desestrutura da relação, com ameaças de dissolução do casamento. Este drama é figurado pela vulnerabilidade da figura materna e a filha adolescente intermediando o impasse.

*Meu pai gostava de outras mulheres, aí quando eu via aquilo eu me sentia muito mal, quando eu via minha mãe às vezes passando coisas e ela não comia e vivia doente e ficava preocupada e não comia, eu me sentia tão mal que também eu não comia, eu era pequena e via aquela coisa quando eles ficavam brigando eu via ela sofrendo muito e muitas vezes eu via ela chorando. (...) sempre fui mais assim pegada a ela, sempre eu ficava ali ouvindo tudo e sempre ela contava pra mim (...), aí comecei a ficar com aquela raiva (...). Ele bebia com as outras mulheres, gastava com as outras mulheres e saía de casa e tudo (...). Acabou tudo que tinha, ele tinha as coisas e acabou tudo (...), perdemos muitas coisas, ele tinha bens aí gastou tudo, perdeu tudo agora só tem a casa e um bar só a coisa que ele tem (Entrevista 07).*

Parece que estes conflitos já se faziam presentes desde a vida intra-uterina de nossa depoente. Ela nos relata que,

*A minha tia falou que antes de minha mãe me ter [período da gravidez] ela sofreu muito por causa dele, ele gostava de mulher, era muito mulherengo (Entrevista 07).*

*Eu acho que a pessoa que eu mais demonstrei ter carinho me abandonou, assim por nada sei lá porque me abandonou, desde de criança minha mãe sempre soube de apesar de amar muito ela, gostar muito dela eu tinha preferência por meu pai (...), só que ele passou a maltratar, não era a mesma pessoa, parece que eu cresci*

*e me tornei uma inimiga dele (...). Ele começou a se relacionar com mulheres fora do casamento (...), isso começou a influenciar dentro de casa, minha mãe é uma pessoa ótima, maravilhosa ela abre mão de tudo pela gente e ela abre mão da própria vida dela pra dedicar a ele e ele não vê isso, toda vez que ele chega lá em casa é discussão, ele briga com ela, ele briga com a gente, então se tornou mais fácil pra todo mundo a maioria dos filhos não fala com ele (...), eu não considero mais como meu pai (...), eu não perdô (...). O problema é que primeiro ele começou a abandonar a gente, quando a gente morava lá em Caruaru, eu passei de seis meses sem ver meu pai (...). Ele é caminhoneiro e ele viaja e tem mulher em tudo quanto é canto (...). Eu já abri mão de comer, muitas vezes eu deixava de comer pra ta no meu quarto pensando não sei o que mais pensando sentada, deitada, já passei dias e dias deitada simplesmente sem comer, bebia um copo d'água uma coisa assim e voltava e ficava deitada (Entrevista 08).*

*Lá em casa também desde a minha infância que sempre houve muito atrito, muito problema de relacionamento entre meu pai e minha mãe, eu no início da adolescência pra cá tinha muito medo de engordar,(...) eu queria esconder eu queria mascarar essas brigas, esse sentimento de tristeza, esse sentimento de angústia pela briga do pai e da mãe, o medo deles se separarem (Entrevista 06).*

Como vimos, os transtornos alimentares podem ser vistos, também, por um olhar sistêmico, que diz sobre as relações interpessoais familiares. Neste sentido, a falta de fronteiras delimitadoras entre os membros, a fim de promover a diferenciação e autonomia contínua, fica subsumida no padecimento daquele componente que traduz o disfuncionamento familiar através de suas compulsões, restrições e purgações alimentares.

ROBERTO (1994) e YUNES (1997) analisam o movimento sistêmico de famílias com um componente que desenvolve TCAs. Para esses autores, aquilo que se cala no sintoma tem uma função específica na rede de comunicação entre os familiares e, também, revela-se como camuflagem de segredos familiares. O sintoma se torna a possibilidade de manter a homeostase do sistema, na medida que, pela falta adequada de expressão do conflito, a comunicação se estabelece numa linguagem metafórica de tal forma *que a pessoa jamais correrá o risco de*

*causar conflitos em áreas sensíveis ou ameaçadoras aos valores da família ou seus próprios valores, salientando a coesão a todo custo (ROBERTO, 1994, p. 181).*

*Dentro da estrutura familiar silenciosamente criou-se uma competição entre os irmãos extremamente danosa e os efeitos negativos se refletem hoje, cada um pro seu lado; eles são totalmente cada um na sua realidade (...), não existe uma solidariedade não existe uma união de festa de natal, de aniversário, ninguém comemora aniversário, ninguém comemora natal, ninguém nada, cada um na sua casa e pronto, eu acredito que tenha sido por essa coisa silenciosa que ninguém atentou pra isso (...), todos esses fatores pensando agora todos esses fatores eles vem sendo absorvidos por mim como a culpada de muita coisa (Entrevista 01).*

*Ah é horrível, eu me sentia a parte da família então eu procurava cada vez mais piorar sabe assim porque eu achava que eu piorando cada vez mais, mais atenção eu ia ter, mais carinho eu ia ter, mais cuidado eu ia ter, principalmente na família do meu pai. Sempre a minha irmã foi a mais bonita, mais inteligente, ela que ia passar no vestibular primeiro, nunca viam a chance d'eu passar e ela não passar. Eles [familiares] me rebaixavam muito (...). Toda minha família pensa que eu nunca menstruei (...), eu não disse quando eu menstruei pra minha mãe porque eu sabia que ela ia fazer o alarme, como ela fez com a minha irmã, quando minha irmã menstruou (...). Menstruação pra mim era um sofrimento porque era escondido da minha mãe, comprava absorvente sem minha mãe saber (Entrevista 02).*

Anunciamos em nosso marco teórico a importância para as especificidades do vínculo mãe-filha, no que concerne ao desenvolvimento emocional da criança, e como se dará a qualidade destas relações ao longo do ciclo vital. Com isto, observamos um certo incômodo por parte de nossas depoentes a respeito da presença materna e dos familiares na determinação de seu peso, forma e imagem corporal. Relembrando as idéias de CAMPOS (1995) e ROSITO (1996), a gravidez envolve processos complexos, permeados pela estrutura emocional das mães, que depositam na gravidez sentimentos ambíguos, conflitivos, originalmente relacionados com suas biografias e que, a partir destes, irá traduzir e espelhar as necessidades da criança. Neste sentido, colocamos em relevo a importância das mensagens passadas de pais para filhos, e destes para gerações seqüentes, criando uma rede de significados que atravessam



o imaginário feminino, perpetuando, assim, valores cristalizados acerca da imagem corporal.

Este núcleo de sentido denominamos de contágio transgeracional.

*Sempre foi uma história muito complicada entre eu e ela [mãe] e uma coisa interessante nessa história da gordura porque a minha mãe sempre foi uma pessoa gorda e eu sempre tive horror a ser gorda, eu me lembro às vezes quando eu era criança, aquela vaidade de criança não sei, eu tinha vergonha da minha mãe ser gorda, enquanto a mãe das minhas amigas eram magrinhas, bem feitinhas aquela coisa toda, eu me lembro bem desses fleches e hoje em dia eu sinto aquela coisa e minha mãe não era gorda assim como eu tou não, e até às vezes eu sinto muito em relação assim as meninas [suas filhas] (Entrevista 10).*

*A questão cultural foi introduzida também na cabeça da minha mãe da minha família de que a beleza era uma pessoa magra e isso foi passado pra mim quando eu era criança (...) então aquilo ali foi passado pra mim desde pequena e na adolescência foi que realmente eu comecei a ter consciência de que a mídia passava era aquilo (Entrevista 04).*

*A minha família, a da minha mãe é muito preocupada com peso (...), essa minha tia M. a minha tia R. são muito preocupadas com peso, minha avó, sabe assim, olhe, minha vó 'ta vendo como a A. ta gorda', elas são muito preocupada em a pessoa ser gorda, a minha avó é que diz é muito melhor ser um palito do que ser gorda, é muito melhor ser magra do que ser gorda (...). Assim eu tinha uns 10 anos, pra tu vê, sabe o que aconteceu comigo, a família da minha mãe pegaram um bujão de gás, fizeram como se eu fosse um bujão de gás, lá na mina avó e chamaram a família inteira pra ver na casa da minha avó e isso eles achando muito engraçado, eu fiquei assim morrendo por dentro (...), os anos foram passando, passando e a família sempre dizendo 'essas meninas tão muito gordinhas'(...). Mamãe me levou na endocrinologista eu tinha uns 12 anos tava pesando uns 45, 48 Kg [tinha 1,45 m] (Entrevista 02).*

*Minha mãe é do CCA (...), ela sempre teve muito pavor de gordura, muitas vezes ela chegava de uma festa que comia muito e vomitava, (...), ela sempre me viu como uma comedora compulsiva (...), ela sempre pegava muito no meu pé em relação a gordura, ela sempre quis que eu emagrecesse, me levava pra um e pra outro [médicos] pra poder passar uma dieta e pra emagrecer (...) uma vez ela me fez até tomar vinagre de manhã cedo em jejum, porque diziam que emagrecia e várias outras coisas, tudo que você imaginar (...), me obrigava a fazer atividade física, sempre na intenção de emagrecer (...), ela me dava uns laxante que pareciam aqueles chocolates granulados, e eu tinha horror aquilo, ela me obrigava a tomar, dizia que ia fazer uma limpeza, aí eu ficava com diarreia (Entrevista 06).*

CRAMER (1997) analisa “os segredos femininos de mãe para filha”, no que concerne a problemas em torno da alimentação e imagem corporal . Discute a interface destas questões numa perspectiva estético-histórica. Aponta para o contágio transgeracional, na medida que mudanças no plano macrossocial afetam, de forma sutil, nossas representações imaginárias do corpo e da alimentação. Contudo, este conteúdo simbólico internalizado é passado através das gerações, especificamente, “de mãe para filha”.

Parafraseando HOLLIS (1996), para quem “mães, filhas e comida: [é] uma conexão óbvia”. A autora sustenta esta afirmação, indicando que a maternidade e a amamentação constituem momentos tão intimamente ligados que ultrapassam a mera questão fisiológica de dar e receber comida. Este ritual entre mãe e filha sustenta a miríade de mediações simbólicas vividas pela mãe e absorvidas pela filha. O sofrimento, mágoa, frustrações, raivas inconscientes de uma mãe são internalizados pela filha, independentemente de como a mãe tenta encobrir suas angústias. O modelo de feminilidade é passado juntamente com todas essas vivências, delimitando a formação da imagem corporal da filha, permeada pelas mensagens culturais. Afirmo a autora que é muito comum a mágoa de mãe e filha ter por base um emaranhado inconsciente. Portanto, esta incapacidade de delimitação de fronteiras, *cria um comportamento autodestruidor que se manifesta no prato de comida (...) quando as filhas vêem que não conseguem amenizar o sofrimento de suas mães, acham que fracassaram e empanturram-se de comidas* (HOLLIS, 1996, p. 14).

À luz dessas discussões, nos lembramos de um fragmento de carta escrita pela mãe de uma paciente nossa com bulimia nervosa do subtipo restritivo - e que não faz parte da amostra desse estudo. A jovem, de dezoito anos, época em que iniciou seu processo terapêutico,



começou a realizar dietas para emagrecer aos dezesseis anos a fim de perder três quilos, incentivada por sua mãe, para participar de um concurso de beleza. Nesta época, seu peso era compatível para sua idade, sexo e altura. Logo após o evento, começou a sofrer de ataques de comilança, não conseguindo mais controlar a ingesta alimentar e, conseqüentemente, o peso que antes estava na faixa de normalidade, começou a sofrer flutuações com períodos intercalados de dietas restritivas e episódios de *binge*. A mãe já desenvolveu compulsão alimentar e depressão; demonstrava instabilidade afetiva, traços de rigidez com grande ansiedade dirigida ao peso de sua única filha.

Dizia temer que o então recente casamento de sua filha, com um rapaz muito bem-sucedido financeiramente, poderia acabar se ela não parasse de engordar. Durante várias sessões de psicoterapia de família, deixávamos clara a importância de o tratamento, nessas desordens alimentares, não ser focado no peso e sim na procura da estabilidade emocional da paciente. A estabilidade do peso era secundário e viria em decorrência do tratamento com a equipe de profissionais. A mãe parecia não entender, sabotando o tratamento e ensejando à filha várias viagens aos *spas*. Contudo, em uma das sessões, nossa paciente levou uma carta que sua mãe escreveu após uma discussão entre as duas, cujo motivo era o seu peso que não se reduzia. Vejamos a dupla mensagem que esta mãe passava à sua filha ( Maria, nome fictício):

*Maria,*

*São 3:40 da manhã e ainda não consegui dormir, sabe por quê?*

*Porque não tenho paz, preocupada com você (...). Não consigo entender como passa a tarde toda num quarto com ar condicionado ligado. Você confia tanto na nutricionista! como pode ela não te aconselhar a não tomar refrigerantes mesmo dietéticos. Você não só almoça todo dia com refrigerante, como merenda também c/ refrigerantes. Você está da bunda até o fim dos joelhos c/ celulite (e só tem 19 anos). As pessoas p/ emagrecerem e as que já são magras, malham 3 horas diárias (Ivete Sangalo e outras) e comem bem menos do que a tua nutricionista te aconselha.*

*Exiges e pedes p/ eu ir a uma psicóloga e quantas vezes te pedi para ir a um endocrinologista (...). Brinques bem com a tua vida e teu marido, continuas sem vaidade..... (...). Tu não acreditas em mim, tudo que a Dra. A [psicoterapeuta]. diz é o certo. Acusa-me de ser radical. Acusa-me de ser responsável pela bulimia. Pois agora eu não quero ter mais contato com você, se um dia pensares como eu penso, ou quiseres seguir meus conselhos:*

- 1) *Ir ao endocrinologista;*
- 2) *Fazer a alimentação passada por ele;*
- 3) *Abolir refrigerantes; (...)*
- 4) *Ter a coragem de ir se pesar;*
- 5) *fazer as unhas (...) porque é nojento e porco, principalmente quando já se está gorda (...). Tu não me criticas pela forma que te eduquei, pois mudas.*

Ilustramos, com a fala desta mãe, as pressões que a nossa cliente foi submetida. O aspecto invasivo desta mãe sugere a falta de limites na relação, configurando, assim, uma relação de abuso emocional. Sua compulsão era, preferencialmente, por qualquer alimento contendo banana; após algumas sessões de reeducação alimentar, a nutricionista descobriu que quando esta paciente era criança, adorava bananas e era proibida de comer, pois a mãe dizia-lhe que engordava. Nossa paciente sofreu maus-tratos na infância, foi várias vezes espancada. Conta com muita tristeza a surra que levou de tamanco, e diz que várias vezes, na adolescência, revidou os ataques de sua mãe, também agredindo-a fisicamente.

Este tema, aqui, planejado, é por nós considerado de suma relevância para a compreensão do sofrimento de nossas mulheres. Os TCAs não se circunscrevem, somente, às dificuldades com a comida e seus corpos; estes vão para além desta esfera, alcançam dimensões abrangentes de suas vidas e interpenetram-se em dinâmicas relacionais disfuncionais e às vezes invisíveis, por demais poderosas, e capazes de determinar o comprometimento e a severidade

da doença. Com isto, indagamos, como nossas entrevistadas podem sobreviver, emocionalmente, a essas circunstâncias?

WINNICOTT (1996) nos fala sobre uma forma de ser circunscrita por um “falso” *self*. Este falso *self* é o produto de experiências infantis que dissociam a estrutura psíquica, ou seja, foi a forma que o ego encontrou, nas forças sinérgicas da economia psíquica, para não se desintegrar. A busca de recursos para a auto-regulação faz parte da natureza humana, mesmo que esta não encontre os meios mais adequados. O falso *self*, ao mesmo tempo que obnubila a dor original, artificializa a forma de ser-no-mundo, acumulam-se formas inautênticas de ser ao longo da história de vida. Articulamos esta teorização ao sentido simbólico da comida na vida de nossas informantes. A inabilidade de romper com as relações abusivas, o medo da perda e a sensação de desamparo impedem o alcance de processos de vida libertários. O transtorno alimentar fica subsumido pelo falso *self*, promovendo um pseudo-ajustamento, na medida que a pessoa portadora tenta adequar-se às pressões, restando a relação ambígua com a comida como forma de “anestesiá-la com a ansiedade”, como nos relata a décima depoente. Por conseguinte, o sentido simbólico da comida é por nós evidenciado como a enunciação de uma grande metáfora que subjaz ao transtorno, pois, ao mesmo tempo que encobre a dor insuportável do abandono existencial, revela a fragilidade na busca distorcida da dignidade perdida.

*Às vezes eu tenho a impressão que eu procurei a comida pra fugir dos problemas, de enfrentar os problemas, certa situação que eu não era forte o suficiente, então sempre procurava comida pra assim, desviar, eu num sei, anestesiá-la, alguma coisa assim, é como se fosse uma maneira de eu sentir satisfação, eu tava triste, mas a comida me dava alegria (Entrevista 11).*

*Prazer tava ligado a boca, a paladar, a saliva, a engolir, essa série de coisas então tudo tava ligado, desgostos, pecados, sujeira, prazeres então tudo tava ligado,*



*sexo, principalmente porque nessa época depois que eu perdi essa segunda gravidez esse nenê com um mês e eu fui abandonada (Entrevista 01).*

*Esse negócio de não conseguir dizer o que não tá me fazendo bem, de não conseguir botar minha agressividade pra fora, de ser sufocada por tudo é que me leva esse processo muito forte pra comida, porque eu não tenho outra forma de extravasar, não conheço uma outra maneira de me anestésiar. A comida é muito assim a minha amiga nessas horas (Entrevista 10).*

*Com esse meu transtorno eu consegui chamar atenção das pessoas, eu consegui provar que no dia que eu quisesse ser magra eu ia conseguir, provar pra toda minha família que eu tinha essa força de vontade assim de ver um alimento e de conseguir não comer aquele alimento (Entrevista 02).*

Compreendemos o valor simbólico da comida na vida de nossas informantes, a partir de um plano de subjetivação mundana, que se consolida do singular para o universal e o seu reverso. Noutras palavras, é conceber o processo humano, até aqui evidenciado em nosso estudo, numa concepção dialética entre os domínios psicológico e social. Compreender o mundo fenomenal de nossas informantes é, simultaneamente, visualizar às determinações societárias que imprimem seu poder, remodelando-o, complexificando-o, a partir do seu campo de relações. Portanto, é através desta óptica, fundamental ao nosso ver, a única forma de não perder de vista as tensões provenientes da complexidade dos campos social e psicológico na produção de um só terreno de ação e reflexão.

Com este intento, abriremos nossa discussão a fim de analisar a **terceira e última dimensão** do primeiro tema - **o entorno social**.

O projeto epistemológico da modernidade, ancorado no paradigma cientificista e racionalista, tem contribuído para o arrefecimento do potencial tecnológico, com notável avanço dos meios de comunicação. Temos presenciado profundas e vertiginosas mudanças nas últimas décadas, com o incremento da informática com seu dispositivos digitalizados,

reduzindo distâncias e acelerando nossa capacidade de absorver tanta informação. Podemos dizer que vivemos no mundo da instantaneidade e da “virtualidade”; nossas necessidades, nesta lógica, podem e devem ser atendidas prontamente, o que nos torna seres cada vez mais desejosos, ávidos por consumir. Esta revolução não se restringe, somente, aos domínios das *Hards Sciences*, mas é um fenômeno cultural amplo, que renovou a importância da investigação da natureza e no seu controle, em todas as áreas do conhecimento. O deslocamento do saber da cosmologia metafísica aristotélica para a cosmovisão mecanizada nos sistemas de Copérnico, no modelo cartesiano de Descartes e na Física matemática e mecânica de Newton, entre outros, instaura a entrada na Modernidade, palco de nossa atualidade, de sorte que, para alguns sociólogos e epistemólogos, estamos na era Pós-Moderna, ao considerar as últimas décadas pós setenta.

Caracterizamos em nosso marco teórico o movimento da “globalização” na tessitura destas atuais transformações e seus rebatimentos nas novas formas de configuração da subjetividade. Assim, o indivíduo está na totalidade social ao mesmo tempo em que esta se encontra nele. A sociedade antecede o indivíduo, determinando sua historicidade a medida que este também a reproduz, continuamente. Desta forma, compreendemos que a história natural da vida e a história social estão inextricavelmente constituídas, por conseguinte, o processo de subjetivação e suas formas de constituição revelam, em sua particularidade, a totalidade das condições de existência social humana.

SEVERIANO (1992) analisa este processo de subjetivação na sociedade contemporânea, indicando que a revolução tecnológica não se restringe a ser um mero instrumento, mas chega a ser uma forma concreta de existência, uma atitude diante da realidade

que passa a determinar as necessidades, aspirações e os desejos dos indivíduos. No horizontes destas questões, afirma que a natureza bidimensional humana, isto é, àquela perpetrada pela realidade e pelas suas infinitas possibilidades engendradas no projeto de vir-a-ser, está fadada ao aniquilamento, no momento que, na sociedade contemporânea, o movimento é quase uma total redução da dimensão humana do possível à dimensão do real. Desta forma, para a autora, inspirada nos teóricos frankfurtianos, em nossa atualidade, o que resta é uma dimensão - a da realidade e adaptação à ordem.

O consumo, marca emblemática dos conceitos ora desenvolvidos, resulta nesta luta pela existência alicerçada na aquisição de bens materiais, cujos rótulos possuem uma “falsa auréola de prestígio”. A diversificação de produtos ofertados abundantemente no mercado é conseqüência de uma intensa estimulação, promovida pelos macro-determinantes sociais, de novas necessidades humanas, remodelando e capturando o desejo do indivíduo à aquisição daquela mercadoria injetada no mercado. O indivíduo cooptado por este apelo, quase sempre pela total submissão ao fetichismo do mundo do produto, recria o sistema capitalista com a aquisição alienada da mercadoria. Os indivíduos são ingenuamente convencidos de que, na aquisição irrestrita do produto maquiado pela publicidade, também estarão tendo um bem simbólico, derivado de suas necessidades humanas. Por outras palavras, *o homem trava uma luta interminável e infrutífera para conseguir, através do consumo de bens cada vez mais supérfluos e pouco duráveis, a sua felicidade* (SEVERIANO, 1992, p. 109).

Acreditamos que ao abrir nossa discussão no âmbito dos fenômenos sociais, por uma abordagem psicossociológica, podemos tecer considerações heurísticamente fecundas a partir



da análise dos depoimentos de nossas informantes. Neste sentido, nosso objetivo é compreender esses transtornos, também, como uma questão social preocupante.

SEVERIANO (1999) nos ajuda nesta busca, a partir de sua aguçada leitura, ao teorizar sobre este invisível campo de forças em seu estudo que aborda as subjetividades contemporâneas sob o signo do consumo. Menciona que, para a adesão, em massa, dos homens por esta lógica do capital mundializado, há necessidade de uma infra-estrutura compatível. A revolução tecnológica e os novos recursos da mídia cumprem esta função de integração universal. Assinala que tal produção dissemina não só bens materiais, mas, principalmente, bens simbólicos; ou seja, os produtos são fabricados globalmente não só para atender “o valor de uso” ou funcionalidade, mas para traduzir um novo estilo de vida. Através da fetichização do objeto de consumo, os indivíduos se identificam com a marca, pois esta traduz suas necessidades, ao mesmo tempo que os diferenciam.

Referimos, anteriormente, que a “globalização”, dentre outras peculiaridades, substitui paulatinamente os vínculos sociais baseados no tradicionalismo pela lógica do atual mercado, propiciando um estado de confusão e insegurança generalizada em meio à complexidade dos novos códigos sociais. Com isto, segundo SEVERIANO (1999), a publicidade tem tripla função, no que tange à manutenção deste cenário. A autora adverte o poder que a publicidade detém ao mobilizar intensamente o desejo do consumidor para adquirir uma certa “estabilidade social”; em segundo plano, veicula códigos de consumo que não são neutros e, também, têm a função legitimadora do capitalismo, promovendo o escoamento da produção.

A “cultura do narcisismo”, é o conceito que a referida autora cunhou a partir de Christopher Lasch, para designar a roupagem que as culturas capitalistas modernas assumiram,

tendo em seu contexto uma forte preocupação proveniente de todos os campos, com as expectativas individuais privadas e com as preferências do consumidor. Contudo, menciona a vinculação sinérgica entre a publicidade, narcisismo e traços de personalidade, ou seja, podemos compreender nosso momento histórico a partir dos elementos de subjetivação singular, tangenciados pela forma de produção capitalista que investe no fetichismo de seus produtos na busca da realização individual, através da apropriação dos signos do consumo e, para esta tarefa, a publicidade é entendida como um “núcleo privilegiado da produção simbólica contemporânea” (SEVERIANO, 1999).

A supremacia do mundo “imagético midiático” parece indicar vetores subjetivos que rompem com o tradicionalismo, ou seja, com nossas construções históricas produzidas pelos nossos sentidos. A instantaneidade virtual com o predomínio da imagem parece ocupar o centro deste novo tempo, afetando não somente a tecnologia da informação, mas estabelece seu fascínio, também, no corpo. Este passa a ter um lugar privilegiado na cultura de massa, reprodutivista e lucrativista, pois encerra a mulher nos limites de seu próprio corpo. O corpo, como mercadoria, embala infinitas possibilidades de consumo, num mercado capitalista que vive insuflando necessidades num corpo desejanste e eternamente insatisfeito (LUCERO, 1995).

Assim, também nos fala nossa depoente:

*As pessoas são muito visuais, são muito suscetíveis a se encantar com a beleza que se apresenta, um Adonis, um Apolo, uma Afrodite, então as pessoas são muito suscetíveis a se deslumbrarem visualmente, não que o belo não seja pra ser admirado (...), mais pode ter uma beleza muito maior lá dentro (Entrevista 01).*

Nossas premissas, até aqui discutidas, vão ao encontro ao que MINERBO *et al.* (apud, SCAZUFCA, 1998) e MALYSSE (1998) problematizam, no momento em que indicam o discurso da mulher muito voltado para o embelezamento do corpo, às vezes, até,

obsessivamente procurado, tornando o que seria um cuidado saudável com o corpo, para uma patologia da beleza. Neste sentido podemos observar como nossa cultura divulga este corpo perfeito, implacavelmente perseguido pelas mulheres, em especial as que compõem a nossa amostra. A cooptação das consciências se expressa em nosso cotidiano, bastando analisar os nossos comerciais televisivos, nossos *out doors* e revistas femininas que prometem, de forma subliminar, prazer e felicidade na aquisição do produto publicizado.

Vejamos algumas amostras, ou melhor dizendo, imagens, deste fenômeno social:



Figura VII - Cultura do consumo 1



*Foi uma lavagem cerebral desde da infância, mais eu fui vendo também quando cheguei na adolescência que o padrão bonito era ser magra e todas as pessoas eram magras, as minhas primas sempre falavam em regime e que a pessoa tinha de ser magra e minha família toda, e a televisão você abre é sobre 'diet shake' e não sei o quê, você não vê no 'out door' que a felicidade é vestir um vestido P (Entrevista 06).*



Figura VIII - Cultura do consumo 2

*Você vê em um 'out door' agora, belíssima um tronco de uma mulher malhada, bronzeada com óleo e um homem assim babando, olhando pra ela, poxa! Eu passei e vi aquele 'out door' e pensei: 'como eu queria ter essa barriga ou seja não ter barriga, ter o corpo dessa menina, que corpo belíssimo' (Entrevista 01).*

O que está em jogo na publicização de uma roupa de *griffe*, não é somente a aquisição do produto, mas também o que se vende, subliminarmente, é o padrão corporal.

Agora, vejamos como este fenômeno social é presente no discurso de nossas outras depoentes:

*Quando eu era gordinha eu queria ficar do corpo da Sheila Carvalho, eu tinha conseguido com 48 quilos ou com 50, mas aos poucos eu já tava com medo de comer, então fui perdendo, perdendo, e não consegui mais parar (Entrevista 04).*

*Eu queria ficar magra do jeito que elas [atrizes] são, mas eu tenho vontade de ser como elas; porque todo mundo acha bonito, todo mundo acha que é certo, todo mundo devia ser daquele jeito. Quando eu vou pra uma loja comprar uma roupa eu já vou assim, é tanto que eu não tou nem comprando roupa porque eu já vou pra loja pensando, será que o 38 vai dar em mim, queria tanto que o 36 entrasse (...). Eu queria chegar um dia assim, sei lá, alguém me admirar por eu ser assim, por eu ta magra por eu ser magra (Entrevista 07).*

*Num tem a Sandy aquela menina, porque eu li na revista, ela tem um metro e sessenta e pesa 40 quilos, aí eu me baseava muito nela, aí eu ficava, mais menina se a Sandy que tem uma vida muito mais ativa que eu, que canta, que dança, faz o diabo a quatro, estuda e eu que só estudo não posso ter 40 quilos por que ela pode e eu não? (Entrevista 02).*

*Hoje a chuva de cobranças que a sociedade tem em relação a você ter corpo perfeito, a você ser saudável, a você ser malhado, você ser sarado (...), é uma exploração da mídia em cima disso em todos os níveis, você abre uma revista você vê propagandas belíssimas da forma (...) aí de repente você vê a televisão, você vê as atrizes engordam um pouquinho já mandam pro spa (...), aí eu penso assim ninguém pode competir com elas, aí você abre o telejornal os cabelos impecáveis, a pele impecável aí eu penso pô! (...). A mídia nesse sentindo ela é muito cruel, esse endeusamento do corpo, ela força uma idealização física de homem e de mulher e você precisa amadurecer muito a interioridade pra você não ser pescado por essa propaganda de imagem (Entrevista 01).*

Como mostraremos a seguir, as imagens que seduzem as mulheres, a adquirir um corpo perfeito se infiltram no imaginário feminino, dando a conotação de mercadoria, ou seja, podemos adquirir o produto. É só “comprá-lo”. Com isto, ignoram-se as constituições genéticas e hereditárias, pois as imagens execram os limites do funcionamento fisiológico e nutricional; sugerem um ideal de corpo que muitas de nós, mulheres, acreditamos poder adquiri-lo. Isto parece mais evidente em nossas informantes, tão fascinadas por esta máxima.

*Aí durante meu processo [anorexia nervosa] tinha uma fase de comprar Boa Forma aquela revista, tem um monte em casa, aí eu ficava vendo a revista aí eu ficava dizendo: A minha meta é essa aqui, essa menina, eu vou querer esse corpo (...), mas tu ta me entendendo ? assim, porque só passa em televisão, nunca passou assim, fulano quer engordar 10 quilos, fulano engordou 30 quilos, não passam isso, passa o que? A fulana perdeu 20 quilos, a atriz tal perdeu 10 quilos, todo mundo emagrecendo e eu tendo que engordar 10 quilos! (Entrevista 02).*





Figura IX - Cultura do consumo 3

É, portanto, diante desta objetividade cruel que nos deparamos na assistência aos portadores de TCAs. No confronto destas manipulações da subjetividade humana, reside nossa preocupação. Julgamos que seja necessária a formação de uma “massa crítica”, no Brasil, acerca desta realidade social, tão coercitiva, alienante e adoecedora.

Por esta perspectiva, encontramos os estudos de BOURDIEU (1997), citado em nosso marco teórico, quando analisa os “efeitos da intrusão” da mídia televisiva no imaginário dos telespectadores. A forma impositiva como é veiculada a mensagem, o esvaziamento político do conteúdo, com a conseqüente despolitização dos consumidores de informação, faz deste campo

uma fábrica de subjetividades, sendo produtor de violência simbólica. O *fast-food* cultural, mencionado por ele, nutre a rapidez com a qual as mensagens são veiculadas, cuja velocidade impede a assimilação da informação pelo desdobramento da inteligência que não tem tempo de se manifestar. Assim, ele afirma que, em certo sentido, a comunicação não existe, pela instantaneidade em que é produzida. O autor adverte sobre os efeitos nocivos da televisão sobre o imaginário, o que para nós é de suma relevância; ele menciona o que nós captamos no discurso de nossas depoentes, quando diz: (...) *as experiências individuais, isto é, como relações de forças invisíveis vão se retraduzir em conflitos pessoais, em escolhas existenciais* (BOURDIEU, 1997, p. 75).

VERRI *et al.* (1997) num estudo realizado na Itália, verificam a associação entre o tempo de exposição aos programas televisivos e a ocorrência de TCAs. Para tanto, os pesquisadores realizaram como delineamento o estudo de caso-controle. A amostra foi composta por adolescentes/adultas jovens entre 15 e 21 anos. Os resultados apontam para a correlação positiva entre o tempo de exposição à TV, em média mais de três horas diárias, no grupo de casos ( $p < 0,001$ ). Os pesquisadores indicam que programas televisivos, com predominância de personagens magros predominam na preferência no grupo de casos sobre aqueles com outras configurações corporais. Concluem ser indispensável um controle das mensagens televisivas que invadem o mundo do adolescente, se considerarmos o incremento atual de transtornos alimentares nesta faixa etária na Itália.

As considerações de MAIA & ALBUQUERQUE (2000), discutidas anteriormente em nossa análise, indicavam que é através dos meios de comunicação de massa, especialmente da televisão, que o imediato se difunde e se consolida como valor simbólico introjetado. No



horizonte dessas questões, situa-se o problema das novas configurações de subjetivação na contemporaneidade.

SANT'ANNA (1995) realiza um estudo, com enfoque na história do corpo no Brasil. Afirma que a insistência em associar a feminilidade à beleza não é nova. Através de vasto rastreamento documentário, a autora afirma que a preocupação da mídia em associar o embelezamento feminino tem tanto de supérfluo quanto de indispensável, na medida que fomenta a “cultura do espaço íntimo”, no qual o corpo feminino merece um lugar de destaque. Portanto, é na crescente valorização dos “artefatos” para o corpo que as mulheres se sentem fascinadas, deslumbrando-se frente ao arsenal que propicia, além do enriquecimento vertiginoso da indústria da beleza, o forjamento de suas necessidades mais prementes para responder aos próprios medos, inseguranças, numa obstinada perseguição na ultrapassagem de seus limites, circunscritos pela natureza. A liberdade da mulher, outrora, existia; hoje essa liberdade se torna “ilusória e artificial”. Exemplar a este respeito é a disseminação de práticas e serviços especializados em estética feminina, destinados à dissimulação da beleza. Por conseguinte, na atualidade, a mulher possui uma liberdade condicionada. No momento em que constrói uma beleza provisória, se contenta com a dissimulação, mantendo, assim, *uma distância entre aparência e essência, entre aquilo que ela é e aquilo que demonstra ser* (SANT'ANNA, 1995, p. 127).

O campo de pesquisa e teorização de SANT'ANNA (1995), historiadora do corpo na cultura ocidental, se perfila aos argumentos tecidos pelos psicossociólogos contemporâneos, como MINERBO *et al.* (*apud*, SCAZUFCA, 1998), MALYSSE (1998) e SEVERIANO (1999), quando assinala, que todo este arsenal de imagens, e “festins diabólicos”, parafraseando

BIRMAN (1999), influencia diretamente o psiquismo da mulher, no momento em que não a torna somente bela, mas, também, prometem felicidade e a satisfação com ela mesma. Ressalta que, a partir da década de 50, a beleza parece ter se tornado um direito alienável da mulher, impulsionado pela modernização das técnicas de produção de perfumes e cosméticos como também com a ampliação do mercado dos produtos dedicados aos cuidados corporais. Enfatiza que esta oferta é tornada disponível não só às mulheres da elite, como também, às de classe média e média baixa. A autora, polemiza quando se refere ao ditado popular tão divulgado, “hoje só é feia quem quer”, o qual passou a ser uma norma e como que qualifica de negligente a mulher que não persegue as correções de suas imperfeições. O legado dessas mensagens permeia o imaginário feminino e intensifica a crença de que a não-correção do corpo resulta, unicamente, de problemas individuais, que vão desde a falta de confiança em si, até os recalques secretos e inconscientes, restando para as mulheres a sensação de fracasso, impotência diante daquilo que não conseguem adquirir pela falta de persistência. Assim, as imagens de mulheres sofredoras, sem vaidade, fora do mundo *fashion*, é uma imagem, até mesmo indecente, para a nossa mídia, como afirma Denise Sant’anna. *O importante é ressaltar a imagem da mulher bela, exuberante que, ocupam páginas inteiras de revistas, sem tristeza e, sobretudo, sem passado* (SANT’ANNA, 1995, p. 129).

Vejamos o dado empírico que confirma, sobremaneira, estas assertivas:



Figura X - Cultura do consumo 4

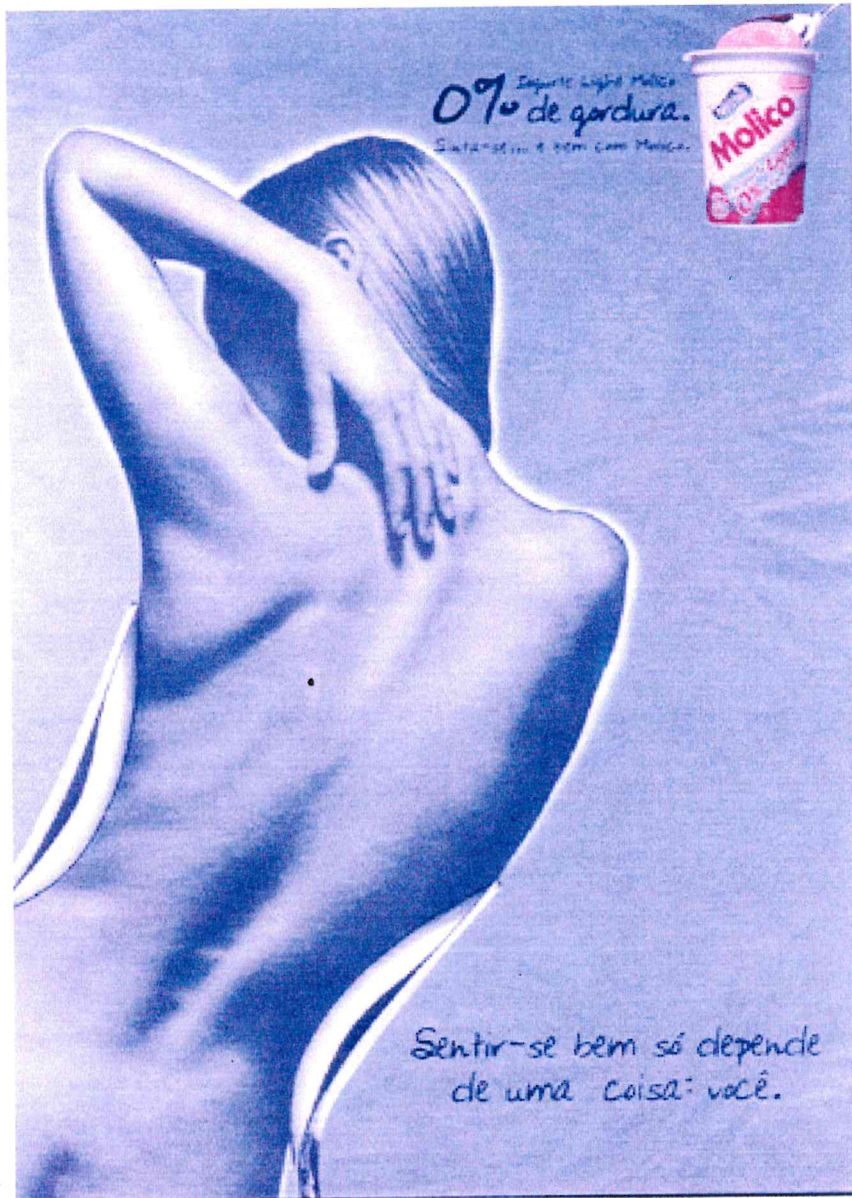


Figura XI - Cultura do consumo 5



# BOA FORMA

Diga adeus à ansiedade. Aula calmante

5 mulheres expõem os pontos fracos do seu corpo e provam que dá para se sentir linda

Energia extra para o fim de semana!



## destruir as calorias!

Exercícios para perder peso sem fechar a boca

**Daniella Sarahyba**

"Faço loucuras quando preciso emagrecer"

Você está em forma? **Teste**

a dieta do café da manhã  
Até 4 quilos a menos por mês

Solange Fr... 37 anos, 3 filhos. Que curvas! Aprenda a ficar como ela

As próteses de silicone que estão recheando bumbum e coxas



Figura XII - Cultura do consumo 6



BELEZA • FITNESS • DIETA • SAÚDE

**Corpo**

**Deborah Secco**  
"Já cheguei a malhar 5 horas por dia para conseguir este corpo!"

**TINTURA EM CASHMERE**  
Com o nosso passo-a-passo, pintar o cabelo é bico!

AS CIRURGIAS QUE CORRIGEM A ARCADA DENTÁRIA E EMBELEZAM O ROSTO

**MULTISTEP**  
A novidade que diverte, modela e queima um monte de calorias

**Pele de seda**  
Dicas para acabar com a aspereza e o ressecamento

**EMAGRECER É SOPA!**  
Uma dieta à base desse prato que afina até 3 kg em 15 dias

**Vale ir para um spa?**  
Cinco leitoras testaram (uma semana) e contam tudo

O QUE ATRAI OU AFASTA UM HOMEM DE UMA MULHER?  
**65**  
RESPOSTAS  
QUENTES...  
DELES!

REVISTA  
CORPO  
ALVARÉS  
111 12P  
R\$ 4,50

Figura XIII - Cultura do consumo 7

Como vemos, as imagens são poderosas, exercem seu fascínio - “sinta”, “experimente”, “perca peso já!”, “emagreça até 2 kg em uma semana”, “como as famosas transformaram seus corpos com malhação”, “vitória contra a gordura localizada!” etc. Essas expressões foram retiradas das principais revistas femininas direcionadas ao embelezamento do corpo - Boa Forma, Corpo etc. São apelos que acompanham as imagens da mulher “moderna” e atrelam a elas sucesso, felicidade, dinamismo, bem-estar pessoal etc. Desta forma, parece ser quase

impossível resistir a essas mensagens, em especial, as nossas mulheres, que desenvolvem idéias obsessivas acerca da imagem, forma e peso corporal. Sentem-se fascinadas a corresponder a este ideal utópico. Vejamos:

*Eu achava assim, 'ah! tomara que já chegue segunda porque segunda-feira fecho a boca', segunda-feira de manhã não ia pro colégio e não ia mesmo, ia pra academia e ficava fazendo esteira, esteira 'ah! já perdi a metade das calorias' e ia me pesar, quando eu conseguia baixar o peso eu ficava satisfeita demais (...), aí eu ia à tarde de novo pra academia (Entrevista 05).*

*No dia que eu não me alimentava de nada eu queria ir pra academia aí minha mãe não deixava mais aí eu queria provar que eu ia (...), fazer aula de estepe (...). Eu levei a vizinha ela pegou a caixa do remédio como se você pra ela, aí comecei a tomar o remédio, tomando, tomando, aí eu via que eu tava conseguindo o que eu queria, era uma confusão porque eu queria me pesar todo dia (Entrevista 02).*

*Se eu tivesse grana já teria feito lipoaspiração teria feito uma porção de coisa, tinha tirado tudo que era de gordura (Entrevista 01).*

Acreditamos ser oportuno relembrar que, na análise da segunda dimensão - o peso da biografia - acentuamos o sentimento de desamparo, interpretado sob nossa óptica, no qual foi se desenvolvendo ao longo das histórias de vida de nossas informantes, ao se sentirem privadas em suas necessidades humanas mais básicas, entendidas aqui como afeto genuíno, amor incondicional, atenção etc. Também vimos a gênese do desamparo nas dores da “criança ferida”, ao ser submetida ao abuso infantil, na ordem do emocional e sexual. Conforme mencionamos anteriormente, até nesta etapa da análise, há a possibilidade da existência de um duplo desamparo habitando o imaginário de nossas depoentes - o estrutural, na ordem psicoafetiva, e o cultural, em um contexto estético-social. Alinhavando estas questões, acreditamos que a cooptação de nossas mulheres, de forma tão alienada, obsessiva e subserviente, se dá, justamente, pelo vazio existencial que carregam dentro de si. Na tentativa de reconquistar a dignidade perdida, através do controle do peso e da forma corporal, caem em



outra armadilha; pensam, realmente, que alcançarão a felicidade, o respeito, a admiração do outro, no entanto, adoecem e, às vezes, tão gravemente, chegando à morte por tal obstinação. Concluímos que a nossa cultura contemporânea, balizada no poder das imagens fetichistas e na lógica do consumo lucrativista e reprodutivista, torna-se um meio, ainda mais adoecedor, para aquelas pessoas que, em especial, possuem fatores predisponentes para desenvolver uma problemática psicoafetiva na esfera alimentar, aqui estudada, como os transtornos do comportamento alimentar.

Nossas depoentes falam a respeito do que, provavelmente, poderá estar ocorrendo ao seu redor, com as outras pessoas que, também, sentem-se seduzidas ao apelo da conquista pelo corpo perfeito, o que é por nós interpretado como um problema social e de saúde pública. BOSI (1998) introduz os conceitos de “contágio simbólico” e “epidemia silenciosa” para designar este fenômeno coletivo, uma verdadeira “febre” que atravessa o cotidiano e o imaginário feminino, de fala em fala, reproduzindo e solidificando, ainda mais, o discurso capitalista. É uma epidemia silenciosa por não trazer alarde, pois quase todos aceitam e incorporam esta lógica nos seus estilos de vida. A seguir, nossas depoentes clarificam estes conceitos:

*É porque todas as minhas amigas só falam em dietas, fica difícil (Entrevista 05).*

*Ah! minhas primas todas fazem dietas, e eu tô gorda (Entrevista 06).*

*Minha amiga tinha feito uma dieta e ela disse assim que os primeiros cinco meses da dieta, ela ficou sem menstruar, aí eu peguei e disse assim menina é isso que eu vou fazer (...), porque essa minha colega ela vive de dieta porque ela é gordinha, vive de dieta querendo emagrecer, e aí outra coisa que eu pensava ‘meu Deus essa minha colega doida pra emagrecer e eu fazendo regime pra engordar’ (...). É muito difícil, eu peço força à Deus, que me dê porque eu sei que vai ser muito difícil, porque*

*por azar eu peguei, na minha sala a I.[outra amiga] que só fala de dieta, ela é da minha sala (Entrevista 02).*

*Quando eu fui pro SPA em janeiro eu tive muita vontade de mostrar as pessoas o que realmente era aquilo porque via gente falando de bulimia, de laxante, de diurético, de natureza muito grande, como se aquilo fosse uma coisa boa, uma ensinando a outra como vomitar, então eu tive vontade de mostrar pras pessoas o que eu tinha passado, muitas vezes eu conseguia eu falava mais eu tentei ir mais fundo, eu fui lá na nutricionista emprestei um livro meu, e falei do CETRATA (Entrevista 06).*

*Porque eu tenho amigas independente de idade tanto mais novas quanto bem mais velhas que ou tem anorexia ou tem bulimia e elas não sabem disso, elas acham que isso não existe ou então, isso é coisa de madame, eu vejo o limite que elas podem suportar e não entro em detalhes, sei e fico preocupada (Entrevista 01).*

*Apareceu no trabalho a história desse coquetel feito na farmácia, com esse coquetel da farmácia em um ano, olhe que eu pesava 87 quilos, em um ano eu pesava 53 quilos (...) Na época era só chegar na farmácia, o pessoal do trabalho tava todo usando (Entrevista 09).*

Parece que, neste campo, como diz Sant'anna, há uma verdadeira “batalha pela beleza”; nossa sociedade não tem espaço para aceitar o que lhe contradiz, o que destoa deste campo de batalha. O peso hegemônico do tradicional fala mais alto e impõe as suas contradições, no que se refere ao preconceito que permeia o imaginário coletivo, mesmo sentindo-se discriminadas, nossas mulheres não conseguem desvincular-se desta lógica, também sendo agentes de discriminação. A contradição reside, justamente, neste fato.

*Hoje em dia eu...eu era a pessoa que adorava praia e eu não tou indo mais a praia por conta dessa gordura e quando eu vou é assim cedinho, eu tenho uma série de restrições (...), de aparecer em público (...) Eu não me sinto tão a vontade, a gordura me incomoda, não aceito quem é gordo, porque me sinto como se fosse uma pessoa derrotada, derrotada porque eu não consigo emagrecer e mostrar essa derrota, essa minha fragilidade, e as pessoas olham mesmo, atravessado (Entrevista 10).*

*Ele [pessoa gorda] pode ta super bem vestido, dez mulheres no outro lado da calçada, ninguém vai olhar pra ele (...), um homem que seja sarado, musculoso, bonitão, bem feito que não tenha um pingão de barriga, se passar ao lado dele na calçada, todo mundo olha pro cara sarado e ele vai passar despercebido, despercebido não, ta do lado do gordo 'olha que homem bonito ali do lado daquele*

*gordo', e isso é a realidade (...). Vejo uma mulher obesa passando no shopping com um homem atraente eu mesma me pego pensando: 'puxa vida! Que essa mulher tem que esse homem ta com ela?'(...). O mundo dos magros é realmente mais leve, o mundo dos gordos não, é um mundo muito pesado, muito gorduroso, é real (Entrevista 01).*

*O jeito que as pessoas passam, a mídia, as mulheres que tem que ser magra, bonita que gordura é feio que gordura é..., você vê os 'out door' com as gordinhas mais é uma em dez mil (...) São contra as pessoas gordas contra a obesidade como se aquilo fosse uma coisa feia uma coisa doentia, uma coisa contagiosa, a imagem que as pessoas passam de uma pessoa gorda é uma pessoa gulosa que só comer e tudo, preguiçosa e apesar de tudo não aceita meu corpo gordo (Entrevista 06).*

Parece que a nossa sociedade, além de ter incorporado esta lógica como tão rotineira, desconhece as formas de adoecimento dos excessos praticados na procura pelo corpo ideal. Banaliza o sofrimento da portadora, não acreditando no seu padecimento, quando esta fica horas na academia, quando dizem que não conseguem comer nada a não ser “laranja e abacaxi”, que têm medo de comer, choram compulsivamente pela roupa que não entra mais, isolam-se, deprimem-se, sentindo-se, mais uma vez, desamparadas.

*Perder aula, e a satisfação que você tem que dar para os professores, porque eles não acreditam que existe essa doença, 'vixe ! isso é uma coisa que você pode sair disso, eles aceitam mas acham que é mentira, acha que é frescura (...), essa menina é essa menina é doida, ela não tem nada não, cheia de frescura (...), perder minha aula, perder matéria porque eu já tenho a maior dificuldade de pegar uma matéria, prá vim pro hospital [CETRATA], eu não, de jeito nenhum, mas eles não entendem (...); eu queria muito que as pessoas soubessem, entendessem (...) pra saber o que a gente sente, porque eles não acreditam, depressão?(...), isso me machuca demais, você tá sentindo uma coisa e as pessoas tipo fazer hora com a sua cara (Entrevista 05).*

*Das pessoas achar que é frescura, frescura o medo de comer, achar que é frescura porque eu acho assim, pra cultura cearense que o pessoal que come muito rapadura, farinha, essas coisas não tem noção, é um povo muito, vamos dizer, sertanejo, aí se a gente chega a dizer que ta com medo de comer ficam rindo da gente, dizem 'deixe de besteira, isso é uma frescura que tu ta fazendo' (Entrevista 04).*

*Era horrível eu não conseguia assistir aula direito, chorava no colégio, ficava vendo se minha calça estava apertada, não conseguia me concentrar na aula de jeito nenhum, no recreio não saía mais da sala, as pessoas começaram a se afastar de mim*

*(...) diziam que era frescura (...), aí eu peguei e vi os comentários e decidi comprar o remédio, o Fibrodiet, (...) decidi a não ir mais pra psicóloga. Porque.....a minha psicóloga me disse assim, que ela ia conseguir me fazer ser gorda e feliz, aí eu fiquei pensando assim, Não!, como é que eu vou ser gorda e feliz? (Entrevista 01).*

*Todo mundo pensa e o próprio compulsivo pensa que compulsão é uma pessoa gulosa uma pessoa que não tem disciplina e não tem controle sobre si em nada, come porque quer e na hora que quiser para (...). Compulsão eu agora tou me dando conta de que é uma coisa muito séria e que ninguém não dá muito valor é uma besteira, todo mundo acha uma besteira (Entrevista 12).*

Nossas depoentes apontam opções para o desconhecimento social que as aflige. Na medida que evoluem no tratamento e se encontram em fase de recuperação, elas se tornam agentes de saúde, provendo informações a outras mulheres que, possivelmente, possam estar no grupo de risco. Outras solicitam que nós, pesquisadores, profissionais de saúde, promovamos campanhas de esclarecimentos à população, Vejamos:

*Num tem sobre a AIDS que todo mundo sabe, todo mundo conhece, eu queria que fosse assim que começassem a fazer divulgações pras pessoas se cuidar, quando fosse começar uma dieta não começar a fazer só, procurasse um nutricionista que entenda do assunto (...), tirei xerox do manual do CETRATA e dei pras minhas amigas (Entrevista 05).*

*Eu não desejo o que eu tou passando nem pra uma pior inimiga, então eu acho que não deviam de maneira alguma fazer dieta só porque eu sei o que eu tou passando(...) não sabia que uma dieta podia virar isso, digo pras pessoas que tenha cuidado porque é chato (Entrevista 04).*

*Eu digo o seguinte que eu descobri que quando a gente tem um transtorno alimentar a gente começa a ver que não sou só eu que tenho, muita gente tem e eu descobri(...). As pessoas estão ao meu redor e tão falando de dieta e de que eu não posso comer isso, que eu não posso comer aquilo (...), a maioria das pessoas pensam do jeito que eu pensava, que tem que ser magra (...) eu tive vontade de mostrar pras pessoas o que eu tinha passado, muitas vezes eu conseguia (...), eu falei do CETRATA (Entrevista 06).*

*Se eu soubesse que ia acontecer tudo isso comigo, eu não tinha feito nada disso (...). Hoje eu digo pra muitas pessoas que diz, 'ah eu quero emagrecer', 'olhe você faça um regime mais fácil, você coma, não pare de comer' (...). É uma fase muito difícil, pra se sair dela é muito difícil (...). Sempre eu digo às minhas primas, minha*

*irmã que é gorda, eu digo 'olhe, você não pare de comer' faça exercícios, porque parar de comer não é saudável, eu fiz isso mas me arrependo e sempre eu deixo um alerta nisso (Entrevista 07).*

Vimos, assim, que nossas depoentes nos oferecem uma amostra do que pode estar acontecendo com outras mulheres, confirmando nossa hipótese sobre a “epidemia silenciosa” e, que, dentre outros motivos, foi a desinformação sobre o risco de suas condutas inadequadas de controle do peso, àquela época, que precipitou o desenvolvimento do TCA. Afirmam que não sabiam do risco que estavam correndo e, algumas, coletivizam seu sofrimento como portadora, com outras mulheres, não querendo isso “nem para seu pior inimigo”. Tornam-se multiplicadoras do que aprenderam, para, de alguma forma ajudar outras mulheres. Nossa depoente de nº 06 é estudante de Medicina e, como presenciamos, conversou com a nutricionista do SPA, até emprestando bibliografia sobre o tema, na tentativa de que esta profissional pudesse ajudar àquelas pessoas. Veremos, adiante, que este fato que se antecipa nesta etapa da análise merecerá especial destaque no terceiro e último tema central - **itinerário terapêutico** - no que tange ao desconhecimento do problema pelos profissionais da área de saúde.

Demonstramos, então, nesta etapa da análise, a forma como nossas informantes coletivizaram seus padecimentos **NA CONDIÇÃO DE SER PORTADORA**, no diálogo construído à época da fase de campo. Abriremos a discussão para o **segundo tema central**, dimensionando-o em dois momentos: **o sofrimento psíquico e o corpo no limiar da subjetividade** como nos referimos no capítulo de abertura da análise.

Ao finalizar aqui a análise do primeiro tema central, a **GÊNESE** do problema, estamos cômicas de que, também, ilustramos, em muitos momentos, o sofrimento de nossas mulheres,

ou seja, obtivemos a maneira como vivenciam elas a condição de ser portadora de transtornos do comportamento alimentar. Contudo, esses relatos foram dimensionados por elas e analisados por nós, numa perspectiva genealógica, que procurou historicizar os principais fatores ligados à etiologia do TCA. Assim, nesta etapa, procuramos alinhar à gênese a atualidade existencial em que essas mulheres se descreveram. Noutras palavras, mostrar o vivido, as sensações, mais próximos ainda.

Neste exercício, não intentamos ser exaustiva ou, até mesmo, repetitiva. Portanto, selecionamos vivências não trabalhadas detalhadamente na etapa anterior, para aqui receber o realce merecido, no intuito de fazer melhor figurar o mundo vivencial de nossa amostra.

Observamos que as mulheres que desenvolvem quadros de anorexia, bulimia ou transtorno alimentar não específico, diferenciam-se, em alguns aspectos, das que são comedoras compulsivas obesas. Contudo, verificamos que na gênese do problema muitos aspectos se interseccionam e, que suas histórias de vida envolvem a existência de uma “criança ferida”, conceito cunhado por CUKIER (1998) e desenvolvido na dimensão - o peso da biografia. Entretanto, veremos nas transcrições a seguir que as mulheres que desenvolvem o primeiro quadro citado referem-se a uma vida anterior ao transtorno alimentar muito diferente da atual. Relatam terem sido meninas tranquilas, obedientes, estudiosas, muito responsáveis, meigas, que viviam recebendo elogios das pessoas pelo comportamento exemplar: “como são educadas”; “que menina boazinha !”.

As mulheres de nossa amostra, comedoras compulsivas obesas, relatam que não se davam conta do processo de ganho ponderal, como se estivessem “encasteladas”, “congeladas” no dia-a-dia e, quando se deram conta, já estavam obesas e com as complicações clínicas



advindas do excesso de peso. Da mesma forma que o primeiro grupo, não sabiam o que era compulsão alimentar. Pensavam que não tinham força de vontade e que emagrecer era só uma questão de auto disciplina, sentindo-se culpadas pela “falta de força de vontade”. Com a busca do tratamento especializado, compreenderam a dimensão e a complexidade envolvida no processo, denominando de “doença” as suas dificuldades com as orgias alimentares e com o controle da ansiedade subjacente.

As anoréticas e bulímicas expressam a mudança de comportamento da seguinte forma:

*Compreendia muito as pessoas, tentava ajudar todo mundo, eu tentava ser o melhor possível (...), tentava agradecer a minha mãe, fazia tudo pra agradar (Entrevista 02).*

*Uma das coisas boas que eu tenho na minha vida é o estudo, muito boa, porque eu fico pensando nas matérias, sempre tirei nota boa, muito boa (...). Minha vida mudou, é um inferno, só fico pensando no que vou comer, se vou engordar (...) toda vida que vou na balança e vejo que aumentei, venho pra casa faço confusão e fico me olhando no espelho (...), eu fico magoando as pessoas, já vou respondendo com mil pedras na mão pra tacar (Entrevista 04).*

*Até então eu era a menina que não tinha dado trabalho, comportadinha, tinha ficado na casa da tia direitinho, nunca desobedeci (Entrevista 03).*

*Eu não sou mais a mesma pessoa que eu era antes (...) agora eu não sinto mais vontade de sair é tanto que as minhas amigas até se afastaram assim um pouco de mim porque acharam que eu tava mais besta (...). Agora não, eu não tenho mais paciência, tô muito irritada (...), parto pra ignorância mesmo, que agora eu não to nem conseguindo me relacionar direito com ele [pai] porque eu tou muito irritada ultimamente com tudo, e ele não me entende (...) mesmo com medo de levar uma pisa ou alguma coisa assim, um castigo mais grito mesmo, e com a minha mãe eu tou assim abusada, tudo que ela fala pra mim incomoda (...), nessa hora parece que é outra pessoa (...), eu não acostumava ser desse jeito (Entrevista 05).*

Já as que desenvolvem compulsão alimentar e são obesas, têm a seguintes explicações:

*Não me dei conta, quando vi, estava hipertensa e com o começo de diabetes (...) Não, sei lá (Entrevista 09).*

*Meu marido disse assim ‘não L. a única coisa que eu quero é que você emagreça’ e eu tomei até assim um susto porque eu não tinha conhecimento que eu*



*tava gorda, ta entendendo? Então eu engordei assim eu acho que numa faixa de tempo, nem sei (...), mas existiu uma história já por trás disso porque eu vendo hoje em dia que depois que eu tive contato do que é compulsão, eu vi que eu sempre fui compulsiva (...), mas eu sempre fui preocupada com essa história de regime (Entrevista 10).*

*Eu achava, 'poxa! é gula eu não preciso comer isso tudo, eu não tou com fome' (...), 'amanhã eu não como mais, vou comer agora', aí você não descobre que você ta comendo pra resolver outro problema teu, (...),então você vai fazendo uma bagunça na sua cabeça aí depois você vai perceber, aí já é tarde, você já ta gorda (Entrevista 12).*

Para CARDEAL (1996) e COUTINHO (1999), pessoas que desenvolvem obesidade por comer compulsivamente têm freqüentemente associados outros quadros psicopatológicos, principalmente depressão e transtornos de ansiedade generalizada. A alexitimia é um traço presente em pessoas comedoras compulsivas e é mensurada através de escalas de avaliação da personalidade. A alexitimia é a inabilidade ou incapacidade de a pessoa identificar suas emoções, sentimentos, bem como de traduzi-los verbalmente; não se dão conta de suas vivências, a elaboração da realidade é pautada em dados concretos, avaliação racionalizada e com difícil nível de abstração.

Com esses achados na literatura especializada, podemos inferir que a dificuldade em se dar conta do processo de vir-a-ser obesa deve-se ao fato, dentre outros fatores, da dificuldade de conexão interna com suas emoções, condicionando as percepções de si num plano de superficialidade, não propiciando, desta forma, uma real apropriação do que ocorre em suas vidas. As orgias alimentares, episódios de *binge*, passam a ser um veículo que “anestesia”, impedindo esse contato.

No grupo que desenvolve, como eixo psicopatológico comum, o medo mórbido de engordar e idéias obsessivas acerca da forma e peso corporal, podemos avaliar que a mudança

de comportamento, durante o desenvolvimento do TCA, em muito se dá pela história de submissão frente às figuras de autoridade. Essas meninas são especialistas em gratificar seus pais, professores e parentes, vivendo em função das necessidades do mundo externo. Com isto, perseguir implacavelmente o controle de seu peso é a única forma, até então possível, para adquirirem algum senso de autonomia em suas vidas (HERCOVICI & BAY, 1997).

Contudo, no momento, não podemos interpretar, com propriedade, a diferença entre os dois grupos de mulheres que desenvolvem um TCA, nem mesmo o que ocorre ao longo da vida de uma mulher que a torne vulnerável ao desenvolvimento de anorexia/bulimia e não do transtorno do comer compulsivo e vice-versa. Por conseguinte, nossa incapacidade reside, num primeiro plano, o fato de estas questões não serem alvo dos objetivos de nossa investigação e, conseqüentemente, não faz parte do nosso objeto de estudo; num segundo plano, para tal intento, que envolve a análise da estrutura de personalidade, se fazem necessários outros instrumentos de avaliação, como o uso de testes psicométricos e projetivos para o dimensionamento das principais características de personalidade. No entanto, fica aqui apontada a necessidade de investigações futuras que possam esclarecer as principais diferenças entre os subgrupos de TCA, no que tange à estrutura de personalidade de seus portadores e os fatores ambientais envolvidos na etiologia do problema.

Todas as nossas depoentes enfatizam que vivem um tormento em suas vidas; ter de conviver com suas desordens alimentares e afetivas é muito difícil. Caracterizam suas vidas como sendo demasiadamente sofridas e dependentes da relação disfuncional com a comida, “como se o mundo só girasse em torno disto” (Entrevista 09).

*Eu vivo assim um grande desassossego porque você viver pensando na hora que você vai comer você já fica pensando, ‘ah, se eu comer se eu vou engordar’, é um*

*desassossego (...), qualquer canto que você vai você se olha e 'será que eu tou gorda?' Será que tou magra? Será que vão me achar gorda? (Entrevista 02).*

*Vivo chateada comigo mesma; até mesmo com o que eu merendei eu fico pensando será que eu comi muito antes de ir pro colégio, eu vou ter que merendar de novo, mais eu tento falar normal com as pessoas porque se eu chegar mal 'essa menina é muito é fresca' (...), nada é impossível mais tudo eu acho impossível, eu já vou pensando negativo (Entrevista 05).*

*Eu não sei nem dizer só sei que é muito difícil porque assim as pessoas não entendem (...), eu me culpo, eu choro (...), eu já pedi uma vez pra minha mãe uma ajuda quando eu tava num momento de choro eu disse mãe por favor me ajuda a sair desse problema (Entrevista 04).*

*Era um cabo de guerra, era uma coisa me puxando pra ir pra geladeira e eu não querendo ir pra geladeira (...) eu comia e vomitava, comia e vomitava eu sempre tava com fome e sempre minha cabeça tava ligada na comida. Então isso me prejudicou muito, mesmo que eu quisesse estudar, assistir televisão, qualquer coisa que eu fizesse eu tava sempre ligada na comida (Entrevista 06).*

*Quando eu to empanturrada (...) a sensação que eu tenho é que eu to inchando é aquela comida que eu ingeri no outro dia ela vai me dar cinco quilos, é um desespero (...), provoço o vômito, e se eu comer demais, demais da conta e tomar dois copos d'água às vezes não precisa nem eu colocar o dedo pra provocar, simplesmente eu já chego no vaso e já ta saindo, então é uma coisa nojenta, o vômito misturado com o choro (Entrevista 01).*

*Só devia ser uma culpa muito grande pra eu querer tanto me destruir e ter um processo de destruição tão grande, porque é uma auto-destruição. Na minha infância na minha adolescência e até depois de adulta eu tive e tenho picos de depressão (...), por causa das minhas angustias ou por ser gorda (...), por que eu me sabotava tanto (Entrevista 11).*

*Eu estava com depressão (...), porque tanto a depressão quanto a compulsão, quando você mistura tudo, você não sabe mais o que você tem (...), a compulsão alimentar é uma coisa terrível(...) chega num ponto que você não tem mais o paladar (...), então você vai fazendo uma bagunça na sua cabeça, fica muito tumultuada a cabeça da gente, e não tem uma saída (Entrevista 12).*

Nossas entrevistadas, principalmente as que desenvolvem bulimia do subtipo purgativa, referem-se, também, à condição de dependência física dos episódios de *binge* e das purgações. Demonstram que, com o decorrer do tempo no transtorno alimentar, aprenderam a lidar com a

vida emocional desta forma, não encontrando mais outro caminho. O “vício” é a forma como caracterizam a relação com o TCA. Interessante é lembrar que a depoente 1 tem dezesseis anos de bulimia e a depoente 3 apresenta onze anos de ciclos alternados entre dietas restritivas, episódios de *binge* e uso abusivo de laxantes e supositórios. Em ambos os casos, apresentam história de abuso sexual na infância. Parece que este fator, associado ao tempo de duração do transtorno sem o tratamento adequado, as tornaram dependentes dos rituais para estabilizar a ansiedade e o *stress* ambiental.

*Considero que é estar em risco de vida, ninguém pode imaginar um ritual bulímico na hora que vai o sanitário, só quem está vivendo (...), é como se eu fosse dependente de droga, eu não consigo mais viver sem isso de repente quando bate a compulsão pra comer e logo a compulsão pro vômito (...) aí eu ligo a televisão, aumento o volume, ligo o chuveiro, dou descarga, tiro a roupa toda e provoço o vômito (...), eu sinto os olhos inchando, meu rosto inchando e as lágrimas correndo, meu pescoço latejando, meu pulso latejando, minha pulsação acelerada, eu fico vermelha (...), aí quando eu paro olho pro espelho aí eu me vejo assim inchada, vermelha, molhada, suada e pego no meu pulso ele ta tum, tum, tum, pego no meu pescoço aqui e eu, ‘será que vai ser agora?’ (...). Há uma desestabilização de humor, fico irritada, agressiva, não consigo dormir, eu tenho insônia fico acordada até três, quatro horas da manhã, eu tento não fazer isso, mas se eu pegar três, quatro, cinco sanduíches e botar pra fora depois, é uma descarga de energia que me deixa exausta aí eu durmo (Entrevista 01).*

*A impressão que eu tenho é que assim como um bêbado, uma pessoa alcoólatra, um drogado, ele num procura droga pra fugir daquilo, então as vezes eu tenho a impressão que eu procurei a comida pra fugir dos problemas, de enfrentar os problemas, certa situação que eu não era forte o suficiente, então sempre procurava comida pra assim, desviar, eu num sei, anestesiá (Entrevista 03).*

*A pessoa amanhece mal e tem impressão que tá de ressaca, exatamente isso é uma ressaca, você tem impressão que tá de ressaca e compulsão não é brincadeira não (Entrevista 12).*

Apesar destes rituais fazerem parte da vida de nossas mulheres, é um outro tormento ter que torná-los secretos no seu dia-a-dia. Relatam que sentem muita vergonha e que não gostariam de que ninguém presenciasse esses episódios. O medo de serem discriminadas e

impedidas de realizá-los é um dos fatores que contribuem para mantê-las no anonimato (CORDÁS, 1998). Assim, pensamos que há dois fatores se interagindo. Necessitam dos rituais pelos “ganhos” que obtêm e, ao mesmo tempo, não se podem imaginar sendo rejeitadas ou discriminadas pelas condutas inadequadas, disfuncionais, com a comida. Por conseguinte, é por demais doloroso para nossas informantes terem que lidar, novamente, com situações que as remetam à discriminação.

*Muitas das vezes eu ia comprar [laxantes], mas quando eu já sentia vergonha de ir na farmácia comprar (...), aí eu já mandava outras pessoas irem comprar, eu pensava: ‘todo dia essa menina toma laxante, tá no laxante, será que essa menina tem algum problema, alguma doença de pele alguma coisa assim contagiosa’, porque eu fazia muito escondido (...) eu fazia o máximo, me trancava no quarto Ave Maria ! (...), se chegasse alguém eu escondia o laxante (...), aí eu me escondia, me trancava assim num banheiro, comprava uma água mineral em algum canto e tomava como se fosse um outro comprimido, se as pessoas perguntassem o que era eu dizia que era um remédio que eu tinha que tomar (...), aí tomava muito escondido mesmo e nunca ninguém da minha família, nunca ninguém percebeu nada (Entrevista 05).*

*Minha mãe não sabia que eu vomitava (...), porque ela não via, depois do almoço eu ia pro banheiro e lá vomitava. Ela sabia que eu não queria comer mais que eu vomitava ela não sabia (Entrevista 07).*

*É essa a sensação que eu tenho então isso é muito iminente, e eu não iria deixar que ninguém visse e nem vou deixar e nem nunca deixei que ninguém me visse numa situação dessa [crises de binge e indução do vômito] (...), ninguém imagina como é a posição (Entrevista 01).*

*Eu até levei uma vizinha nossa porque o povo da farmácia ia achar estranho, assim eu magra o que eles, sabe assim, iam pensar (...), aí levei a vizinha ela pegou a caixa como se fosse pra ela o remédio, aí comecei a tomar o remédio [remédio para emagrecer] (Entrevista 02).*

O medo é um sentimento iminente na vida de nossas entrevistadas, podendo estar associado ao olhar do outro, ao medo de comer e engordar e até mesmo, da morte. São condições de vida circunscritas a problemas outros que não se resumem à relação com a comida.

*Eu já tinha era medo quando eu sabia que uma tia minha vinha pra minha casa (...), 'será que ela vai me achar gorda também? Porque a minha tia achou e será que essa outra também vai achar?', eu já tinha era medo, eu não queria mais nem receber ninguém na minha casa (Entrevista 02).*

*Todas as vezes que eu tô no vaso sanitário eu acho que vai ser a última (Entrevista 01).*

*Eu tinha medo, eu achava que se eu fizesse aquilo [induzir o vômito] eu ia emagrecer mas ficava com receio de causar alguma coisa, algum tipo de doença em mim (Entrevista 04).*

Vimos que a fragilidade, sentir-se indefesa, é um conteúdo muito próximo de suas vivências relacionais e intrapessoais. A falta de recursos internos balizadores da auto-estima é um dos substratos que propulsiona a falta de pertencimento, de validação pessoal e existencial.

Com efeito, delineamos em nosso marco teórico as etapas de formação da imagem corporal e que esta se encontra vinculada, também, à auto-estima. Ancorada nos conceitos de MAHLER (1993), no que tange às etapas de separação-individuação, compreendemos os momentos em que distúrbios neste processo relacional, com o objeto de amor, poderão determinar uma falha básica na auto-estima do indivíduo e, também, a forma como representam a imagem corporal, já que estas se encontram vinculadas. Percorremos os conceitos teorizados por CUKIER (1998), na gênese de uma “criança ferida” nas principais fases da infância, também, como forma de mostrar os fatores que levam à impressão de falhas na auto-estima.

Interessante observar que, no estudo de caso-controle realizado por FAIRBURN *et al.* (1999), na Inglaterra, foi detectado que a tendência ao perfeccionismo e a baixa auto-estima antecedem o aparecimento do transtorno alimentar e estão significativamente correlacionados com o grupo de casos, em comparação ao grupo-controle, sem nenhuma desordem psiquiátrica, e ao grupo com desordens psiquiátricas gerais. Os autores alertam para o fato de



que estes traços de personalidade aumentam a probabilidade de esses indivíduos realizarem dietas para fins estéticos.

Estes achados vão ao encontro de pesquisas realizadas por autores latino-americanos, cujo paradigma de investigação converge à avaliação da personalidade de portadores de TCAs. Assim, ASTUDILLO (1996), BOREL (1998), CALDERÓN (1998) e MARSÁ (1999), através da aplicação de inventários que analisam o perfil de personalidade e traços psicopatológicos em pessoas com TCAs, encontraram que, quanto menor a auto-estima, maior a insatisfação corporal relacionada às patologias do comportamento alimentar; alto grau de perfeccionismo, o que leva a exigências superiores e rigorosas de desempenho requerido por qualquer situação; atenção super valorizada aos fracassos, e o pensamento se caracteriza por escolhas dicotômicas, tudo ou nada, só restando o êxito ou o fracasso como os resultados possíveis. Há associação direta entre insatisfação corporal, perfeccionismo e baixa auto-estima, demarcando, com isto, que, os transtornos de personalidade, de acordo com o nível de severidade como que se apresentam, condicionam maior gravidade e pior prognóstico do transtorno do comportamento alimentar.

Podemos inferir, então, com os achados ora apresentados e com as categorias empíricas ilustradas a seguir, que o curso de desenvolvimento do indivíduo, suas principais experiências ao longo da infância, irão determinar, em conjunto com os fatores hereditários, a base de sua estrutura de personalidade. Por outras palavras, são traços específicos da maturidade emocional do indivíduo que irão determinar a vulnerabilidade às pressões internas/constitucionais e ambientais/culturais. Com isto, acreditamos que é a partir destas profusões cambiantes de fatores que o indivíduo tenderá a ser predisposto a desenvolver traços



de perfeccionismo, baixa auto-estima e insatisfação com a imagem corporal. Parece que esta é a teia subjetiva que ancora a adoção de práticas inadequadas de controle de peso, principalmente no sexo feminino, capturadas ao apelo do corpo esquelético como símbolo de beleza e sucesso.

Nossa sexta informante dimensiona essas questões teóricas no seu vivido, atribuindo a sua “cura” a algo bem além da remoção dos episódios bulímicos.

*Eu acho que só vou ter realmente cura quando a minha auto-estima tiver bem alta, quando eu tiver realmente crente de que eu sou bonita, que eu tenho capacidade (...), porque a questão cultural foi introduzida também na cabeça da minha mãe, da minha família de que a beleza era uma pessoa magra e isso foi passado pra mim quando eu era criança (...), eu tenho que elevar minha auto-estima porque fica muito difícil de dizer (...), quando as outras pessoas apontam que eu sou gorda, ainda sinto aquilo doer, entende, pra mim ainda falta, assim, um bom tempo pra eu me curar.*

Outros depoimentos confirmam a presença da baixa auto-estima como determinante na plasticidade do transtorno:

*Geralmente na hora que eu to vomitando eu to chorando, me dá um desespero de tá naquela situação de não conseguir controlar aquele choro mesmo de me sentir na sarjeta (...). Quando eu era abusada [abuso sexual] e que eu ficava largada no chão feito um molambo, é a mesma sensação que eu tenho quando eu to no vaso sanitário, que eu sou pano de chão de banheiro. (Entrevista 01).*

*Eu me sentia gorda eu acho que quando eu saísse na rua o pessoal ia dizer ‘você tá muito gorda’, eu me sentia tão feia, tão feia, que não queria mais sair de casa, vivia dentro do quarto (Entrevista 07).*

*Hoje em dia que me sinto assim uma pessoa muito feia, porque todo mundo diz ‘L. tu tem um rosto muito bonito’ mas essa coisa pra mim da gordura é uma coisa que realmente eu rejeito, assim, em tudo (Entrevista 10).*

*‘Eu não consigo namorar’, ‘ah não consigo ser bonita’ (...), me sinto feia, horrorosa aí bufo, deprimia e mais comia, quanto mais eu tinha depressão, mais eu queria comer também (Entrevista 11).*

*A minha auto-estima sempre foi baixíssima, principalmente porque uma pessoa que é gorda e tem pavor a gordura, você é gorda e não gosta de gordura então você tem pavor, tem horror, acha horrível, então minha auto estima fica lá em baixo (Entrevista 06).*

Nesta seqüência veremos o relato da segunda depoente, no qual perfeccionismo patológico, o alto grau de rigidez e a automutilação nos oferecem a dimensão do transtorno de personalidade associado à anorexia nervosa.

*Eu me detestava, tinha raiva (...), eu me arranhava (...), ficava me batendo, achando que tenho banha, achando que minhas pernas tão muito grossas (...), ficava, assim, pegando nos ossos; era uma forma de ter controle da minha magreza (...), ia no banheiro pegava a fita métrica, ia me medir todinha, deitada na cama, acordava várias vezes de noite pegando nos ossos (...). Eu adorava botar comida para as pessoas comer, porque eu sentia assim, um prazer, elas não tinham a força que eu tinha de não comer um chocolate de não comer um biscoito recheado (...), terminei a primeira caixa [fibrodiet], ficava tomando a segunda caixa sem ela [mãe] saber (...), fui perdendo, perdendo, aí cheguei aos 39 quilos (...). Ontem, eu tava chorando, e perguntando pra mamãe, por que ela não tinha me feito magra.*

Constatamos a existência de outro fator que diferencia o grupo das mulheres comedoras compulsivas obesas daquelas que adotam práticas restritivas e purgativas para o controle do peso. Parece que a falta do controle dos impulsos é presente, mais acentuadamente, nas que desenvolvem compulsão alimentar e não utilizam nenhuma prática purgativa. Por conseguinte, são obesas. Já no outro grupo, o controle, a rigidez associada ao perfeccionismo é uma característica muito presente. No entanto, episódios de compulsão poderão estar presentes, também, na anorexia nervosa, mas o que a nossa experiência clínica nos mostra é que, logo após à orgia alimentar, há a tentativa de retomar o controle perdido.

Vimos que a patoplastia do transtorno alimentar, bem como a sua categoria e severidade, encontram-se vinculadas diretamente à estrutura de personalidade do portador e do contexto de sua biografia, ou seja, das principais experiências vividas e como estas acoplam-se

à auto-estima. Portanto, é por demais complexo predizer o que faz uma mulher desenvolver obesidade pela compulsão alimentar do que baixo peso pela anorexia nervosa, ou até mesmo, conservar o peso-limite às custas de rituais purgativos. Entretanto, ressaltamos anteriormente a necessidade de que estudos sejam realizados a fim de demarcar estas invisíveis fronteiras localizadas no terreno da subjetividade.

Por ora, ilustraremos estas diferenças pelo vivido de nossas informantes:

*Se eu beliscasse um pedaço daquela carne já era assim um fim do mundo, pra mim eu já tinha engordado (...), eu procurava às vezes até o caldo que fica na carne e ia provar, pra mim aquilo ali, já tinha engordado, pronto quebrei minha dieta, se eu não comesse fruta, eu achava que quebrei minha dieta (...), eu já pensava, à noite eu tomo laxante, tomava dois laxantes por dia (...) aliviava, eu sentia a barriga mais leve, eu achava que tava mais magra (Entrevista 05).*

*Ela [mãe] inventava de fazer coisa diferente pra ver se eu comia, mais mesmo assim eu me agüentava, eu sentia vontade de comer, tinha fome como qualquer uma pessoa que sente fome mais eu não comia (...) eu me agüentava e não comia (...) passava o dia com frutas, só frutas (Entrevista 02).*

*O meu problema é comer de madrugada, até como gelado (...), comecei a comer mais, no começo, sentia aquela gula e comia, comer mesmo, uma coisa terrível (...), de amanhecer o dia que não podia nem...empanturrada me sentindo mal, se sentindo super culpada e a gente não tem solução (Entrevista 12).*

*Hoje tive um 'stress' muito grande de manhã, passei num local comi dois chocolates enormes e aquilo ali me aliviou (...) aí bufo a comer (Entrevista 11).*

Nossas informantes relataram que, em muitos momentos de suas vidas, a desesperança era tão grande, o problema que atravessavam ia tão além de suas forças, que a única saída era a morte. Portanto a recorrência nas entrevistas do conteúdo - suicídio - nos faz refletir o grau de sofrimento dessas mulheres, além desta problemática incrementar as estatísticas públicas de morte por suicídio e expressar o desconhecimento social, dos profissionais de saúde, com o conseqüente despreparo na assistência etc., como veremos no terceiro eixo central de análise -

**itinerário terapêutico.** Como ilustramos em nosso marco teórico, os transtornos alimentares são o transtorno mental o que mata mais. A taxa de letalidade varia entre 10 a 20%, levando à morte por suicídio, parada cardíaco-respiratória ou severa desnutrição (SBPC, 1993).

*‘Ah! se eu morresse era muito melhor’ às vezes quando eu tenho compulsão eu até me tranco no quarto e digo meu Deus me leve, porque eu não agüento mais viver (...). Eu perdi totalmente a vontade que eu tinha de viver, pra mim tudo tanto faz, não tem mais sentido, de jeito nenhum (Entrevista 05).*

*(...) Cheguei ao ponto de pensar em me matar, e antes apesar de todos os rituais eu não tinha esses pensamentos limitrofes de suicídio (Entrevista 01).*

*Não tenho mais auto-estima, não tem mais nada, tava super-deprimida e pensava até em suicídio, muitas vezes (Entrevista 11).*

*Já pensei em suicídio, foi assim muito terrível (...), cheguei até, assim, ir pra praia e ter vontade de pular lá de cima das pedras porque eu achava que era muita fraqueza tá passando por aquilo (...), eu sou muito severa comigo, então eu sempre achei que essa questão de doença psicológica, isso aí era coisa de quem era fraco, e que não tinha coragem de enfrentar as coisas (Entrevista 03).*

*Pensei muitas vezes, me dava aquela vontade de morrer, várias vezes eu pensei em suicídio, eu queria tanto morrer e acabar logo com esse sufoco (Entrevista 07).*

Interessante observar o relato de nossa quinta depoente ao dizer:

*Eu acho bem claro é a questão do inconsciente, é como se eu fizesse aquilo inconscientemente, (...); quando uma coisa mexe psicologicamente com você é muito complicado, porque a sua mente comanda o seu corpo mesmo.*

Acreditamos que, neste discurso, figura a mensagem da impotência mediante as seqüelas somáticas. O sofrimento corpóreo pode até ser aliviado por algum fármaco como paliativo, mas o movimento compelido pelo desejo, pela paixão, que as faz praticar atos tão bizarros com seus corpos, este estado de angústia, incompletude e impossibilidade de resposta, ao mesmo tempo invisível e tão presente em suas vidas, só pode ser restaurado se posto no trânsito de suas biografias. Como diz, “é a questão do inconsciente”, ou melhor dizendo, é

algo que, ainda não compreendido, não pode ser integrado e revertido como real possibilidade de libertação dos grilhões que as colocam como prisioneiras da sua história. Outra informante nos diz:

*Eu sei que é muito assim de cabeça, emocional eu tenho certeza que isso é um problema emocional (...), ele [pai] acha só porque eu to almoçando, jantando, eu já to curada, ele acha que já tá tudo bem (Entrevista 02).*

Contudo, o nosso intento é trazer ao foco da discussão, a análise da última dimensão do segundo eixo central - **o corpo no limiar da subjetividade**, mostrando os diversos sintomas físicos que o portador de um TCA poderá desenvolver na procura do controle do corpo, no caso das anoréticas e bulímicas, ou até mesmo, como forma de “anestesiar” emoções, demasiadamente incômodas e doloridas, nas mulheres comedoras compulsivas obesas. Todavia, nosso interesse, também, é preparar o leitor para a entrada no terceiro eixo central de análise, na qual mostraremos a assistência recebida no momento em que nossas informantes foram à procura de ajuda.

Além do sofrimento psicológico, como mostramos na dimensão anterior, a dor do corpo se coloca como uma imposição a ser, por nós, refletida. Esta dor acaba servindo de ponte entre o psíquico e o somático. Desta forma, o corpo passa a ser continente dos processos subjetivos, de uma dor que não pode ser falada e por isto mesmo deixa suas insígnias num mal-estar que atravessa o orgânico e pede para ser escutada. Entretanto, é uma dor que só pode realmente ser escutada para além dos sintomas físicos, que revela, ao mesmo tempo que oculta, o conflito que, na verdade, urge ser ouvido.

Este jogo de esconde-esconde que tentamos ilustrar é, justamente, o movimento camuflado das complicações clínicas do transtorno alimentar, se compreendido como um

fenômeno psicossomático. É uma contradição, mas deve ser visualizada exatamente assim, para não nos prender aos determinismos dualistas mente-corpo e somente medicalizar algo que precisa, na verdade, ser falado, compartilhado, ou melhor, como nossa décima depoente nos diz: “preciso de um profissional que possa dividir as culpas comigo”.

CASULLOI (1998) afirma que o corpo é utilizado para expressar e confrontar situações de angústia e *stress*, tanto de características pessoais como psicossociais, produzindo-se as chamadas somatizações. Para tanto, esta, necessita ser entendida como a expressão corporal de um mal-estar emocional, na ausência de uma patologia física definida. A linguagem do corpo deve ser compreendida em relação às variáveis pessoais, culturais e sociais, implicando estas enorme importância diagnóstica. Com efeito, o corpo é um campo no qual os sujeitos projetam seus mal-estares psicológicos e, sendo assim, é impossível pensar numa abordagem conceitual e metodológica desvinculada da dimensão sociocultural contida nas representações subjetivas, que outorga um significado particular.

Compreendemos que a medicina psicossomática é o estudo das relações mente-corpo, tendo como base a riqueza semântica da linguagem corporal expressa pelo sintoma. Aborda a pessoa de forma integral com ênfase nos aspectos psicológicos da patologia somática. Assim, por esta abordagem os TCAs são vistos como apresentando no corpo sérias complicações clínicas envolvendo o complexo sistema psiconeuroendocrinológico mas, também, atenta para a realidade social na qual o indivíduo está inserido e seus rebatimentos nos afetos e como estes interatuam no corpo. Noutras palavras, a pessoa com suas experiências afetivas-no-mundo, é concebida num mesmo plano de significação, permitindo uma visão mais abrangente do ser humano e de suas formas de adoecer.

Pela racionalidade médica científica o biológico é o essencial; quanto mais competente, preciso e sofisticado o diagnóstico melhor será a detecção da perturbação somática. Com isto não queremos dizer que a visão psicossomática dispense o moderno aparato tecnológico na identificação do biológico alterado, absolutamente. Preconizamos que, nesta abordagem a dimensão orgânica é tão importante quanto na visão tradicional mas, acrescenta-se a isto, a importante interface existente entre o psíquico e o mundo social que transversaliza, inevitavelmente, o biológico.

O padecimento corporal aparece a seguir ilustrado:

*Porque a minha bunda já tava ferida porque o osso, eu não conseguia mais me sentar, e a minha mãe, 'minha filha leve um travesseiro'. Mãe lá vou levar um travesseiro que é pior, porque o povo ia ficar perguntando, 'o que é isso'? (Entrevista 02).*

*Logo no começo, quando, eu perdi os sete quilos, eu passei dois meses sem menstruar aí depois vinha, era assim, tinha mês que vinha tinha mês que não vinha, mais ultimamente ta com 4 meses que nada de menstruação (Entrevista 05).*

*(...) Aí fisicamente já fui pro hospital duas vezes pra emergência com dores no estômago, de não agüentar os espasmos no estômago (...), teve uma época que eu tinha que tomar quase todo dia remédio pra estabilizar meu intestino, por exemplo, será que vai dar pra mim trabalhar hoje de manha? (Entrevista 07).*

*Fiquei menstruando assim porque também da primeira vez não regularizar aí quando completei 16 anos não vinha mais, já tinha começado o negocio da dieta e pronto não vinha mais de jeito nenhum e fiquei os 16 anos todinho sem menstruar (Entrevista 02).*

*As vias orais (...), a minha garganta, traquéia, o tubo digestivo, eu tava sentindo isso aqui ardendo muito (Entrevista 01).*

Como vimos, em etapas anteriores de nossa análise, o desconhecimento social, o da paciente e de suas famílias, leva, muitas vezes, à procura de ajuda pelos sinais e sintomas clínicos. O médico se confronta com o “estômago que dói”, “faringite recorrente”, “ardência na garganta”, “menstruação atrasada”, “não consigo emagrecer”, “meu intestino é desregulado”



etc.; o médico vê, apreende e “cura” uma parte do corpo, desencarnada da sua história pessoal e sem existência social. Assim, procuram assistência com a intenção de buscar alívio para o incômodo do corpo. Algumas depoentes com algum nível de informação até procuram um acompanhamento psicoterápico ou psiquiátrico. Entretanto, pela nossa experiência clínica, quando isto ocorre, na maioria da vezes, é o profissional de saúde que não conhece o que está tratando. Com isto, utilizam de abordagens não adequadas a esses transtornos. Como veremos adiante, são condutas que propiciam o subdiagnóstico, medicalização inadequada e, até mesmo, o agravamento da patologia. Algumas procuram profissionais ou instituições especializadas no tratamento dessas desordens mas, pelos mais diversos motivos, são exceções.

Analisaremos estas questões, aqui, com a abertura do último tema central de nosso estudo - **ITINERÁRIO TERAPÊUTICO** na busca da assistência.

A primeira dimensão ressaltada é por nós denominada - **a peregrinação**. Desta forma, “mapeamos” os diversos especialistas consultados por nossas informantes e o que encontraram como abordagem, diagnóstico e prescrição terapêutica.

O termo peregrinação é utilizado por nós para indicar, de certa forma, um outro tormento vivido por elas, o de não serem realmente escutadas e, por isto mesmo, vão à procura de outro especialista.

Com efeito, não chegam aos diversos profissionais dizendo: “Doutor, eu tenho um transtorno alimentar!”. Evidente que não, mas dizem isto de outras formas.

A observação, a procura de sinais e sintomas, ou seja, a soberania do olhar investigativo é algo indiscutível na prática da medicina moderna. Escutar, dar lugar para a alteridade que se manifesta, é um manejo, ou melhor, uma atitude, muito pouco exercida na

abordagem médica e, como veremos, é extremamente importante no cuidado do portador de transtornos alimentares. Arriscamos dizer que a mais importante conduta, “curativa” por excelência, de pessoas que pedem atenção, apoio e confirmação incondicional. Necessitam do espaço dialógico, harmônico e afetuoso para organizar suas vidas, resgatar suas “crianças feridas” e, com coragem, recolocá-las no trânsito de suas histórias que, por ora, se mantêm silenciadas pelo sofrimento psíquico projetado no corpo padecente .

Vimos, **no peso da biografia**, que suas famílias são desestruturadas, rígidas em seus valores, confusas na falta de delimitação de fronteiras e aglutinadora de papéis, com pouca ou sem nenhuma diferenciação entre seus membros, dificultando, assim, o crescimento emocional e a autonomia de seus componentes.

Presenciamos, também, com recorrência em todas as entrevistas, que ao longo do processo de amadurecimento, principalmente na infância, viveram situações humilhantes e traumáticas. Por conseguinte, essas experiências deixaram marcas profundas que, de alguma forma, a comida ou o ato de alimentar-se aparece como mediador simbólico na interface deste engodo. Assim, acompanhamo-las na gênese de suas “crianças feridas”, as quais ficaram imprimidas em seus psiquismos. Apreendemos, assim, o primeiro desamparo.

Analisamos a forma como são seduzidas, cooptadas, através de suas fragilidades, pela cultura de consumo. Aderem ao apelo do corpo esquelético, com o uso dos produtos *light/diet* e até acreditam que entrar num vestido P trás felicidade. São “presas” fáceis neste cruel espaço de concorrências desleais, como já dizia Bourdieu. Assim, vivem, no âmbito estético-social, a ilusão da reparação de suas baixas auto-estimas, com isto experienciando o segundo desamparo.

Com certeza, ao resgatar a trilha de vivências desamparadoras, queremos indicar que no itinerário terapêutico não foi diferente.

Através de seus depoimentos que enunciam “revolta”, “humilhação”, “solidão”, “incompreensão” etc., peregrinamos junto com nossas mulheres pelas diversas condutas nas quais foram submetidas, constatando, assim, a vivência do terceiro desamparo.

Num primeiro momento, escolhemos em descrever a “peregrinação” da segunda depoente a fim de ilustrar o que ocorre quando o diagnóstico não é realizado precocemente e, por conseguinte, a contínua procura de ajuda e os sucessivos fracassos terapêuticos aumentam e reafirmam o ciclo repetitivo desamparador.

#### **INFORMANTE - 2 - “A saga”**

*Eu comecei a fazer a dieta por minha conta aí cheguei aos 40 quilos, minha mãe me levou na pediatra (...) e ela disse assim: A. vamos só botar mais fruta na sua alimentação, passou umas vitaminas e eu não quis tomar (...), depois fiquei indo pra psicóloga amiga da minha mãe, aí ela pegou e disse assim: ‘vamos botar uma endocrinologista que é uma pessoa ótima e tudo, aí eu tá certo (...), fui pra psicóloga e endocrinologista também aí ela me passou uma dieta que era uma confusão, eu tenho também guardada, era uma dieta dos pontos, (...) a gente [família] achava que ela tava correta, era uma dieta que eu tinha que atingir tantos pontos, e na dieta tinha as tabelas de todas calorias e os alimentos aí que eu ficava mais assustada porque eu ia comer aí tinha lá – uma rodela de abacaxi aí tinha o tanto de calorias, aí isso eu não posso comer porque tem muita calorias (...), piorou, só que aí eu consegui até...fiquei com a psicóloga três meses e consegui repor algum peso mesmo ao tronco e barrancos e toda confusão consegui repor e cheguei aos 44 (...), fiquei com medo de enfrentar as pessoas, não queria sair de casa, não queria ir pra canto nenhum queria só ficar em casa com medo.*

Observamos que sua pediatra acreditava que, inserindo frutas e vitaminas, estaria tratando o problema da paciente. É difícil imaginar que no cuidado de uma adolescente com 40 kg por 1,60 m, tendo 16 de IMC, não se tenha levantado a hipótese de restrição alimentar auto-induzida. Não houve por parte da profissional nenhum encaminhamento especializado,

resumindo a conduta na prescrição de frutas e vitaminas, conduta que acreditamos coerente na óptica de um possível diagnóstico de desnutrição, mas insuficiente na detecção de seu medo mórbido de engordar, o qual a levou a praticar dietas hipocalóricas por conta própria.

Este fato ocorrido com nossa depoente vai ao encontro às discussões tecidas por MATARAZZO (1992), através de um estudo descritivo, no qual analisou os aspectos clínicos e terapêuticos de 20 casos de anorexia nervosa. Afirma que na fase inicial da doença é comum que os pacientes sejam levados a consultas com médicos clínicos. Estes, não familiarizados com o diagnóstico de transtornos alimentares, não o identificam; atribuem aos sintomas causas passageiras e receitam vitaminas, fortificantes, estimuladores do apetite. O transtorno prossegue em seu curso, cronifica e, com frequência o paciente é internado em hospitais gerais no qual a conduta é a reposição de peso; com a alta hospitalar perde rapidamente o peso adquirido. A autora finaliza, evidenciando que dos 20 pacientes que compuseram a casuística, 50% deles estiveram internados uma ou mais vezes em hospitais gerais.

A depoente chegou até à psicóloga por esta ser amiga de sua mãe. Adiante veremos as repercussões deste tratamento. Segundo NUNES (1998), as idéias obsessivas acerca de calorias é algo persistente e intrusivo na cognição destes pacientes. Vimos que a endocrinologista não diferenciou sua conduta usuária com a paciente, pois foi, justamente, prescrever para ela a dieta dos pontos e com uma tabela de calorias em anexo. Como vimos, sem nenhum efeito terapêutico, inclusive forneceu-lhe um instrumento que intensificou seu controle alimentar.

*Agora a minha psicóloga assim ela nunca tinha tratado uma pessoa com anorexia, foi o primeiro caso porque ela disse pra mamãe (...); também não deu certo porque ela disse pra mim que tudo que eu tava dizendo ali pra ela era sigilo, mais aí ela trabalhava com a minha mãe (...), porque ela é muito amiga da minha mãe, a*

*minha mãe é comadre dela, e hoje eu tenho é vergonha de ver e assim falar com ela porque ela sabe muita coisa de mim (...); minha mãe ia pros aniversários dos filhos dela e ela vinha pros aniversários.*

Aqui, se deflagra um procedimento ético duvidoso. Essa profissional não poderia atender na clínica psicoterápica a filha de sua comadre, ou seja, o duplo vínculo estabelecido, no mínimo, fragmenta o processo terapêutico que necessita de forte vínculo de confiança e neutralidade para tornar este espaço fonte de criação, revelação e transformação (CHANDLER, 1998). Desta forma é, eticamente recomendável, que se realize o encaminhamento para outro profissional que possa oferecer na estruturação do *setting* psicoterapêutico o mínimo de ligações sociais, a fim de favorecer a aliança terapêutica.

*(...). Ela [mãe] me levou na M. [psiquiatra], aí ela pegou e disse, explicou todo processo e disse que quem ia ficar fazendo meu prato era minha mãe e não era eu, porque se eu botasse uma colher já ia achar que era muito, aí fomos seguir os conselhos dela, minha mãe fazia o prato, só que era uma confusão eu ficava era com raiva e jogava o prato, era comida pra tudo que era lado, passou o remédio pra eu tomar e não tomei e não fui mais a ela, porque eu dizia assim, que ela ia me deixar gorda, que ela não entendia o que eu tava passando.*

Esta profissional, também era amiga de sua mãe. Sabemos que, para qualquer tomada de posição em relação a paciente com esses problemas, o vínculo afetivo deverá estar bem estabelecido; ao contrário, todas as tentativas serão em vão. Com os sucessivos fracassos na terapêutica, a paciente poderá se sentir cada vez mais incompreendida e se tornar refratária a outras condutas. Recuperar peso significava perder a única fonte de autonomia que conseguira até então. A reposição ponderal é algo indispensável, mas sem o amparo psicológico, é praticamente impossível. Toda a conduta prescrita foi interpretada pela nossa depoente como sendo algo contra ela; “gordura” é interpretada como fracasso em seus aportes afetivos, reeditando as emoções inconscientes que denotam menos valia à sua auto-estima. Qualquer

manejo nesta área, sem a consolidação da boa relação médico-paciente poderá ser intrusivo e precipitar o abandono do tratamento, como constataremos abaixo.

*Conheci outro psiquiatra Dr. D. cheguei lá aí ele foi bem rígido comigo, ele disse que daquele jeito ainda não precisava de internação mas ele sabia que....ele dizia assim: 'Olha você sabe que saco vazio não fica em pé e que você pode tá controlando tudo mais sua internação quem vai decidir sou eu', aí pronto com esse dia aí ele disse que queria me ver com 15 dias, aí nesse dia fiquei revoltada dizendo que não ia mais, agora na realidade é porque ele foi muito rígido comigo, desde o começo não ia mais, agora na realidade é porque ele foi muito rígido comigo, desde o começo não precisava ser assim pra mim.*

Nossa depoente, mais uma vez, disse que ali não voltaria. Acreditamos que o maior engano deste profissional foi crer, erroneamente, que a anorética controla tudo. Absolutamente, ela nunca controlou nada em sua vida e, por isto, busca no controle do corpo o único controle que realmente pode dizer que possui. A rigidez imperiosa faz com que analisemos esta prática com ressalvas. A coerção não apresenta resultados positivos com estes pacientes, ou, melhor dizendo, em nenhuma abordagem que se pronuncie como cuidadora da existência humana.

ZIMERMAN (1992) discute a formação psicológica do médico, que aqui ampliamos ao profissional de saúde, ao enfatizar a necessidade do aprofundamento do estudante com a relação mítica e irracional da mente, ou seja, com os aspectos simbólicos do fenômeno somático. Para tanto, enuncia uma série de fatores que comprometem essa prática, que começa pela biografia do cuidador em conjunto com a formação acadêmica incipiente em psicossomática. Destaca que o tipo de personalidade do médico é um fator determinante na qualidade da relação estabelecida, podendo esta demarcar o bom prognóstico do tratamento. Assim, o como se configura a estrutura de personalidade do cuidador prediz os recursos internos de que o médico irá dispor na habilidade interpessoal com o paciente. Vemos que,

também aqui, recaímos num ponto discutido anteriormente na esfera diádica mãe-filho - a importância dos suportes emocionais estáveis do cuidador na decodificação das necessidades da pessoa. O autor põe na epígrafe de seu artigo um fragmento do pensamento de Michael Balint, quando diz que *o remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade* (BALINT *apud*, ZIMERMAN, 1992, p. 64).

ZIMERMAN (1992) destaca, ainda, que os aspectos transferenciais da relação médico-paciente podem enunciar conteúdos inconscientes do profissional que passa a atuar na relação a serviço de suas questões emocionais não integradas, em detrimento das questões trazidas pelo paciente. Quando isto ocorre, rompe-se a delimitação dos papéis, havendo uma profusão de sentimentos negativos, expressos ou não, colocando em risco a necessária empatia, o respeito, o ser continente e a tolerância. Estes são os atributos indispensáveis do médico oferecidos na relação de ajuda. Como mencionamos, o profissional foi ameaçada-la na única esfera de sua vida cujo controle ela detém. Com isto, nossa depoente continua em sua peregrinação.

*Não quis voltar porque ele [Dr. D.] era antipático (...), porque ele me amedrontou, foi rígido (...), eu achei assim que...eu achei ele muito metido, porque assim, a minha vida era eu que mandava, o meu corpo era eu que mandava e o meu peso era eu que decidia o quanto que ia ficar.*

Entretanto, aliado ao que Zimerman assinala, podemos compreender a formação psicológica do médico, também, a partir do modelo de formação acadêmica que tem como paradigma hegemônico a visão newtoniana-cartesiana de Ciência, cujo ancoradouro é o método científico. Assim, o modelo biomédico passou a criticar o protótipo romântico no final do século XIX, este por ser eminentemente empírico e não universalista. As premissas holísticas do modelo anterior, cujo foco eram as relações sistêmicas entre os fatores psicológicos,



biológicos e sociais, foram sendo paulatinamente substituídas pelos modelos em pesquisas experimentais, com ênfase nas anormalidades biológicas que passaram a ser a principal fonte de conhecimento científico. Por conseguinte, o corpo passou a ser pensado e estudado em partes relativamente independentes, buscando para cada “anormalidade” uma etiologia específica, apoiando ainda mais os aspectos reducionistas e dualistas da Ciência contemporânea, e impedindo a conciliação harmônica entre as versões de compreensão da natureza humana. Em contrapartida, a subjetividade, os fatores psicológicos e sociais, passaram a ser considerados como um epifenômeno, que não tinham nenhum impacto sobre o corpo, devidamente observado, analisado e controlado experimentalmente. O materialismo foi incorporado pelo modelo biomédico, tendo na semiologia - ciência dos sinais e sintomas clínicos - o suporte necessário para o diagnóstico. Este é dificilmente apreendido pela Medicina moderna como símbolo polissêmico de uma doença e sim, como manifestação sintomática externa à doença execrando, desta forma, a subjetividade do paciente.

GROF (1987) problematiza o legado do modelo médico incorporado pacificamente pela Psiquiatria, no qual transporta o seu método no cuidado das “doenças mentais” na tentativa de encontrar uma referência fisiopatológica às conturbações do comportamento. Contudo, avalia o interesse científico no século XIX pelas desordens mentais, incrementado por uma série de descobertas revolucionárias, o qual propiciou, firmemente, que a Psiquiatria fosse efetivada como uma disciplina médica. Assim sendo, o aparente sucesso com algumas enfermidades mentais cuja etiologia encontrava seus significantes na fisioanatomopatologia redundou em uma pequena fração de problemas enfrentados pela Psiquiatria. A generalização destes achados e o incremento da revolução biotecnológica, expressos, entre outros ramos, pela rica indústria dos

medicamentos, não foi suficiente para sanar a maioria absoluta dos problemas que afligem a existência humana. A maior dificuldade deste modelo é compreender que a maioria das desordens emocionais resulta das dificuldades enfrentadas pelo indivíduo na luta pela vida. Os sintomas passam a ser a expressão, o reflexo desta batalha, que reside mais nos aspectos sociais, legais e éticos do que propriamente em “doenças” no sentido médico. Com efeito, a relação médico-paciente é orientada por este paradigma que impõe o seu peso hegemônico nas habilidades do médico que assume a instância de autoridade científica, do que provedora e facilitadora de recursos internos do paciente. Ainda GROF (1987), nos lembra que, a maioria dos psiquiatras são médicos com pós-graduação em psiquiatria e com uma experiência muito inadequada em psicologia.

*Dr. A. [psiquiatra] é muito assim, porque ele não trabalha as minhas emoções, as minhas coisas que vem de dentro mesmo, o meu conflito que eu tenho com a família do meu pai, a minha relação com meu pai que é difícil, ele não trabalha nada disso, a minha terapia é assim, eu chego lá e ele pergunta como é que foi minha semana e eu digo como é que foi minha semana (...). Ele foi dizer pra mim na ultima sessão que a coisa mais importante agora na minha vida era o meu vestibular aí eu disse assim, porque eu não concordo com ele porque eu acho que a coisa mais importante sou eu nesse momento (Entrevista 02).*

Assim, os trezentos anos de “cartesianismo” vividos pela cultura ocidental ossificou a escuta médica, na maioria de seus representantes, dificultando a aproximação do médico pelos meandros simbólicos do seu paciente e de si mesmo. Perscrutar a linguagem dos sintomas pelos afetos, para muitos profissionais é visto por demais enigmático, impenetrável e exclusivo do psicoterapeuta. Compreendemos algumas limitações se consideramos a forma como é mal transmitida e mal assimilada no âmbito acadêmico.

Importante frisar que, com estas proposições, não estamos defendendo a idéia da prática psicoterápica em consultório médico mas, quanto mais promissora a relação médico-

paciente mais esta fornecerá o importante suporte emocional, funcionando até mesmo como placebo, na relação terapêutica.

Para ilustrar nossas proposições, no que diz respeito a face enigmática dos fenômenos psicossomáticos vistos a partir da clínica tradicional, é interessante analisar o título de um artigo publicado na parte de atualização em clínica médica do *ARS CVRANDI* em agosto de 1998: *Anorexia Nervosa: O Fantasma de Hoje*. Com isto constatamos que a escolha do título pelos autores, não é aleatória, transmite qual é a concepção acerca da anorexia - parece ser por demais assustadora. Consubstanciando nossas afirmações, os autores são os representantes da classe médica tradicional e passam, de forma subliminar, como são afetados pela clínica do transtorno alimentar. O presente artigo oferece um único parágrafo para discorrer sobre as “causas” da anorexia, eles mencionam que,

*A anorexia é uma **enfermidade**<sup>14</sup> de várias causas. Geralmente ocorre em pessoas com baixa auto-estima e com quadro de depressão. Relatam-se casos em famílias com pais muito autoritários. Às vezes, **apenas um comentário familiar ou de um amigo**<sup>15</sup> - ao dizer “você está gordo” - é suficiente para o adolescente entrar em anorexia. A tensão, a ansiedade e o descontentamento podem ser ainda fatores desencadeadores da anorexia nervosa (LIBONATI & LIBONATI, 1998, p. 28).*

Com esta amostra, acreditamos exemplificar o como os TCAs são “atualizados” perante o meio médico. É uma “enfermidade”; a dimensão simbólica é transmitida como parcelada, “várias causas”, e não uma profusão de dimensões subjetivas superpostas umas às outras que, pelo próprio contexto da vida foram se aglutinando e deixando suas marcas no psiquismo e, somado a isto, a possível vulnerabilidade hereditária e bioquímica, configurando o movimento

---

<sup>14</sup> grifos nossos

<sup>15</sup> grifos nossos

sinérgico envolvido na etiologia dos TCAs. O não alcance da dimensão simbólica é o legado deixado pelo paradigma positivista e pragmatista de Ciência que necessita cortar o seu objeto para caber em seu método. Porquanto, se olharmos de forma positiva, a clínica do fenômeno psicossomático, aqui representada pelos transtornos alimentares, frente à toda complexidade, impõe a necessidade de superação, nem que seja reconhecida, a princípio, como um “fantasma”. Com efeito, é bem melhor ficar com a perspectiva positiva do nosso pensamento.

Assim, vamos peregrinar, ainda, com a nossa segunda depoente.

*Decidi a não ir mais pra psicóloga nem pra endocrinologista. Porque.....a minha psicóloga me disse assim, que ela ia conseguir me fazer ser gorda e feliz, aí eu fiquei pensando assim não, como é que eu vou ser gorda e feliz?(...). Também não fui mais a ela [endocrinologista], ela queria me ver gorda, eu notava que quando eu ia lá me pesava e recuperava um quilo ela ficava muito feliz até mais feliz do que eu, e quando eu perdia um quilo ela ficava toda triste, eu notava assim que ela não me dava a força que eu precisava.*

O resultado é justamente este: o abandono do tratamento.

*Eu fiquei revoltada com a L.[nutricionista] porque ela foi me pesar aí ela não deixou eu ver meu peso aí eu fiquei revoltada, aí ela me passou uma dieta também, não ia seguir nada da dieta dela também eu tenho guardado, aí não fui mais a ela também (...), nessa época minha alimentação só era abacaxi.*

Dietas prescritas são desaconselháveis para essas pacientes. Novamente, deflagramos o equívoco nesta abordagem focada nos sintomas. A dificuldade de uma pessoa com transtornos alimentares não é saber o que comer, aliás, normalmente, elas conhecem muito mais de calorias e propriedades dos alimentos do que muitos profissionais da área da Nutrição.

O manejo nutricional empregado foi o tradicional, focado no modelo biomédico, e indicado para pessoas com baixo peso pelo déficit calórico na alimentação habitual. A abordagem nutricional indicada é a reeducação alimentar com forte vínculo terapêutico, a fim de restaurar a relação disfuncional com a comida, dessensibilizando-a do medo de se alimentar

e trabalhando as crenças distorcidas acerca dos alimentos e os sentimentos envolvidos no comportamento alimentar (ALVARENGA, 1997; BRAGA, 1998 e ANDRADE *et al.* 1999 ).

E a peregrinação continua:

*Fui pro Dr. A., terceiro psiquiatra e o atual psiquiatra, no primeiro dia, cheguei lá ele.....por azar fui com uma blusinha cavada aí ele viu os meus ossos, tudo descoberto, eu cheguei, aí ele: 'A. sabe o que é que tinha que fazer com você agora? Era lhe internar', aí eu comecei logo a chorar dentro do consultório e a minha mãe sendo dura porque a minha mãe nunca tinha sido dura em relação a internação, ela dizia assim, eu não quero vê uma filha minha internada, eu pago enfermeira pra ir em casa, ela não queria me vê num hospital, aí ele disse assim: 'Não dona L. se for internar não vai poder ser em casa, ela vai pro São Raimundo' ai ele pegou e disse, que vai ser sem visita, você não vai fazer seu vestibular, ele dizendo (...). Um dia que eu fui me arrumar pra ir pra lá [consulta psiquiátrica] aí eu fui vestir uma saía e notei que essa saía tava apertada, aí fui chorando até lá, chorando, chorando porque eu acho que tu compreende isso, porque é tão difícil pra mim vestir uma roupa e vê que tá apertada é muito difícil pra mim, aí eu cheguei lá e ele: 'Esqueça essa roupa, roupa é renovável'(...), aí saí de novo chorando, né, olha como ele é, ele é tão assim que ele quer que eu pese 54 quilos.*

A partir deste ponto, notamos como os limites colocados por sua mãe ao médico para a nossa entrevistada. Ao longo da nossa entrevista, demonstrou-se satisfeita com a atitude materna; sentiu-se protegida. Contudo, observamos uma prática médica baseada no medo e na persuasão, com poucos ou nenhum elemento empático, facilitadores do vínculo afetivo na relação médico-paciente.

Atualmente esta informante encontra-se em psicoterapia com a pesquisadora e que à época da entrevista encontrava-se iniciando este processo. O tratamento transcorreu com acompanhamento nutricional, também, com forte vínculo afetivo. O atual psiquiatra foi eleito pela nossa paciente e sua família como mediador da medicação antidepressiva, no qual mantém contato com a equipe, reavaliando sempre que necessário a conduta farmacológica. Começaremos a retirar a medicação e manteremos o acompanhamento nutricional e

psicoterápico. O peso se mantém estável em 50 kg desde o mês de março deste ano. O conteúdo clínico trabalhado nas sessões concentra-se basicamente na revitalização de sua autoestima, autonomia, autoconfiança, bem como possíveis dificuldades que poderá enfrentar no próximo vestibular no qual irá pleitear uma vaga no curso de Psicologia.

Passaremos agora à análise de outros “flashes” de peregrinação que recortamos do conteúdo discursivo de nossas informantes.

*Fui ao clínico e ao gastroenterologista (...), minha mãe gastou o que não tinha, era particular e ele passava remédio, aí passava remédio pra nervo [ansiolíticos], eu sentia muita dor de cabeça e passava remédio pra nervo (...). A endoscopia, deu gastrite moderada, fiz exame de sangue deu tudo normal, fezes tudo normal. Tava muito ruim e fui internada no Hospital [Hospital Universitário Walter Cantídio] (...), aí viram que era anorexia e conheci o CETRATA (Entrevista 07).*

*Desmaiei tantas vezes, literalmente, eu ta aqui olhando pra você e de repente começar a escurecer tudo, escurece, escurece aí eu já digo que estou tonta (...), fui para o hospital debilitada, mais de vinte vezes, por conta da fraqueza (Entrevista 08).*

*Eu tava muito gorda então eu procurei um clínico (...), tava querendo emagrecer e ele passou inibex, eu tomei um caixa só que eu me senti mal pra caramba (...), aí, já sei, fui a outro médico, que passou diurético (...), sentia dor de cabeça intensa, calafrios, suores frios, fraqueza (...). Seis, sete meses com esses efeitos e me sentindo mal também, sem ânimo pra nada (...), tenho certeza que tinha anfetaminas dentro da substância [remédio para emagrecer da farmácia de manipulação] e que isso foi que causou essa rebordosa toda, não só comigo. Passado isso eu comecei a engordar, quando eu comecei a engordar, passei a vomitar de novo (Entrevista 01).*

A prática de prescrição indiscriminada de fórmulas magistrais contendo substâncias relacionadas às anfetaminas, entre outras, ou de produtos industrializados, foi analisada por NAPPO *et al.* (1994), em um estudo realizado em São Paulo e Recife. A pesquisa constatou que a amostra de 71 médicos em São Paulo e 36 no Recife, que realizaram consultas aos pesquisadores (simulando ser pacientes em busca de uma receita para emagrecer, cuja avaliação antropométrica os situava na faixa de sobrepeso), em 90,5% das consultas de São Paulo e



58,7% das do Recife aos pacientes foram receitados remédios para emagrecer (fórmulas magistrais e produtos acabados industrializados).

Os referidos autores indicam que o consumo brasileiro se dá pelos canais lícitos, ou seja, pela prescrição médica, tendo as formulações magistrais um papel preponderante nessa realidade. Em estudo anterior, NAPPO (1992) através de levantamento obtido de dados oficiais do Ministério da Saúde, já discutia as razões do elevado consumo de drogas tipo-anfetamina no Brasil, em contraste a outros países cujo consumo é quase inexistente.

Os autores analisam:

*A maior parte dos médicos não advertiu os pesquisadores sobre as possíveis reações adversas produzidas pelas substâncias anorexígenas e benzodiazepínicas, inclusive o perigo de dependência (...) No tratamento da obesidade, o Brasil faz um consumo elevado de drogas anorexígenas tipo-anfetamina com efeito psicoestimulante (NAPPO et al., 1994, p. 15).*

Os autores concluem:

*A prática de receitar fórmulas magistrais e medicamentos acabados à base de drogas anorexígenas e benzodiazepínicas é antes um risco do que benefício para a saúde (NAPPO et al., 1994, p.15).*

O artigo acima referido finaliza, apresentando sugestões aos Conselhos Federal de Medicina e Farmácia, para instituir programas de informação aos médicos e farmacêuticos sobre a farmacologia e toxicologia de substâncias relacionadas às anfetaminas (femproporex, dietilpropiona, mazindol, fenfluramina, dexfenfluramina) e benzodiazepinas. Ao Ministério da Saúde, a de estudar as concessões para as "farmácias de manipulação" para lidar com substâncias controladas (SOBRAVIME, 1997).



Acreditamos que o medicamento não foge à lógica da sociedade de consumo na medida em que, também, é uma mercadoria que deve ser adquirida. As mensagens associadas aos fármacos, é que saúde pode ser comprada, com isto, passa a ser uma mercadoria como outra qualquer numa sociedade lucrativista e imediatista.

Concordamos com FONTES (1999) ao apontar que seria ingênuo imaginar que o uso abusivo de medicamentos se daria exclusivamente por via direta entre a população e a indústria farmacêutica. Assim, a classe médica seria a maior incrementadora do abuso e do uso irracional de medicamentos, intermediando a produção e o consumo. Contribuindo, assim, com o escoamento da produção

O autor indaga: *Quantos milhares ou milhões de brasileiros estariam hoje em dia sem usar cronicamente benzodiazepínicos se os médicos não os tivessem prescrito para o tratamento de uma ansiedade ou insônia transitória ?* (p. 111).

No horizonte dessas questões, nós indagamos: Quantas mulheres, se devidamente abordadas e diagnosticadas em suas desordens alimentares e medo irracional de engordar, estariam no tratamento adequado se os médicos não tivessem prescritos fórmulas magistrais ou industrializadas para emagrecer ?

OLIVEIRA *et al.* (2000) alertam, através do estudo de um caso clínico, que a adoção de uma postura clínica psicossomática nos tratamentos de perda de peso deve ser preconizada. Os autores avaliaram os danos psicológicos e físicos de uma paciente que, a partir de uma consulta médica cuja queixa apresentada era estar se sentindo gorda; a terapêutica utilizada foi a prescrição de fórmulas emagrecedoras pelo clínico consultado. A perda de peso foi brusca, chegando à anorexia nervosa. Os autores destacam que, dentre outros fatores implicados na

etiologia do quadro, o prognóstico se complicou, principalmente por não ter sido detectado pelo clínico, o medo mórbido de engordar e a insatisfação exagerada e persistente com a forma e peso corporal.

Comprovaremos adiante a prescrição inadvertida desses fármacos a algumas mulheres de nossa amostra com sobrepeso ou leve obesidade e com claras evidências que comiam compulsivamente. Relatam que a queixa apresentada era o desejo de emagrecer, e como terapêutica utilizada, recebiam a prescrição de dieta com inibidores de apetite. Verificamos que não houve inicialmente uma orientação voltada para reeducação alimentar com mudanças de hábitos e incentivo à prática de atividade física, conforme orientação do Conselho Latino Americano para a Obesidade (COUTINHO, 1999). Constatamos a presença de efeitos inesperados, tais como: palpitações, sudoreses, calafrios, irritação, oscilação de humor, arritmias cardíacas, boca seca etc. Contudo, os altos custos na aquisição da medicação e os efeitos iatrogênicos com o uso irracional desses fármacos não apresentaram eficácia terapêutica.

Assim, enquanto o complexo industrial farmacêutico se torna mais poderoso, nossas mulheres padecem em suas problemáticas afetivas de base, não compreendendo do que sofrem e não sendo reconhecidas em seus agravos pelos profissionais que procuram. Na medida em que se perpetua o desconhecimento, a “cultura de consumo” continua inoculando o padrão de beleza feminina, de forma insidiosa e invisível; “fetichiza” produtos que prometem alcançar este fim e, portanto, o medicamento moderador de apetite e similares, como os *kits* emagrecedores, não escapam a esta lógica.

Pelos depoimentos de nossas informantes comedoras compulsivas obesas e bulímicas, os resultados com esses tratamentos foram insignificantes. Relatam que não houve modificação na relação disfuncional com a comida e, conseqüentemente, ganharam todo o peso perdido, retornando, assim, ao *status* de obesidade.

*O tratamento ainda é o mesmo [com endocrinologista], passar a dieta e se vire, a mensagem que eu recebia era essa, 'olha tá aqui a deita, se vira', então isso me chocava muito porque eu não precisava daquela dieta dela porque eu sei todas as dietas possíveis e imagináveis (...); já tomei moderador de apetite, hoje em dia eu rejeito abnego assim qualquer remédio (...), já me fizeram, assim, tanto mal, de me deixar nervosa, com a boca seca (...), eu devo ter passado assim pelos melhores profissionais da cidade e pagava consulta particular, fazia tratamento particular e nunca realmente conseguia aquilo, porque eu tomava a fórmula feita lá por eles, então eu conseguia aquele pequeno resultado, emagrecia mais depois voltava (Entrevista 10).*

*Virou todo um círculo, mais então a partir dos sete anos foi que a mamãe começou a me levar para endocrinologista (...). Com o Dr. S. passei por aquele método só gordura, eu era uma criança com 11, 12 anos, fiz inúmeras dietas (...). Quando eu tinha mais ou menos uns 15 anos foi que eu comecei a tomar uma medicação, fiquei com 57 quilos fiquei bem magra e achei que tinha resolvido o meu problema até que chegou um ponto de começar a ter aqueles problemas que eu não agüentava mais a medicação, porque a medicação me dava oscilação de humor altos e baixos, uma hora eu tava super deprimida outra hora eu tava super excitada, excitadíssima e fora as náuseas aquela coisa toda, aquele mal estar e chegou um ponto que eu não conseguia mais tomar a medicação (...), aí comecei de novo engordando e não conseguia perder (...), quando a gente vê, a gente acorda, já tá imensa (Entrevista 11).*

*Lembro-me que na minha infância alfabetização, com 6 anos eu já levava pro colégio merenda diet (...). Mãinha já ia pros endocrinologistas e quando ela ia, ela me levava (...), eu lembro que eu fui pra muitos [endocrinologistas] e eles sempre achavam que eu tava com sobrepeso e passavam dietas pra mim, hoje com mais amadurecimento lembro que nunca teve nenhum que chegasse pra minha mãe e dissesse, 'não! ela é uma criança, ela tem é que fazer tipo uma reeducação alimentar', mas eu me lembro que eu tomei todo tipo de remédio, tomei inibex, essas fórmulas que os médicos faziam (...), eu acho que foi [começou a tomar inibidores de apetite] na adolescência uns 13, 14 anos (Entrevista 06).*

*A gente começa indo pro endocrinologista, eu ia aí ele passava o remédio, era uma fórmula que fazia na farmácia, aí aquele remédio que tira a tua fome, quando volta e acaba o período do remédio o efeito, você tá com fome outra vez, e eu acho*

*que os remédios fazem a gente desenvolver mais fome (...), chegava de noite eu comia tudo que tinha direito, não adianta ir no médico endocrinologista porque ele não resolve o teu problema, porque ele passa uma dieta e você não consegue seguir aquela dieta, não adianta (...) esse último médico foi o pior que teve, ele dizia assim: 'a senhora é problemática porque a senhora ganhou peso', porque ele passou essas fórmulas e depois que eu tomei essas fórmulas parece que eu desenvolvi mais rápido a coisa [compulsão], eu já tava com problemas [problemas familiares: filha com depressão e filho que abandonou a faculdade] (Entrevista 12).*

*O segundo foi um endocrinologista (...), além da dieta ele passou novamente aquele remedinho que ele elabora lá mesmo no laboratório dele, com diurético, cáscara sagrada, esses componentes que ele usa e que ajuda emagrecer, bom, tomei um vidrinho, mas não sei porque, não consegui emagrecer um grama, muito pelo contrario, talvez pela própria conversa com ele engordei mais ainda (...), eu nunca mais voltei lá, porque eu achei que ele foi capitalista, eu acho que ele tava preocupado em vender era o remedinho que ele fabricava (Entrevista 01).*

Pelos relatos ora analisados, acreditamos ser uma realidade preocupante. Durante a procura pelo tratamento adequado não foi detectado a compulsão alimentar, o que ao longo do tempo possibilitou a cronificação do transtorno alimentar.

A realidade que apresentamos, através do discurso de nossas informantes, se analisada à luz dos estudos realizados por NAPPO (1992) e NAPPO *et al.* (1994), concluiremos que não houve impacto no manejo terapêutico de pessoas com sobrepeso/obesidade na atualidade, a fim de consubstanciar mudanças efetivas. É o que indica a matéria veiculada no jornal O Globo de domingo - 9/04/2000. A matéria que ocupa a primeira página, ilustra: *Testes revelam perigos das dietas: laudo do Noel Nutels indica irregularidades em remédios receitados para emagrecimento*. O conteúdo da matéria foi o resultado de uma pesquisa realizada por dez repórteres do referido jornal que apresentavam leve sobrepeso e que marcaram consultas com os dez mais famosos médicos dietistas no Rio, a fim de descobrir os bastidores da indústria do emagrecimento. As irregularidades apontadas são as mais diversas e perigosas, segundo o Noel Nutels, centro de referência em Vigilância Sanitária no Rio, cujos laudos foram analisados pelo

presidente da Associação Brasileira de Estudos para a Obesidade, o qual, também é membro da Câmara Técnica de Endocrinologia do Cremerj. A referida matéria veicula que foram encontrados combinações perigosas entre psicoestimulantes, inibidores de apetite, benzodiazepínicos e hormônios tireoideanos nas fórmulas prescritas pelos profissionais da “medicina da vaidade”, forma esta designada aos profissionais de saúde envolvidos em terapêuticas para redução de peso por motivos estéticos. Estas fórmulas, em sua maioria eram vendidas no próprio consultório médico a preços exorbitantes, cujos valores variavam em média de R\$ 160,00, fora o pagamento da consulta. Entre outras sérias irregularidades verificadas, nas quais o especialista do Cremerj se diz assustado, encontra-se a prescrição de hormônios da tireóide em doses dez vezes maiores que a recomendável e ainda afirma que, *os hormônios da tireóide produzem arritmias e palpitações e podem até matar, dependendo do histórico familiar do paciente e, como a médica não esperou o resultado de um exame da tireóide, este risco é alto* (O GLOBO - 9/04/2000, p. 16).

Esta realidade também foi encontrada em nosso estudo. Veremos a seguir que a terceira informante passou dez anos peregrinando à procura do tratamento adequado para a sua relação disfuncional com a comida.

*Dez anos [tentativas para perder peso] (...). Na quarta tentativa ela já passou a medicação mais forte, eu tomei isomeride uns quatro meses, mas assim, foi na época que essa medicação era a maravilha (...), apareceu uma reportagem no fantástico sobre isso ‘a última descoberta em medicina’, mas eu ficava meia chateada porque aquele pessoal aparecia dizendo que tinham emagrecido 10 quilos 15 quilos e eu não conseguia (...). O remédio pra mim não tava servindo, eu não tava emagrecendo, aí eu pensei, não vale a pena correr o risco [problemas na válvula cardíaca] e terminei deixando por conta própria, aí continuei comendo muito, continuei nos laxantes e supositório (...). Cada dia eu ficava mais gorda, cada dia ficava mais difícil (...), nesse intervalo eu já tinha tentado fazer dieta de revista, dieta da lua, dieta do abacaxi, dieta do liquido, dieta da sopa, tudo (...), eu já tinha usado aqueles diet shakes, já tinha usado por um bom tempo usando herbalife e inclusive tem uns comprimidos*

*também pra inibir apetite, outros emagrecedores naturais que vende nas farmácias (...). Então, eu resolvi me matricular na academia, o instrutor me recomendou uma nutricionista especialista em nutrição esportiva Dra. L., aí eu fui, tinha lá os últimos lançamentos em produtos dietéticos ela tava bem atualizada a cerca das calorias, fazia lá no computador e eu achei muito interessante mas aí, eu não conseguia seguir exatamente como ela colocou lá no papel, a dieta, mas não conseguia o que me levava sempre abandonar a dieta (...). Os instrutores por onde eu passei eles sempre foram unânimes em dizer 'olhe, se não fechar a boca, ginástica sem fechar a boca não adianta nada' e eu até brincava e dizia, acho que eu vou encomendar um cadeado (...). Eu passei por vários endocrinologistas, eu fui a um doutor bem requisitado que também era lotado só tinha vaga pra três meses depois, eu avaliava pela lotação, esse é bom, aí eu implorei lá e a moça [secretária do médico] não quis me colocar, aí eu disse: 'se eu pagar particular?' e terminei pagando particular e ela me encaixou (...), ele passou logo um remédio que era uma fórmula e comprava lá mesmo, ele mesmo vendia o remédio, aí eu comecei a tomar o remédio, mas esse remédio tava me dando muito cansaço, indisposição e comendo do mesmo jeito, lá era essa assim formula 1 e formula 2 (...), aí eu fiquei chateada, com três meses eu não conseguia perder nada, já com a formula 2, e no terceiro mês ele disse: 'mas com a formula 2, você não tá conseguindo?' (...). Aí ele ficou assim meio descrente, como quem diz: 'será que você tomou isso mesmo, e tomou direitinho?' (...) não pisei mais lá, esse foi o último (Entrevista 03).*

Veremos, a seguir, que a primeira e a décima informantes demonstraram-se indignadas ao se darem conta do desconhecimento da classe médica acerca de suas desordens alimentares. Através do discurso que transmite raiva e frustração, passam a mensagem no formato de um alerta, assinalando a grave situação que nos parece, ainda, muito praticada na atualidade.

*Mas eu não sabia que era compulsão e nem eles [médicos], só sabiam que eu era gorda e que eu tinha que emagrecer, porque você olhar pra pessoa e chegar e pesava 'você tem que emagrecer tantos quilos', tem vontade de dar um murro, não precisava ele me dizer não, porque isso, eu sabia (Entrevista 10).*

*Ele não deu importância a bulimia [clínico geral] (...), Meu Deus! que ignorância! Aí eu penso: 'eu não tenho respaldo pra tá discutindo com um médico, ele que passou anos na faculdade, eu sou só uma paciente, como é que eu vou ter condição de discutir com ele sobre um assunto que eu não domino; eu sei o que eu tenho porque procuro ler o máximo possível que, aliás, é uma literatura mínima, que não tem esclarecimento de nada (...), então fica muito difícil, e você vai conversar com os médicos eles também não dão a menor importância (...), além de extremamente ignorantes na área é como se eu tivesse dizendo assim: 'Ah! to com dor de cabeça, toma um analgésico' não dão espaço pra que seja falado, e se eu questionar alguma*

*coisa, algum efeito, eles dizem que não tem nenhum problema, e isso eu acho um absurdo! a área médica é super ignorante. Isso é um protesto veemente ! (Entrevista 01).*

Entretanto, é uma realidade emergente e oculta na Saúde Pública que leva, pelo que vimos, ao sub-diagnóstico. Por conseguinte, justamente pela falta de informação, o tratamento que apresenta os melhores resultados não foi recomendado, levando assim, à cronificação do transtorno. Pela nossa experiência clínica, casos como esses ilustrados, são os que apresentam pior prognóstico em face do comprometimento orgânico e da dependência criada em torno dos rituais de *binge purding* e das práticas restritivas. Assim, acreditamos que o sofrimento das portadoras é balizado pela incorporação dessas práticas nos seus estilos de vida na medida que, as questões psicológicas subjacentes não são cuidadas, como nos diz a terceira depoente: *é como se eu fizesse aquilo inconscientemente, como se eu fizesse sem perceber, quando vejo já foi [episódio compulsivo] (...), a impressão que eu tenho é como um bêbado (...), um drogado (...), é como se fosse uma maneira de eu sentir satisfação, eu tava triste, mas a comida me dava alegria.*

A busca pelos profissionais de saúde que possam compreendê-las, a desinformação inerente a este itinerário e, por conseguinte, a peregrinação por várias especialidades médicas, promovem, evidentemente, um descompasso entre a assistência oferecida frente à gênese do problema. Assim, buscaremos compreender tal incompatibilidade com a abertura da segunda dimensão do terceiro e último tema central - a **TERAPÊUTICA X GÊNESE**.

Compreendemos a esta etapa da análise do material empírico, que o conteúdo - desamparo - demarca fortemente a história de vida de nossas informantes. A vulnerabilidade psicológica amplamente citada no modelo etiológico da literatura psiquiátrica, como um dos



fatores que predispõe o transtorno alimentar é, aqui, evidenciada por nós, como sendo o peso da biografia. Desta forma, a vivência de situações traumáticas que enunciam ao indivíduo abandono, por não possuir à época a devida maturidade emocional tão necessária na elaboração de tais experiências, assola com os suportes narcisistas, fragilizando a auto-estima. É com esta bagagem empobrecida afetivamente, com esta baixa auto-estima, que nossas informantes procuraram pela assistência adequada e se depararam com uma abordagem terapêutica focada nos sintomas reeditando, assim, o desamparo constitutivo.

A escuta médica limitada às determinações orgânicas propicia a falta de continente, de amparo emocional à paciente. Com isto, veremos adiante, dois momentos distintos de diálogo estabelecido entre a primeira depoente com dois profissionais médicos. Notaremos que, com o primeiro profissional, a abordagem é por nós considerada como sofrível; aspectos éticos estão envolvidos, como a violência na prática médica, no momento em que sua fala enuncia claras evidências de discriminação em relação a posição social de nossa informante. No segundo diálogo, veremos que a informação fornecida pela paciente acerca da bulimia não foi considerada, havendo por parte do profissional a preocupação com a cura de sua faringite, não oferecendo, novamente, amparo afetivo, através de uma escuta interessada e cuidadora.

*Foi um endocrinologista, então eu fui lá, a primeira coisa que ele fez foi passar uma bronca e disse:*

**Médico:** *só é gordo quem come demais, quem fecha a boca não é gordo e pra fazer dieta tem que ter cacife porque dieta é uma coisa de rico.*

**Informante 01:** *Mas eu não sou rica, então eu vou morrer gorda?*

**Médico:** *Não, existem outros recursos, substituições mas não é o caso de você manter uma dieta freqüente e daí ser magra, é não, você nunca vai ser magra, começa daí, porque quem chega ao peso que você tá nunca vai ser magra.*

**Informante com a pesquisadora:** *me deu vontade chorar na cara dele, eu me senti humilhada, com a boca no vaso sanitário (...) fala como se fosse assim, sei lá uma vaca que tivesse aqui na tua frente, eu me senti uma vaca e pronto, então além da*

*dieta ele passou novamente aquele remedinho que ele elabora lá mesmo no laboratório dele (...) mas não sei porque não consegui emagrecer, muito pelo contrario, talvez pela própria conversa com ele engordei mais ainda (...), piorou e eu nunca mais voltei lá porque eu achei que ele foi insensível, extremamente grosseiro.*

Em outro contexto na relação médico-paciente:

*Eu estava sentindo isso aqui ardendo muito [garganta] e como eu tive esses nódulos na tireóide eu morro de medo de ter algum problema linfático, e eu conversando com ele [médico], eu sempre peço um exame minucioso dessa região, aí ele disse:*

**Médico:** *Por que você é tão nervosa com essa região? Isso é só por conta dos nódulos da tireóide?*

**Informante 01:** *Realmente eu tenho medo desses nódulos mas eu tenho medo, também, porque eu tenho bulimia, e eu tenho medo de que isso aqui [garganta] esteja desgastado.*

**Médico:** *Não, não tem nenhuma relação não, isso é porque você pode tá com uma faringitizinha, você vai num otorrino que ele passa um antiinflamatório, isso deve ser faringite.*

**Informante com a pesquisadora:** *Aí com esse [médico], eu já tinha lido mais sobre bulimia, eu disse:*

**Informante 01:** *Doutor! eu li num livro que os ácidos podem corroer, quando eu provo o vômito vem o ácido estomacal e vai desgastando.*

**Médico:** *Não, não é assim não, isso é exagero, pode ficar tranqüila, qualquer coisa você toma um antiácido mesmo, e vá no otorrino que ele vai passar....é certeza uma inflamação na faringe.*

Nesta última passagem, novamente, mais um encaminhamento. A fragmentação da assistência, através das sub-especialidades, impediu que esta informante fosse escutada em suas necessidades. Percebemos que a faringite é visível e tratável com grandes possibilidades de sucesso mas, o desamparo existencial, o qual subjaz a seqüela sintomática, passou despercebido.

Com isto, a mesma depoente nos informou a sua indignação e revolta, no momento em que reconheceu o avanço tecnológico das Ciências Médicas mas, no seu caso, foi inócuo.

*Porque eu não acredito que a Ciência tenha avançando tanto, fazem propagação das descobertas científicas e blá, blá, blá (...), um médico que vive em*

*Congressos na Europa e nos Estados Unidos, e não sabe o que é bulimia !, não sabe os efeitos da bulimia ! (...). Eu tento lutar contra isso [bulimia] mas não tenho apoio de médico nenhum porque eles simplesmente ignoram ou não dão importância, eu acho isso um absurdo, os sintomas físicos que eu tenho estômago, faringe, laringe, intestino, nenhum deles fazem uma analogia em relação a bulimia, todos eles é tipo separado, isso não tem nada a ver com bulimia.(...) 'bulimia isso é besteira', besteira porque não é ele que tá com a boca lá, no vaso sanitário todo dia naquela posição humilhante, não é ele que tá tendo taquicardia todo dia, não é ele que tá olhando no espelho e se vendo deformada, porque não é ele, besteira porque ele nunca viu (...), encontro um cara ignorante, grosseiro ou então não dá a menor importância (...). Uma adolescente que hoje chega aos 15 anos no consultório de um cara desse ou de uma médica dessa e recebe uma resposta dessa, 'isso é besteira', também vai pela vida, daqui a pouco passa, assim, mais 15 anos e vai procurando ficar com o problema dela. (...). Não admito um médico chegar e dizer: 'você é muito nova ainda, tem nada não, isso aí é tensão, você tá é tensa, você é muito tensa, toma um ansiolíticozinho que isso passa'; eu já tenho tomado caixas e caixas de ansiolíticos por conta desses médicos.*

CAPRARA (1996), anteriormente citado em nosso marco teórico, aponta à urgência da transformação da prática médica ocidental e da lógica que sustenta a sua prática, em direção a uma Medicina mais humana e sensível ao sofrimento do paciente e, principalmente, passível de desenvolver a capacidade de compreender a doença como um produto culturalmente determinado. Assim, a razão médica, ilustrada através dos relatos ora mencionados, nos oferece a dimensão de como o transtorno alimentar passa despercebido pelas “lentes” da racionalidade médica científica. A experiência do paciente e suas mediações simbólicas, geralmente, não são alcançadas por este modelo, gerando um ciclo que se alterna em pedido de ajuda e cronificação da desordem alimentar.

GRANDO (2000), através das representações sociais de enfermeiros que trabalhavam em enfermaria psiquiátrica com pessoas com transtornos alimentares, ilustra como o modelo biomédico, também, é representado por estes profissionais de saúde. A autora indica a insatisfação pessoal desses profissionais ao terem que “policiar” a paciente no ato de se

alimentar; ter que monitorar todas as atividades para que não joguem a comida no lixo ou se exercitem demais até chegar a exaustão. Os depoentes desta pesquisa, afirmam a ineficácia deste modelo controlador que não estimula o contato interhumano no cuidar em enfermagem. Afirmam, que esta terapêutica não possibilita o vínculo afetivo do paciente com o profissional de saúde, o que faz com que essas pacientes estejam sempre desconfiadas das prescrições médicas. Os sujeitos do estudo expressaram a vontade de ampliar seus conhecimentos e padrões a fim de, realmente, promover a saúde integral das pacientes internadas na enfermagem com transtornos alimentares severos. GRANDO (2000), ao tecer as considerações finais de seu estudo, indica:

*Em outras palavras, as relações, a consciência e as ações não são apenas cognitivas e sociais; elas têm uma carga afetivo-simbólica (...). É preciso que o profissional crie condições para que o paciente possa comunicar o seu sofrimento (...). É preciso dirigir nossa atenção, buscar compreender o conteúdo afetivo-simbólico, que os indivíduos imprimem em suas relações (GRANDO, 2000, p. 110 e 112).*

Ao escutarmos o desejo de nossas informantes, no que tange à assistência as suas desordens alimentares e afetivas, vimos que, o que elas pedem, é exatamente o que a equipe de enfermeiros no estudo realizado por Grando quer oferecer. Em outras palavras, a necessidade terapêutica de uma portadora de transtorno alimentar, em primeiro plano, é ser reconhecida em seu sofrimento psíquico, ser afirmada pontualmente em sua busca por uma identidade; receber no acolhimento interhumano o espaço seguro para a reorganização de suas vidas. Deixemo-las expressar este desejo:

*Porque eu fui saber de compulsão lá no CETRATA, eu sabia que eu comia muito mas eu não sabia que era compulsão. Porque todos os endocrinologistas, eles só passaram regime como até um agora que eu fui ultimamente e inclusive é uma boa profissional mas ela tirava o regime botava na impressora escolhia qual era o número da dieta e entregava sem me*

*perguntar o que é que eu queria. Eu achava aquilo uma falta de respeito, por número porque ela tem 50, 100 dietas então ela imprimia ali e me dava sem perguntar se eu gostava de banana, se eu gostava de leite, eu acho que falta o calor humano do profissional da área médica (...). Eu precisava era exatamente era essa negociação, esse calor humano, a pessoa chegar perto de mim e me ter assim como gente e não como mais uma coisa que tá ali e que tem que emagrecer, que era uma coisa (...) a gente precisa assim do gancho e não de uma dieta, um apoio e não de uma dieta no papel e não daquele remédio, é muito mais importante que ela conversasse comigo e não me passasse nenhum remédio, mas que eu sentisse que ela estava ali do meu lado (Entrevista 10).*

*Eu espero, que ele [médico] vá jogar a semente do conhecimento (...), quando um paciente entra no consultório de um médico essa paciente não tá procurando só o remédio, ela tá procurando o cuidado (...), você saber que alguém se preocupa com você (...), será que essa alminha aí dentro tá bem hoje? Será que essa pessoa aí tá....como é que tá? Será que a alma tá agasalhada? (...). Eu encontrei isso no meu ginecologista, que é assim uma pessoa extremamente sensível, ele deu importância, porque ele é extremamente humano (...). Por exemplo, a primeira vez que eu entrei num consultório com 30 anos, há 9 anos atrás, se eu tivesse dado de cara com um profissional que tivesse um embasamento nessa área, eu não teria chegado a essa frequência diária, essa coisa descontrolada (...), eu acho que seria difícil mas não seria impossível, e agora vejo como quase que impossível, 9 anos é muito tempo (Entrevista 01).*

Finalizaremos o nosso estudo, com a terceira e última dimensão do terceiro tema central - **O MODELO INTERDISCIPLINAR** - como sendo a modalidade de escolha de nossas depoentes no cuidado e no suprimento de suas necessidades.

ALVARENGA (1997), CORDÁS (1998) e GRANDÓ (2000) concordam que o tratamento que oferece melhores resultados, é aquele composto por uma equipe de profissionais especializados na atenção ao portador de transtornos alimentares. A equipe interdisciplinar funciona na assistência integral das necessidades desses pacientes. Geralmente integram esta equipe os seguintes profissionais: psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, clínicos e endocrinologistas.

Acreditamos que a presença do psicoterapeuta nas discussões de casos clínicos oferece a abertura necessária para que os outros profissionais conheçam o simbólico dessas pessoas; o

caminho terapêutico individualizado é realizado pela equipe em consenso com o paciente. Assim, os profissionais da equipe ficam mais atentos às necessidades dessas pessoas, no momento que passam compreendê-las melhor. A sintonia entre os membros da equipe pode garantir o continente seguro a ser oferecido na reestruturação de suas vidas.

*Eu costumo dizer assim que eu acordei pra minha vida depois que eu entrei pro CETRATA, que até lá eu vivia assim num estado meio que sonolência assim pras coisas assim me conformava com tudo na questão assim profissional (Entrevista 11).*

*Quando eu chego do tratamento que eu volto pra Canindé, quando eu chego em casa eu sinto como se eu tivesse descarregado assim uma tonelada de mágoa, de tudo, eu me sinto bem, converso, desabafo porque eles são as únicas pessoas que sabem e que me entendem; no CETRATA, eu acho que são as únicas pessoas que me ajudam (Entrevista 05).*

*Porque eu fui saber de compulsão lá no CETRATA (...) eu sabia que comia muito, mas eu não sabia o que era compulsão (Entrevista 10).*

*Eu gosto de estar no CETRATA, é agradável eu me sinto mais em casa (Entrevista 08).*

*Eu não quero aumentar muito, eu não quero ficar gorda, mas eu to me sentindo muito melhor, às vezes tinha coisa que ficava só comigo, agora não, quando eu chego lá [CETRATA], converso com o M. [psicoterapeuta da equipe do CETRATA], converso, meus medos caiu tudo, pronto eu me sinto muito melhor (Entrevista 07).*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Sintetizando os achados do nosso estudo, relatamos, numa primeira instância, os sentimentos que ficam conosco como pessoa e pesquisadora no momento que caminhamos para a finalização deste empreendimento. Ao olhar para trás e revisitar nossa trajetória vivida, este ato nos dá a feliz sensação de haveremos atingido os objetivos da presente investigação, mas também fica um mal-estar, algo que se assemelha à consternação nos momentos em que as informantes compartilharam detalhadamente suas descrições biográficas e, também, uma profunda solidariedade e respeito pela forma como conseguiram sobreviver emocionalmente frente às situações de desamparo. Contudo, o nosso empenho se pronuncia aqui, na evidência desta complexa realidade e na tentativa de retirá-la do anonimato e da banalização pelo desconhecimento social, posicionando-a como uma importante questão de saúde que necessita da urgente instrumentalização médica, bem como dos profissionais de saúde envolvidos no reconhecimento deste sofrimento e, principalmente, das questões simbólicas envolvidas, nas quais requisitarão do profissional um olhar cuidadoso que vai para muito além dos sintomas.

Por conseguinte, dimensionaremos a seguir os tópicos que condensam os achados de maior relevância deste estudo e paralelamente algumas sugestões que poderão ser adotadas como possíveis caminhos na resolução de alguns impasses da realidade abordada.

⇒ Os transtornos do comportamento alimentar e o arsenal sintomatológico que os circunscreve são expressões de profundas dificuldades emocionais ligadas ao desenvolvimento da autoestima e da imagem corporal. Assim, a importância da saudável relação mãe-filho e do subsequente dinamismo familiar são fatores que podem garantir a prontidão do amadurecimento emocional da criança ou da adolescente no que se refere ao desenvolvimento



precoce da insatisfação com a imagem corporal. Para tanto, é de suma relevância a promoção de campanhas anuais sobre os riscos de transtornos alimentares, com o apoio das Secretarias de Educação e Saúde do Estado, nas escolas de primeiro e segundo graus, com a participação de professores e da família. Neste programa, é aconselhável que possam ser introduzidos conceitos de Psicologia do Desenvolvimento, grupos de discussão que visam a problematizar o padrão vigente de beleza feminina, a fim de criar uma massa crítica e não simplesmente a adesão desses padrões, transferindo-os às suas filhas adolescentes e estas perpetuando o “contágio simbólico” através das gerações.

⇒ Vimos que a gênese de uma “criança ferida”, reiterada no discurso de todas as depoentes, está relacionada com a vivência de abusos infantis diversos e que aquele que traz maior comprometimento emocional à vítima é o abuso sexual infantil, cujo investimento do perpetrador está diretamente ligado ao corpo da criança. À proporção que este problema for amplamente discutido terá maiores possibilidades de romper com o tabu que o envolve e situá-lo como uma realidade social, enfatizando os aspectos político-sociais até as instâncias jurídicas, atingindo, assim, a prevenção primária até a detecção precoce pelos pais e profissionais de saúde.

⇒ É emblemático o fato de experiências traumáticas vividas pelo mundo infantil sem o adequado suporte egóico na elaboração desta problemática propicie a impressão de traços distorcidos na estrutura psíquica da personalidade global adulta. Então, podemos levantar a hipótese de que distúrbios de personalidade tendem a enfraquecer os suportes narcisistas. Desta forma, a avaliação da imagem corporal é prejudicada pela baixa auto-estima que tende a incorporar passivamente o modelo de beleza vigente de forma obsessiva. Assim vemos, a

associação do peso da biografia como um dos fatores predisponentes na gênese dos TCAs. Recomendamos o investimento de pesquisas nesta área, praticamente inexistentes no Brasil, envolvendo a possível associação de transtornos de personalidade na gênese dos TCAs.

⇒ Vimos a relevância do entorno social na gênese dos TCAs, fato este, já reconhecido oficialmente este ano pela Associação Médica Britânica com a publicação de um estudo longitudinal retrospectivo, que comprovou a influência da mídia na gênese e no incremento da incidência de TCAs, em mulheres jovens inglesas. Atualmente, a mídia está sendo processada pela veiculação restrita de modelos esqueléticas, com forte associação desta imagem como garantia na aquisição de necessidades humanas (VEJA, 2000). Assim sendo, acreditamos que o Brasil, um país tropical, esta realidade seja bem mais contundente. Novos estudos deverão analisar este fenômeno social, aqui manifestado, de forma empírica.

⇒ O reconhecimento tardio, em virtude da peregrinação pelos profissionais de saúde, resulta na cronificação dessas desordens alimentares, piorando o prognóstico, assim como a restauração da auto-estima de suas portadoras, reiterando, desta forma, a trilogia do desamparo. Parece que a desinformação é sustentada pela ausência dessa discussão nos cursos de graduação na área de saúde. É aconselhável a inclusão deste tema nos Programas de Educação Médica Continuada, promovidos pelo Conselho Regional de Medicina e outros órgãos comprometidos com o aperfeiçoamento e atualização médica. Interessante, também, é ampliar esta proposta às outras categorias de profissionais envolvidas na assistência dos TCAs.

⇒ Imprescindível reconhecer a inadequação do modelo biomédico no cuidado a essas desordens alimentares. Tal fato consubstancia-se por uma assistência focada nas desordens somáticas fugindo a esta óptica as determinações psicoafetivas de base. Contudo, o excesso de

medicalização e a resposta dos profissionais de saúde reiteram uma prática absorta pela lógica da sociedade de consumo, cujos resultados são buscados de forma instantânea e pelo o que vimos, a prescrição indiscriminada de fórmulas magistrais é uma outra realidade social que envolve o lucrativo mercado do emagrecimento do corpo. Acreditamos, que estudos nesta área poderão comprovar se estas práticas é mais um benefício do que um prejuízo à saúde e como este fenômeno se efetiva na região metropolitana de Fortaleza.

⇒ Nossas depoentes confirmaram o que a literatura especializada indica como sendo o melhor enfoque terapêutico para os TCAs. O tratamento em equipe interdisciplinar é o que apresenta os melhores resultados. Apontamos, aqui, a carência de pesquisas com este objeto de estudo específico no cuidado dessas desordens, o que ao nosso parecer se revela como uma necessidade para investigações futuras.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, R.C.F. & CASTRO, A.L. O Exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. *Rev. Saúde e sociedade - FSP/USP.* 3(2), 172-185, 1994.
- ALVARENGA, M.S. **Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Aspectos nutricionais.** Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação Interunidades em Nutrição Aplicada da Universidade de São Paulo, 1997.
- ANDRADE, A.C. **“Doutor, minha filha parou de comer!”** Aspectos psicopatológicos dos distúrbios alimentares. Desafios para a prática clínica da nutrição. Trabalho apresentado na VII Jornada de Nutrição da UFF. Rio de Janeiro, Setembro/1998.
- \_\_\_\_\_ & BOSI, M.L.M. **Distúrbios alimentares no Terceiro Mundo: uma realidade emergente no panorama da saúde pública no Brasil.** Painel apresentado na X Conference International Association of Health Policy. Perugia, Italy, sep 1998.
- \_\_\_\_\_ & COSTA, A. C. **Transtornos alimentares e obesidade e o uso deliberado de anorexígenos: uma realidade social oculta na saúde pública do Brasil.** Fortaleza, Mestrado em Saúde Pública-UFC, 1999. mimeo
- \_\_\_\_\_ & COSTA, A. C. Vale a pena emagrecer com remédio? In: caderno **Ciência e Saúde - Jornal O Povo.** Fortaleza, 1999.
- \_\_\_\_\_ Souto, S. & BOSI, M.L.M. **Perfil psicológico e abordagem nutricional nos transtornos do comportamento alimentar: a inversão paradigmática no manejo da anorexia e bulimia nervosas.** Trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade. Rio de Janeiro, agosto de 1999.
- ANDRÉ, E.A. Anorexia: diagnóstico diferencial. *ARS CVRANDI.* São Paulo, 19 (7) 132-136, 1986.
- ANGEL, L. A.; VÁSQUEZ, R.; CHAVARRO, K.; MARTÍNEZ, L.M.; GARCÍA, J. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Columbia entre julio de 1994 y diciembre de 1995. *Acta Medica Colombiana,* 22(3), 111-19, 1997.
- APPOLINÁRIO, J.C.; COUTINHO, W.; PÓVOA, L.C. O Transtorno do comer compulsivo: revisão de literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 44, 38-40, 1995.
- ARANHA, C.S.G. Movimento fenomenológico: aproximação do fenômeno. In: BICUDO, M.A.V. & ESPÓSITO, V.H.C. (orgs.) **Joel Martins... um seminário avançado em fenomenologia,** São Paulo, Educ, 1997.

- ASTUDILLO, R.B.; ARVELAEZ, J.C.B.; SLIMNING, P.C.; SEGUEL, P.M.; MAUREIRA, R.R. Insatisfação corporal en los trastornos del hábito del comer. **Rev. Psiquiatr. (Santiago de Chile)**. 12 (3/4), 200-204, 1996.
- ASTUDILLO, R.B.; WASHINGTON, F.G.; CARMI, K.R. & UBILLA, C.V. Trastornos del hábito del comer en un grupo de estudiantes universitarios. Análisis exploratorio. **Rev. Psiquiatr. (Santiago de Chile)**, 13 (1), 12-16, 1996.
- ASTUDILLO, R.B.; El perfeccionismo los trastornos del hábito del comer. **Rev. Chil. Neuropsiquiat.** 34 (3), 257-262, 1996.
- AUGRAS, M. **O ser da compreensão**. Petrópolis, Vozes, 1981.
- AZEVEDO, A.M.C. **Programa de Transtornos Alimentares do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica UNIFESP/EPM**. Psychiatry On-Line Brazil Current Issues oct/ nov/1996.
- AZEVEDO, A.M.C. **Considerações diagnósticas na anorexia nervosa: análise a partir de 7 casos clínicos**. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, 1996.
- AZEVEDO, M.A. Psicodinâmica na anorexia nervosa. Apostila de uso interno do curso: **Transtornos Alimentares**. São Paulo: Faculdade Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, 1998.
- \_\_\_\_\_ & MORGAN, C.M. Aspectos socioculturais dos transtornos alimentares - New York. **Psychiatry On Line Brazil - Part of the International Journal of Psychiatry**. (3) 02 1998.
- \_\_\_\_\_ & MORGAN, C.M. Notas sobre a oitava Conferência em Transtornos Alimentares - New York, 1998. **Psychiatry On Line Brazil - Part of the International Journal of Psychiatry**. (3) 07, 1998.
- BAGATTINI, C.M. Trastornos severos de la alimentación: anorexia nervosa & bulimia. **Rev. Del psiquiatria del Uruguay**. 62 (2), 1-42, 1998.
- BEHAR, A.R. La anorectica y sus valores. **Revista Médica de Valparaiso**. Santiago de Chile. 40 (2), 107-112, 1987.
- BEHAR, A.R. Roles genéricos y anorexia nervosa. **Acta Psiquiatrica y Psicologica de America Latina**. Buenos Aires. 38 (2), 119-122, 1992.
- BOSI, M.L.M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo, HUCITEC, 1996.

- BOSI, M.L.M. **Transtornos Alimentares : uma problemática emergente no panorama da Saúde Pública**. Fortaleza: Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, 1998. (mimeo.).
- BOREL, M.; MALDONADO, M.; MATO, L.; LEIDERMAN, E. Autoestima, perfeccionismo e insatisfação corporal en los pacientes com trastornos alimentarios. **Desarrollos en psiquiatria argentina** - Organo del instituto superior de formación de posgrado de APSA. Ano 3, (5), marzo/abril, 1998.
- BOURDIEU, P. **Sobre a televisão** - seguido de: A influência do jornalismo e os jogos olímpicos. Tradução: Maria Lúcia Machado, Rio de Janeiro, Zahar, 1997.
- BILLIET, L.E. Bulimia y anorexia en la actualidad. **Revista de Psiquiatria Dinámica y Psicología Clínica**. 1 (2), s/n, 1997.
- BIRMAN, J. A psicopatologia na pós-modernidade: as alquimias no mal-estar da atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, 2 (1), s/n, março de 1999.
- BRAGA, C.L. Manejo nutricional. In: NUNES, M.A.A. (org.) **Transtornos Alimentares e Obesidade**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.
- BUCKROYD, J. **Anorexia e Bulimia**. Tradução ZLF Assessoria Editorial, São Paulo, Ágora, 2000.
- BUSSE, S.R. Anorexia nervosa: traços de puerilidade. **Rev. de Psiquiat. Clín.** 21 (2), 56-57, 1994.
- CACHON, L.V.E. **Comportamiento anorexico en la población adolescente femenina de tercero de B.U.P. del municipio de La Coruña**. Tese de doutorado apresentada ao departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela - Espanha, 1998.
- CALDERÓN, E.; MORENO, P.; GILI, M.; ROCA, M. Psicopatología y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio com el SCL-90-R. **Revista Electrónica de Psiquiatria**. 2 (1), marzo, 1998.
- CALHEIROS A.V.; SALVATIERRA, A.; NEVES, J.E.P.; CORDÁS, T.A. **Aspectos Atuais - anorexia nervosa**. São Paulo, Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, 1999. mimeo
- CAMPOS, A.L.R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: FISBERG, M. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo, Fundação BYK, 1995.

- CAPRA, F. **O Ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** Tradução: Álvaro Cabral, São Paulo, Cultrix, 1982.
- CAPRARA, A. O médico ferido: Omulu nos labirintos da doença In: ALVES, P.C. & RABELO, M.C. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras,** Rio de Janeiro, Relumê Dumará: Ed. Fiocruz, 1998.
- \_\_\_\_\_ **A Relação médico-paciente: para uma humanização da prática médica.** Texto de uso interno da disciplina: Seminários de Metodologia da Pesquisa Clínica, Epidemiológica e Medicina Social. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 1998.
- CARDEAL, M.V. **Obesidade e alterações psicopatológicas: O transtorno do comer compulsivo - Binge Eating .** Trabalho apresentado no II Simpósio Brasileiro de Atualização em Transtornos do Comportamento Alimentar, São Paulo, 1996.
- CARVALHO, A.M.P. **O Processo de globalização e seus rebatimentos no Estado.** Conferência proferida no I Congresso de Assistência Social da Amazônia. Belém-PA, 1997.
- CASULLOI, M.M. Lenguajes, cuerpo y afectos. **Revista de Psiquiatria Dinámica y Psicología Clínica.** 2 (6), s/n, 1998.
- CHANDLER, A.E. Efectos terapéuticos del vínculo médico-paciente en la anorexia nerviosa. **Rev. Asoc. Méd. Argentina,** 111 (4), 15-18, 1998.
- CHAVES, A.M. O fenômeno psicológico como objeto de estudo transdisciplinar. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** Porto Alegre, 13 (1), 1-12, 2000.
- CID-10 **Classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Tradução: Dorgival Caetano. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- CORDÁS, T.A. **Avaliação da eficácia terapêutica de dois modelos de atendimento em bulimia nervosa.** Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Psiquiatria, 1995.
- \_\_\_\_\_ COBELO, A.; FLEITLICH, B.; GUIMARÃES, D.S.B.; SCHOMER, E. **Anorexia e bulimia: O que são ? Como ajudar ? Um guia de orientação para pais e familiares.** Porto Alegre, Art Med, 1998.
- \_\_\_\_\_ **Bulimia nervosa: diagnóstico e propostas de tratamento.** São Paulo, Lemos Editorial, 1998.
- COSTA FREIRE, J. O Humanismo ameaçado. **Jornal do Brasil.** Rio de Janeiro, caderno B. p. 1, 1999.



- COUTINHO W. Consenso Latino Americano de Obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 43 (1), 21-67, fevereiro, 1999.
- COTRUFO, P.; BARRETA, V.; MONTELEONE, P. Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female in southern Italy. *Acta Psychiatr. Scand*, 98(2), 112-15, 1998.
- CRAMER, B. **Segredos femininos de mãe para filha**. Tradução de Patrícia Chottoni Ramos. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- CUKIER, R. **Sobrevivência emocional**: as dores da infância revividas no drama adulto. São Paulo, Ágora, 1988.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.
- DARTIGUES, A. **O Que é Fenomenologia ?**. Tradução: Maria José J.G. de Almeida. São Paulo. Ed. Moraes, 1992.
- DSMIV - AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC, 1994.
- FAIRBURN, C.G.; WELCH, S.L.; DOLL, H.A.; DAVIES, B.A.; O'CONNOR, M.E. Risk factors for bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*. 54, 509-517, june, 1997.
- FAIRBURN, C.G.; ZAFRA, C.; BONECA, H.A.; WELCH, S.L. Risk factors for anorexia nervosa.: Three integrated case-control comparisons. *Arch. Gen. Psychiatry*. 56, 468-476, may, 1999.
- FALCETO, O.G.; ROSA, J.C.S.; TETELBOM, M.; SUKSTER, E.; BENETTI, S.P.C.; COHEN, S.C.P.; WAINSTEIN, M. Anorexia nervosa: querem que eu viva ? *Revista ABP-APAL*. São Paulo, 15 (1), 11-16, 1993.
- FALCETO, O.G. Terapia de família. In: CORDIOLI, A.V.(org.) **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre, ARTMED, 1998.
- FASOLO, C. & DINIZ, T.C.V.C. Aspectos familiares. In: NUNES, M.A A.; APPOLINÁRIO, J.C.; ABUCHAIM, A.L.G. & COUTINHO, W. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre, ArtMed, 1998.
- FIGARO, C.J. Famílias incestuosas e a psicanálise: os desafios institucionais do Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual - CEARAS. *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo. 12 (128/129), 1999.

- FIGUEIREDO, L.C. **Matrizes do pensamento psicológico**. Petrópolis, Vozes, 1993.
- FIGUEIROA, L.F.S. Aspectos clínicos e terapêuticos da anorexia nervosa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. São Paulo, 31 (2), 115-121, 1982.
- FIGUEIROA, L.F.S. Anorexia nervosa II: etiologia. **J Bras. Psiq.** 33 (5), 317-326, 1984.
- FINI, M.I. Sobre a pesquisa qualitativa em educação, que tem a fenomenologia como suporte. In: BICUDO, M.A.V. & ESPÓSITO, V.H.C. (orgs.) **Pesquisa qualitativa em educação**, São Paulo, Unimep, 1997.
- FISCHER, B.B.; BERNET, R.; SIEBER, M.; SCHIMID, J.; BUDDEBERG, C. Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14-to 19 year-old Swiss students. **Acta Psychiatr. Scand**, 93, 296-304, 1996.
- FLEITLICH, B.W. O papel da imagem corporal e o risco de transtornos alimentares. **Pediatria Moderna**. 33 (1/2), 56-62, 1997.
- FONSECA, J.S.F. **Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno**. São Paulo, Ágora, 1995.
- FONTES, O.L. **Educação biomédica em transição conceitual**. São Paulo, Unimep, 1999.
- FORGHIERI, Y.C. Fenomenologia, existência e psicoterapia. In: FORGHIERI, Y.C. (org.) **Fenomenologia e Psicologia**. São Paulo, Ed. Cortez, 1984.
- \_\_\_\_\_ Contribuições da Fenomenologia para o estudo de vivências. **Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia**, São Paulo, 2 (1): 7-20, 1989.
- \_\_\_\_\_ **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas**. São Paulo, Pioneira, 1993.
- FORWARD, S. & BUCK, C. **A traição da inocência: o incesto e sua devastação**. Rio de Janeiro, Rocco, 1989.
- GARCIA, C.A. & COUTINHO, L.G. Tribos, consumo e desamparo: uma trilogia contemporânea. **Pulsional Revista de Psicanálise**. São Paulo, 12 (127), novembro de 1999.
- GRANDO, L.H. **Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2000.

- GROF, S. Dilemas e controvérsias da psiquiatria tradicional - o dilema médico na psiquiatria: pós e contras. In: GROF, S. **Além do cérebro: nascimento, morte e transcendência em psicoterapia**. São Paulo, McGraw-Hill, 1987.
- GUATTARI, F. **As Três ecologias**. Tradução: Maria Cristina F. Bittencourt. São Paulo, Papirus Ed., 1990.
- GUZMÁN, M.V.; YANSSENS, A.M.M.; CRUZ, M.P.; LÓPEZ, X.R. Anorexia nerviosa: estudio clinico-fenomenologico de siete casos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Santiago de Chile, 31 (1), 25-34, 1994.
- HALMI, K.A. Mulher de 24 anos com anorexia nervosa. **JAMABrasil**, 3 (1), 1610-1624, 1999.
- HAMES, S.L.; ROSSETTO, M.A.C.; STELLA, M.I.J.; ROSSETTO, J.A.J.; COELHO, A.C.P. **Entrelaçamento dos aspectos psicodinâmicos da relação mãe e criança gulosa**. Trabalho apresentado no XII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática. São Paulo, abril de 2000.
- HEATHERTON, T.F. Body Weight, Dieting, and Eating Disorders Symptoms among college students. **The American Journal of Psychiatry**. 152, 1623-29, 1995.
- HERCOVICI, C.R. & BAY, L. **Anorexia nervosa e bulimia**. Tradução: Francisco Settineri. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- HERCOVICI, C.R. **A Escravidão das dietas**. Tradução de Francisco Settineri. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- HOEK, H.W. The distribution of eating disorders. In: FAIRBURN, C.G. & BROWNE, K.D. **Eating disorders and obesity**. New York, Guilford Press, 1995.
- HOLLIS, J. **Gordura: as mulheres e a obsessão por comida**. Tradução: J.E. Smith Caldas. São Paulo, Mandarim, 1996.
- HUSSERL, E. **A Filosofia como ciência de rigor**. Tradução: Albin Beau. São Paulo, Coimbra, 1952.
- JEAMMET, P. A abordagem psicanalítica dos transtornos alimentares. In: URRIBARRI, R. (Org.). **Anorexia e Bulimia**. São Paulo, Escuta, 1999.
- JUNQUEIRA, M.F.P.S. **Abuso sexual da criança e desamparo: uma contextualização**. Trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador, agosto de 2000.

- KANDEL, L. Reflexões sobre o uso da entrevista, especialmente a não-diretiva, e sobre as pesquisas de opinião. In: THIOLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo, Polis, 1980.
- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- KEEL, P.K. *et al.* Outcome in Bulimia nervosa. **The American Journal of Psychiatry**. 154, 313-21, 1997.
- KLEIN, M. & RIVIERI, J. **Amor, ódio e reparação**. Tradução: Maria Helena Senise. Rio de Janeiro, Imago, 1970.
- KLEIN, M. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão - obras completas**. São Paulo, Imago, 1991.
- KOLLER, S.H. & AMAZARRAY, M.R. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, 11 (3), s/n, 1998.
- KUTSCKA, H.J. O consumo do belo. In: CORDÁS, T.A. **Fome de cão**. Quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade. São Paulo, Maltese, 1993.
- LEMES, S. O.; MORAES, D.E.B.; VÍTOLO, M.R. Bases psicossomáticas dos distúrbios nutricionais na infância. **Revista de Nutrição PUCAMP**, Campinas, 10(1), 37-40, 1997.
- LIBONATI, F.M.S. & LIBONATI, F.J.S. Anorexia Nervosa: o fantasma de hoje. **ARS CVRANDI - clínica médica**, 6 (31), 28-30, 1998.
- LUCERO, N.A.A. O corpo redescoberto. In: ROMERO, E. (org.) **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas, Papirus, 1995.
- LYOTARD, J.F. **A Fenomenologia**. Tradução: Armindo Rodrigues. São Paulo, Martins Fontes, 1954.
- LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro, Campus, 1988.
- MAHLER, M.S. Sobre a simbiose humana e as vicissitudes da individuação. In: MAHLER, M.S. **O Processo de separação-individuação**. Tradução: Helena Mascarenhas de Souza. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
- MAHLER, M.S.; PINE, F. & BERGMAN, A. **O Nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação**. Tradução: Jane Araújo Russo. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

- MAIA, M.S. & ALBUQUERQUE, A. "GET THERE NOW - cultura contemporânea, imediatismo e desamparo". *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo, 13 (132), 81-88, 2000.
- MAÎTRE, J. Sociologia da ideologia e entrevista não-diretiva. In: THIOLENT, M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo, Polis, 1980.
- MALBERGIER, A.; FILHO, E.C.M.; RAMADAM, Z.B.A. Anorexia nervosa: avaliação multiaxial de um caso. *J Bras. Psiq.* 38 (6), 327-330, 1989.
- MALBERGIER, A. **Transtornos Alimentares: abordagem do clínico generalista**. Trabalho apresentado no XII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática. São Paulo, abril de 2000.
- MALYSSE, S. Em busca do corpo ideal: sexualidade, gênero e sociedade. *CEPES/IMS/UERJ*. Rio de Janeiro, 7e 8, 12-17, ed. especial, 1998.
- MARSÁ, M.D.; CARRASCO, J.L.; LÓPEZ-IBOR, J.L.; SÁIZ, J.R. Un estudio de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Luso Espanõla de Neurología Psiquitría y Ciencias afines*. 26 (5), 288-296, 1998.
- MARSÁ, M.D.; CARRASCO, J.L.; PIETRO-LÓPES, R.; SÁIZ, J.R. El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Luso Espanõla de Neurología Psiquitría y Ciencias afines*. 27 (1), 43-50, 1999.
- MARTINS, J.; BOEMER, M.R. & FERRAZ, C. A. A Fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(1): 139-147, 1990.
- MARTINS, J. & BICUDO, M. A. V. **A Pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo, Editora Moraes, 1994.
- MARTINS, T.M. Abordagem familiar. In: NUNES, M.A A.; APPOLINÁRIO, J.C.; ABUCHAIM, A.L.G. & COUTINHO, W. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre, ArtMed, 1998.
- MATARAZZO, E.B. Anorexia Nervosa: aspectos clínicos e terapêuticos. *Rev. Psiq. Clín.*, (ed. especial), 30-35, 1992.
- MAY, R. **Psicologia existencial**. Tradução: Ernani Pereira Xavier. Rio de Janeiro. Ed. Globo, 1986.
- MELLER, I. **Anorexia Nervosa: três perspectivas**. Trabalho apresentado no XXVI Congresso Interamericano de Psicologia. São Paulo, julho de 1997.

- MENDEZ, O.R.; SANCHEZ, M.G. Anorexia nerviosa: estudo de tres pacientes. **Revista Cubana de Pediatria**. 57 (1), 93-101, 1985.
- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução: Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo, Martins Fontes, 1999.
- MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo, Polis, 1980.
- MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 1994.
- \_\_\_\_\_ **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1996.
- MOSCHETTA, G.H. & CORDIOLI, A.V. Anorexia nervosa: uma discussão etiológica. **Revista do HCPA**. Porto Alegre, 5 (2), 111-115, 1985.
- NAPO, S.A. Consumo de anorexígenos tipo-anfetamina (dietilpropiona, fenproporex, mazindol) e de fenfluramina no Brasil: prejuízo ou benefício para a saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 41 (8), 417-421, 1992.
- NAPPO, S.A.; OLIVEIRA, E.M.; MOROSINI, S. A prescrição por médicos brasileiros de fórmulas magistrais para emagrecer: uma duvidosa prática para a saúde dos pacientes. **Arq. Bras. Med.**, 68 (1), 15-20, 1994.
- NÓBREGA, F.J. & CAMPOS, A.L.R. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe-filho**. Rio de Janeiro, Revinter, 1996.
- NUNES, M.A.A. Psicoterapia e distúrbios alimentares. In: GRAÑA, R.B. **Técnica psicoterápica na adolescência**. Porto Alegre, Artes médicas, 1993.
- \_\_\_\_\_ BAGATINI, L.F.; ABUCHAIM, A.L. O teste de atitudes alimentares (EAT-26) em adolescentes de Porto Alegre. **Arquivos de psiquiatria, psicoterapia e psicanálise**. 1(1), 132-37, 1994.
- \_\_\_\_\_ ABUCHAIM, A.L. Anorexia nervosa parte II: Tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. São Paulo, 44, 10-11, 1995.
- \_\_\_\_\_ FASOLO, C.; BRAGA, C.; SOMENZI, L.; AZEVEDO, R. Anorexia nervosa: relato de caso. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. São Paulo, 44 (supl. 1), 12-15, 1995.



- \_\_\_\_\_. **Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 29 anos em Porto Alegre.** Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal de Pelotas, 1997.
- \_\_\_\_\_. & RAMOS, D.C. Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: NUNES, M.A A.; APPOLINÁRIO, J.C.; ABUCHAIM, A.L.G. & COUTINHO, W. **Transtornos alimentares e obesidade.** Porto Alegre, ArtMed, 1998.
- OGLOBO. **Testes revelam perigos das dietas: laudo do Noel Nutels indica irregularidades em remédios receitados para emagrecimento.** Domingo, 9 de abril de 2000, p. 16.
- OLIVEIRA, P.S. Caminho de construção da pesquisa em Ciências Humanas. In: OLIVEIRA, P.S. (org.). **Metodologia das Ciências Humanas.** São Paulo, Hucitec, 1998.
- OLIVEIRA, M.L.G.; CASARINI, F.G.; LOOSLI, M.; MELLO, S.M.A.; PEROSI, S.C. **Análise do funcionamento cognitivo de um caso clínico de anorexia nervosa: implicações psicossomáticas.** Trabalho apresentado no XII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, São Paulo, abril de 2000.
- PATTON, G.C.; SELZER, R.; COFFEY, C.; CARLIN, J.B.; WOLFE, R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. **BMJ**, 318, 765-68, 1999.
- PILOT, R. **Os Transtornos alimentares em população de escolares em Ribeirão Preto.** Tese de doutorado. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1998.
- RATTNER, H. Globalização - em direção a "um mundo só"? **Boletim LEAD/Brasil**, São Paulo, 1995.
- REY, G.F.L. Epistemología cualitativa: Sus implicaciones metodológicas. **Psic. Rev.** São Paulo, (5): 13-32, 1997.
- REY, G.F.L. **Epistemología cualitativa y subjetividade.** Habana, Editorial Pueblo Y Educación, 1997.
- REZENDE, A.M. Fenomenologia e dialética. In: FOGHERI, Y.C. (org.) **Fenomenologia e Psicologia.** São Paulo, Cortez, 1984.
- RIBEIRO JÚNIOR, J. **Fenomenologia.** São Paulo, Pancast Editora, 1991.
- RIGOTTO, R.M. **Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva.** Fortaleza, Mestrado em Saúde Pública, 1998. mimeo.



- ROBELL, S. **Anorexia nervosa e os limites de seu tratamento**. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto de Psicologia Clínica da Pontífica Universidade Católica de São Paulo, 1996
- ROBELL, S. **A Mulher escondida: a anorexia nervosa em nossa cultura**. São Paulo, Summus, 1997.
- ROBERTO, L.G. Transtornos alimentares como segredos de família. In: IMBER-BLACK, E. (org.) **Os segredos na família e na terapia familiar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- RODRIGO, M.I.H.; GONZÁLES, R.J.D.; RODRIGO, M.A.H.; GÜERVOS, M.S. Estudio de factores psicosociales y evolutivos en la anorexia nerviosa. **Actas Luso-Espanõla de Neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines.**, 18 (5), 277-285, 1990.
- ROLNIK, S. Toxicômanos de identidade: subjetividades em tempos de globalização. In: LINS, D. (org.) **Cultura e subjetividade: saberes nômade**s. Campinas-SP, Papyrus, 1997.
- ROSITO, C. Feminilidade, individuação e autonomia. In: PELLANDA, N.M.C.; & PELLANDA, L.E.C. **Psicanálise Hoje: uma revolução do olhar**. Petrópolis, Ed. Vozes, 1996.
- ROVALETTI, M.L. **Ascética y anorexia mental: del rechazo a la reconciliación**. Trabalho apresentado na IV Jornada de Investigación. Facultad de Psicología de Universidad de Buenos Aires, diciembre de 1997.
- SANTACRUZ, H. Anorexia y bulimia: conflictos con el cuerpo. **Acta Medica Colombiana**. 22 (3), 105-110, 1997.
- SANT'ANNA, D.B. Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: SANT'ANNA, D.B. (org.) **Políticas do corpo**. São Paulo, Estação Liberdade, 1995.
- SANTOS, O.C.F. Psicoterapia psicanalítica do paciente somático. In: MELLO FILHO, J. (org.) **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- SANTOS, P.C.M.; IUCIF, N.J.; FERRONATO, M.G.A.; OLIVEIRA, J.E.D.; SANTOS, J.E. Anorexia nervosa: uma revisão clínica de 12 casos. **Rev. Paul. Med.** São Paulo, 104 (5), 240-246, setembro, 1986.
- SBPC - Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica. **Programa de educação sanitária**. São Paulo, 1993.

- SCAZUFCA, A.C.M. **Abordagem psicanalítica da anorexia nervosa e da bulimia como distúrbios da oralidade.** Dissertação de Mestrado. São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1998.
- SCHIATINO, M.T.; SANFUENTES, M.; LAGARRIBEL, S. Influencia de la restriction alimentaria sobre la díade madre-hija. **Revista Actas Luso Espanõla de Neurología Psiquiatria y Ciencias Afines.** 26 (5), 303-308, 1998.
- SEGAL, A. Bulimia nervosa II. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** São Paulo, **44**, 25-31, 1995.
- SEPPILLI, T. **Antropologia da nutrição e psicopatologias alimentares.** Palestra proferida pelo Presidente da Sociedade Italiana de Antropologia Médica em Ciclo de Conferências em Fortaleza, set/1998.
- SEVERIANO, M.F.V. A sociedade unidimensional e a produção da subjetividade humana. **Revista de Psicologia,** 10 (1/2), 103-119, 1992.
- SEVERIANO, M.F.V. **As subjetividades contemporâneas sob o signo do consumo - os ideais narcísicos na publicidade da TV: produção e consumo.** Tese de Doutorado. São Paulo. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, 1999.
- SHOMER, E. & COBELO, A. A família na anorexia nervosa e na bulimia nervosa. In CORDÁS, T.A. (org.). **Anorexia e bulimia: O que são ? Como ajudar ? Um guia de orientação para pais e familiares.** Porto Alegre, Art Med, 1998.
- SOBRAVIME - **Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos.** Boletim de jan/mar., 1997.
- SOMENZI, L.Z.; SCHERER, M.L.; MARTINS, F.P.; TIMM, H.B. Transtornos Alimentares e sua relação com abuso sexual na infância: relato de um caso. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. do Sul,** 18 (3), 367-373, 1996.
- STROHSCHOEN, F.P. Atitude fenomenológica: forma e conteúdo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** 45 (12), 689-694, 1996.
- SWIFT, R. **Abaixo as dietas.** Tradução: Marilene Tombini. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1997.
- TANNENHAUS, Norra. **Distúrbios alimentares - como tratar e evitar.** Tradução: Paulo Fróes. Rio de Janeiro, Ediouro, 1994.
- TESCH, R. **Qualitative research: analisis types & software tools.** London, The Falmer Press, 1995.

- THE HARVARD MENTAL HEALTH LETTER: Eating Disorders. Tradução de Daniel Pereira Leite Palenewen e Eliana Borges Pereira Leite. **Pulsional Revista de Psicanálise**. São Paulo, 12 (123), 55-70, 1999.
- VAN DEN BERG, J. H. **O Paciente psiquiátrico**: esboço de psicopatologia fenomenológica. Tradução: Miguel Maillat. São Paulo, Mestre Jou, 1978.
- VEJA. **Regime radical**: ao supervalorizar a magreza, argentinas se tornam campeãs de distúrbios alimentares. São Paulo: Ed. Abril, 23 de julho, p.38, 1997.
- VEJA. **Beleza à venda**: brasileiros gastam 5 bilhões de reais em cosméticos. São Paulo: Ed. Abril, 18 de junho, p. 49, 1997.
- VEJA. **O Feitiço do corpo ideal**: insatisfação com a auto-imagem e luta contra a gordura se transformam em obsessão. São Paulo: Ed. Abril, 04 de fevereiro, p. 62 a 66, 1998.
- VEJA. **A Evolução física, intelectual e psicológica da mulher**. São Paulo: Ed. Abril, 07 de março, p. 56 a 60, 1999.
- VEJA. **Governo inglês faz campanha contra magreza excessiva**. São Paulo: Ed. Abril, 28 de junho, p. 55, 2000.
- VERRI, A.P.; VERTICALE, M.S.; VALERO, E.B.S.; NESPOLI, S. La televisione e i disturbi del comportamento alimentares. **Minerva Pediatrica**, 49 (6), 235-243, giugno, 1997.
- VILAS BOAS, S. **Voracidade, simbiose, desejo de fusão e processos somáticos**. Trabalho apresentado no XII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática. São Paulo, abril de 2000.
- WINNICOTT, D.W. **Natureza humana**. Tradução: Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro, Imago, 1990.
- \_\_\_\_\_  **Holding e interpretação**. Tradução: Sônia Maria Tavares Monteiro de Barros. São Paulo, Martins Fontes, 1991.
- \_\_\_\_\_  **Tudo começa em casa**. Tradução: Paulo Sandler. São Paulo, Martins Fontes, 1996.
- \_\_\_\_\_  **A Família e o desenvolvimento individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo, Martins Fontes, 1997.
- WOLF, N. **O Mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Tradução: Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro, Rocco, 1992.

YAZIGI, L.; NOTO, J.R.S. Aspectos do seguimento psicoterápico de um caso de anorexia nervosa acompanhado pelo teste de Rorschach. **Bol. de Psiq. SP.** 14 (3), 101-148, 1981.

YUNES, R.A. Experiencias en el trabajo terapéutico com jóvenes anoréxicas y sus familias. **Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica.** 1 (4), s/n, 1997.

ZIMERMAN, D.E. A formação psicológica do médico. In: MELLO, J.F. (org.) **Psicossomática hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

ZUKERFELD, R. **Acto bulimico, cuerpo y tercera topica.** Buenos Aires, Paidós, 1996.

8 ANEXOS

**Roteiro da entrevista não-diretiva**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Rua Prof. Costa Mendes, 1608- 5º andar -Fortaleza-Ce - Tel. (085) 288.8045 Fax:  
(085) 288.8050

Roteiro norteador da entrevista não-diretiva

1. Qual o problema que você apresenta ?
2. Quais são suas percepções sobre esse problema?
3. Como é conviver com isto ?
4. Quando você começou a desenvolver os sintomas ?
5. O que você acha que pode ter causado este problema ?
6. Como a sua família está lidando com o seu problema ?
7. Quem você procurou para cuidar desse problema ?
8. Você poderia especificar cada um deles ?
9. Quais foram os resultados obtidos em cada tratamento ?
10. Você poderia falar um pouco do tratamento atual ?
11. O que você acha desse tratamento; te satisfaz ?
12. Mediante a sua experiência, quais são as suas sugestões para a possível melhoria do tratamento atual ?
13. Gostaria nesse momento que você relatasse algo que para você é muito importante e que não foi abordado nessa entrevista e que, na sua concepção, seja importante enquanto contribuição.



**Termo de consentimento**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Rua Prof. Costa Mendes, 1608- 5º andar -Fortaleza-Ce - Tel. (085) 288.8045 Fax: (085) 288.8050

TERMO DE CONSENTIMENTO

1. Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( )

Identidade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grau de instrução \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

2. Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Natureza (grau de parentesco, tutor, curador etc.): \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( )

Identidade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grau de instrução \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:**

Título: Transtornos do Comportamento Alimentar: uma leitura interdisciplinar a partir das concepções e vivências de usuárias de serviços de saúde.

Pesquisador: Angela Cardoso Andrade Timóteo da Silva

Cargo Função: Psicóloga e Psicoterapeuta. Mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da UFC.

A pesquisa durará em média 02 (dois) meses e não apresentará nenhum risco de danos à integridade física e/ou psicológica como consequência imediata ou tardia do estudo.

Trata-se de uma pesquisa que investigará a forma de viver de pessoas portadoras de Transtornos do Comportamento Alimentar acerca de seus problemas afetivos e alimentares, ao mesmo tempo em que analisará as suas percepções referentes ao tratamento até o momento recebido.

Será realizada uma entrevista com a paciente em local **reservado/privativo**. Em sendo autorizado, será utilizado um gravador para o registro da conversa entre o pesquisador e a pessoa entrevistada. O conteúdo das entrevistas bem como a identificação da paciente será mantido em **sigilo** sob responsabilidade direta do pesquisador.

É garantido o acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas, assim como, retirar o seu consentimento e, a qualquer momento, deixar de participar do estudo sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

### **CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Em caso de menor de idade, declaro que o mesmo foi devidamente esclarecido e aceita participar do presente estudo sendo eu o responsável legal.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

---

Angela Cardoso Andrade Timóteo da Silva  
Mestrado em Saúde Pública da UFC

#### **Contato com o pesquisador:**

Tel(s): 9981 8754 / 4581063 / 288 8149  
Serviço de Saúde Mental do HUWC  
CETRATA - Centro de Estudos e Tratamento em Transtornos Alimentares.  
Rua Capitão Francisco Pedro, 1290  
Rodolfo Teófilo  
60430-370

**Artigo enviado para publicação**

**Título: Mídia e Subjetividade : seu impacto nos comportamentos alimentares**

**Title: The Media and subjectivity - their impact on current eating habits**

Angela Andrade <sup>1</sup>

Maria Lúcia Magalhães Bosi <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Comunitária

Faculdade de Medicina

Mestrado em Saúde Pública

Universidade Federal do Ceará

R. Prof. Costa Mendes, 1608

5º andar

Fortaleza-CE

60430-140, Brasil

Endereço para correspondência:

Angela Andrade

R. Visconde de Mauá, 1661 / 602 – Ed. Rodin

Aldeota

Fortaleza-CE

60125-160

e-mail: [angelaandrade@secrelnet.com.br](mailto:angelaandrade@secrelnet.com.br)

## **Título: Mídia e Subjetividade: seu impacto nos comportamentos alimentares**

### **Resumo**

Este ensaio versa sobre o impacto da “globalização” na constituição de subjetividades. Analisa alguns dos sub-produtos desse processo, tais como a massificação e a importação de modelos culturais hegemônicos que destituem o sentimento de pertença de grupos humanos e invadem seu universo simbólico, expropriando o centro de referência cultural que baliza e estrutura o psiquismo humano, causando mal-estar generalizado. As autoras apontam, que é nessa fratura desalojadora de significação humana que se sustentam as psicopatologias modernas e emergentes tais como os Transtornos do Comportamento Alimentar, problemática que se expressa no campo da Saúde Pública como uma epidemia silenciosa e simbólica, nesta virada de milênio.

**Palavras-chave:** Subjetividade; Alimentação e Nutrição; Saúde; Saúde Pública; Transtornos do Comportamento Alimentar.

**Title: The Media and subjectivity - their impact on current eating habits**

### **Summary**

This essay treats the impact of globalisation in the constitution of subjectivity in contemporary man. It analyses some of the by-products of this process, such as massification and the importation of hegemonic cultural models which strip man of the feeling of belonging to human groups and invade the symbolic universe. This expropriates the cultural reference point which forms the basis and structures the human psyche, causing generalised distress. The authors point to the fact that this dislocated fracture of human significance which sustains the modern, emerging psychopathologies, such as eating disorders. This problem is expressed in the area of Public Health as a silent, symbolic epidemic at the turn of the millennium.

**Key words:** Subjectivity; Food and Nutrition; Health; Public Health; Eating Disorders.

## **Mídia e Subjetividade : seu impacto nos comportamentos alimentares**

### **Introdução**

Estamos vivenciando a passagem para um novo milênio, testemunhando a chamada *Terceira Revolução Industrial* - época de grandes e profundas transições - estruturalmente vinculada à “globalização” que impulsiona países como o Brasil, a aderir às regras ditadas pela comunidade internacional, de modo a garantir sua sobrevivência numa economia “globalizada”, na qual as regras do mercado são estabelecidas pelos grandes conglomerados financeiros.

Rattner (1995) descreve as origens dessas megatendências e deposita as forças mais ativas e poderosas do processo da “globalização” na voracidade do capital transnacionalizado, acumulativo e especulativo que cresce estrategicamente, garantindo, com este movimento predatório, altas taxas de lucratividade e a acumulação de 40% de toda a riqueza mundial. Desse modo, torna as elites cada vez mais poderosas enquanto os pobres se vêem excluídos do sistema e dos benefícios sociais básicos, dentre eles, o acesso aos serviços de saúde, trabalho, educação, lazer.

Apesar das muitas mudanças verificadas no Brasil, nas últimas décadas, uma realidade se mantém estável: o país continua sendo caracterizado por ter distribuição de renda das mais desiguais do mundo, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 1996).



*Essa assimetria de controle e movimentação de recursos humanos, materiais e financeiros expõe cruamente a ilusão de viver-se em uma sociedade democrática. Na realidade, verificamos a polarização, a exclusão e os decorrentes desequilíbrios sociais entre minorias desfrutando de elevada renda, consumo e estilo de vida afluentes e de desperdício, face à maioria carente das necessidades básicas (Rattner, 1995:9).*

Rigotto (1998) assinala que esse cenário, longe de estar restrito ao plano econômico, envolve as esferas política e cultural acarretando a diluição de fronteiras e enfraquecendo o Estado Nacional.

*Claro está que a Reestruturação Produtiva é um processo econômico, político e cultural em curso, de grande dinamismo e alta complexidade, que acontece em escala planetária em ritmo intenso, exigindo a inserção de todos. Estruturalmente vinculada à Globalização, estes dois processos têm sido conduzidos pelas forças hegemônicas a nível internacional, representando a mais recente configuração do capitalismo - a qual converte o sistema mundial em espaço de acumulação - apontando para profundas repercussões sobre a vida social (Rigotto, 1998:3-4).*

Uma fragmentação simbólica advém da insustentabilidade desse processo, da perda de valores culturais que dão referência à construção de subjetividades. A importação de modelos globais, em todas as dimensões da vida humana, pulveriza a dimensão simbólica, de forma violenta, transformando os modos de produção, de hábitos, valores etc., promovendo um

*desenraizamento* cultural, gerando um mundo de incertezas e de riscos produzidos, que se desdobra na perda da liberdade e da identidade humana.

Carvalho (1997) afirma que, no Brasil, nosso cotidiano é cada vez mais influenciado por eventos que acontecem no outro lado do planeta. Ressalta, ainda, o imediatismo das transformações conseqüente da diminuição das distâncias ocasionada pela revolução dos meios de comunicação e de transporte. Nesse contexto, ao adquirirmos um bem de consumo, as repercussões podem afetar desde a divisão internacional do trabalho até certas determinações no ecossistema da terra. A autora referencia Antônio Guiddens, quando diz:

*A Globalização não deve ser vista simplesmente como um fenômeno que está ali, mas também, como um fenômeno que está aqui; ela afeta não somente espaços locais, mas afeta até as intimidades da existência pessoal, já que atua de modo a transformar a vida cotidiana (Guiddens, apud Carvalho, 1997:9).*

Com efeito, o projeto da modernidade, ancorado no cientificismo e no tecnicismo, alcançou uma velocidade vertiginosa, adoecendo o meio ambiente e a humanidade que não dão conta de acompanhar o seu ritmo intenso e avassalador.

Rigotto (1998) avalia essa ruptura quando menciona:

*(...) Testemunhamos também os limites do projeto moderno - centrado na racionalidade, na técnica e na ciência - para resolver*

*problemas fundamentais da humanidade. Mesmo sabendo que a avalanche de números muitas vezes banaliza os problemas e oculta o sofrimento humano (Rigotto, 1998:3).*

Um conjunto de rápidas transformações tais como: a revolução técnico-científica, a racionalização dos processos de produção e a modernização dos meios de comunicação e de transporte, dilui nosso sentido de identidade e coletividade.

O psicanalista Jurandir Freire Costa (1999) analisando os resultados de sua recente pesquisa *Corpo e morte na cultura moderna*, indica que recorremos ao corpo como critério de identidade. O individualismo narcísico e hedonista elege o corpo e as sensações como os depositários dos valores pessoais na cultura contemporânea. Com o apogeu das ciências, a humanidade acreditou que poderia deter o controle da morte, aumentando a longevidade; o desgaste biológico deve ser controlado; não podemos envelhecer. Nossa cultura passou a banalizar a morte, da forma como é teatralizada na TV, através do extermínio do outro num palco onde predominam excentricidades e, sobretudo, violência.

Nesse panorama, lugar da virtualidade, dos ícones e imagens globais, não há tempo para lidar com a nossa grande e única certeza - a finitude humana; obnubilamos a idéia de morte com a supervalorização do corpo e das sensações para não refletir sobre o fim da espontaneidade e da liberdade criadora abortada por este projeto na contemporaneidade; deparamos-nos, então, com a perda da identidade (Costa, 1999).

Essa “cultura da sensação” é o esteio pelo qual se difunde a pseudo-verdade de que teremos que recorrer ao corpo como critério de afirmação; daí o excesso de investimentos em publicidades relacionadas a temas como longevidade, juventude, beleza, corpo perfeito, que visam projetar o corpo e todo o seu arsenal para o seu controle no espaço social (Costa, 1999).

Nesse contexto, como compreender o comportamento obsessivo com a alimentação e o medo de engordar, que leva milhares de mulheres a adotar dietas restritivas e até morrer de fome mesmo diante da fartura de alimentos ?

### **A magnitude do problema**

Os Transtornos do Comportamento Alimentar (TCAs) são definidos como alterações do comportamento alimentar, de base afetivo/emocional, que podem levar à desnutrição ou à obesidade, entre outras complicações clínicas e incapacidades. Os TCAs acometem principalmente pacientes jovens (12 a 29 anos) sendo 90% do sexo feminino, o que impõe um recorte de gênero. Os fatores desencadeantes ou precipitantes entram em sinergia, configurando um complexo quadro psicossomatogênico que desequilibra completamente a função biológica da nutrição.

Esses agravos correspondem basicamente aos diagnósticos de transtorno da compulsão alimentar periódica, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtornos alimentares não específicos. Estes últimos se apresentam intimamente relacionados por apresentarem psicopatologia comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal

expressa como um medo mórbido de engordar (Azevedo, 1996). Na maioria dos casos, os indivíduos estabelecem um julgamento de si indevidamente baseado na forma física, debilitada por práticas inadequadas de controle de peso e comportamentos alimentares anormais, cuja avaliação se encontra comprometida por uma distorção cognitiva da percepção da auto-imagem:

*Tal preocupação leva os pacientes a se engajarem em comportamentos que visam perder ou evitar o ganho de peso como dietas extremamente restritivas, exercícios extenuantes, uso de métodos purgativos como indução do vômito, abuso de laxantes e diuréticos. Pacientes com anorexia nervosa costumam manter o peso muito abaixo do esperado para a idade, sexo e estatura, o que favorece disfunções endócrinas e amenorréia (Azevedo, 1996:3).*

A literatura internacional sobre o tema ressalta que estudos epidemiológicos centram-se mais em dados de prevalência, que a população de alto risco é de mulheres jovens, em idade escolar - nível colegial - e que a incidência de anorexia nervosa tem-se baseado em relatórios de hospital e em casos registrados, apresentando aumento vertiginoso entre 1930 e 1970 (Heatherton et al., 1997; Hoek, 1995).

Um panorama da situação em diferentes países e continentes pode ser obtido revisitando-se alguns estudos.

Hoek (1995), em pesquisa realizada com questionários, demonstrou que 19% das estudantes mulheres americanas tinham sintomas bulímicos. Outro estudo realizado na Holanda apresentou um coeficiente de prevalência de

11.4% por 100.000 hab. Indica ainda, que, *desde 1980 uma epidemia de um novo transtorno alimentar - a bulimia nervosa - começa a aparecer nos Países Ocidentais* (Hoek, 1995:207).

Fischer et al. (1996) analisaram a distribuição do peso e do comportamento alimentar de estudantes secundaristas da rede pública na Suíça. A amostra consistiu de 1944 estudantes de ambos os sexos entre 14 e 19 anos. O questionário utilizado para a detecção de comportamentos alimentares anormais foi o EAT-26 - *Eating Attitudes Test* - (Garner et al., 1979). Foi encontrado que 14,1% de estudantes do sexo feminino apresentaram a manifestação de comportamento alimentar anormal moderado; 8,3% apresentaram escores compatíveis para alto risco de desenvolver patologias da conduta alimentar. Os pesquisadores apontaram que entre o subgrupo de estudantes do sexo feminino com IMC normal para a idade e estatura (69,4% da amostra total), foi encontrado que 49 estudantes (4,4%) apresentaram escores de alto risco no EAT-26, com a manifestação de sintomatologia bulímica e *binge eating*. Os autores citam que estudos da mesma natureza, realizados na Inglaterra e Itália, apresentaram resultados idênticos.

Angel et al. (1997) analisaram a frequência de TCAs em uma amostra composta de forma aleatória de estudantes da Universidade Nacional da Colômbia entre julho de 1994 e dezembro de 1995. Utilizaram instrumentos para a detecção de comportamentos alimentares patológicos, ansiedade e depressão com entrevista clínica estruturada segundo os critérios do DSMIV. A prevalência encontrada para TCAs foi de 30%, dos quais 1,2% para bulimia

nervosa, 0,48% para anorexia nervosa e 28% para transtornos alimentares não específicos. Os transtornos alimentares foram mais freqüentes na área da saúde ( $p < 0,005$ ).

Os autores concluem o artigo informando que a prevalência em universitários é similar à informada em países desenvolvidos, sendo mais freqüentes em estudantes da área da saúde.

Astudillo et al. (1996) em análise exploratória, voltada à detecção de TCAs em um grupo de estudantes do curso de Medicina da Universidade de Valparaíso (Chile), aplicaram o EAT-40. Os resultados encontrados sugerem que 12,2% da amostra do sexo feminino apresentaram comportamentos alimentares potencialmente patológicos. Os autores apontaram a necessidade de outras investigações desta natureza nas escolas de medicina daquele país para auxiliar a intervenção primária e/ou secundária em casos subclínicos, contribuindo, desta forma, para o menor impacto fisiológico, psicológico e social.

Patton et al. (1999), pesquisadores do Centro de Saúde do Adolescente da Universidade de Melbourne, realizaram estudo de coorte com seguimento de três anos. A amostra foi composta de adolescentes de ambos os sexos com 14 a 15 anos, oriundos de 44 escolas secundaristas do estado de Victoria. No começo do estudo foi detectado que 3,3% (29/888) de adolescentes do sexo feminino e 0,3% do sexo masculino preenchiam os critérios para síndromes subclínicas para TCAs, segundo os critérios do DSMIV. As taxas encontradas para o desenvolvimento de um novo transtorno alimentar por 1000 pessoas/ano



de observação foi de 21,8% para meninas e 6% para meninos (Patton et al., 1999).

Adolescentes do sexo feminino que realizaram dieta severa têm dezoito vezes mais chances de desenvolver um transtorno alimentar em relação às aquelas que não fizeram dietas, e as que realizaram uma dieta moderada apresentaram cinco vezes mais chances. Os pesquisadores concluíram, ainda, que o comportamento dietante é o mais importante preditor para o desenvolvimento de TCAs. Adolescentes que controlam o peso com exercícios regulares em lugar de dietas restritivas parecem ter menos risco para o desenvolvimento de TCAs.

Cotrufo et al. (1998) encontraram numa amostra de 919 estudantes do sexo feminino com idade entre 13 e 19 anos, através de instrumentos rastreadores para comportamentos alimentares patológicos, os seguintes resultados: 0,2% com anorexia nervosa; 2,3% com bulimia nervosa; 0,2% com *binge eating* e 14,5% com transtornos alimentares não específicos.

Cachon (1998) detectou a prevalência de desordens alimentares em estudantes do sexo feminino do terceiro ano secundário no Município de La Coruña (Galícia) - Espanha. Foi detectado que 13% das alunas que compuseram a amostra preenchiam os critérios para transtornos alimentares não específicos e foram observadas correlações significativas para desordens da conduta alimentar em 13,9% das escolares que tinham quadro de sobrepeso/obesidade.

A maior parte dos estudos encontrados no cenário internacional é constituída por amostragem institucional, integrando sujeitos adolescentes e/ou adultos jovens do sexo feminino.

Considerando a América Latina, a única pesquisa de base populacional foi realizada, no Brasil, por Nunes (1997). A autora investigou a prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres adolescentes e adultas jovens (12 a 29 anos) em Porto Alegre (n=513).

Os resultados encontrados mostram que 30,2% dessas mulheres possuem comportamento de risco para desenvolver um TCA e 11,3% possuem comportamento alimentar patológico, correspondendo a quadros subclínicos de desordens da conduta alimentar. A distribuição de práticas inadequadas de controle de peso na amostra estudada revelou que 7,8% das mulheres jovens faziam dietas para perder peso; dentre os comportamentos considerados patológicos, o mais prevalente foi o uso de laxantes, 8,5%.

Vários autores apontam como um dos fatores de risco mais importantes na etiopatogenia dos TCAs a dieta para perder peso com determinações diretas em disfunções neuroendócrinas e de neurotransmissores. Do ponto de vista biológico, os episódios bulímicos ou orgias alimentares são uma resposta do corpo ao estado de restrição dietética severa e esse círculo vicioso tem uma importante função na perpetuação do quadro em questão (Hercosvici, 1997; Herscovici & Bay, 1997).

Nunes (1997), em considerações finais de sua pesquisa, ressalta que

*(...) Os resultados da presente investigação devem ser motivo de preocupação e devem ensejar novos estudos e atividades de caráter preventivo, pois eles indicam que uma em cada 9 mulheres jovens de Porto Alegre apresentam comportamento alimentar anormal que poderá evoluir para quadros clínicos graves como anorexia ou bulimia (Nunes, 1997:70).*

No mesmo estudo, através de análises multivariadas entre percepção do peso corporal, índice de massa corporal (IMC) e comportamentos alimentares anormais foi revelado que o fato de as mulheres se sentirem gordas aumentava o risco em quatro vezes para a adesão de comportamentos alimentares anormais.

*Considerando que uma parcela importante das mulheres jovens que utilizam práticas danosas para controle de peso apresentam peso adequado para a estatura e a idade é necessário um melhor entendimento de como se estabelece a relação entre a percepção de imagem corporal e os padrões culturais de beleza ou boa aceitação social. Este conhecimento é necessário para que procedimentos preventivos eficazes possam ser formulados a nível populacional (Nunes, 1997:99).*

Em outro estudo realizado com escolares de ambos os sexos na faixa etária de 11 a 19 anos (n= 486), utilizando o EAT-26 a fim de se detectar, principalmente, comportamentos restritivos como dieta associados a

preocupações com o peso e com a forma do corpo, foram encontrados valores de 11,6% para EAT-26 positivo (Nunes et al., 1994).

Pilot (1998), através de estudo exploratório descritivo numa amostra institucional que envolveu escolas secundaristas do município de Ribeirão Preto-SP, detectou a prevalência de comportamentos alimentares anormais. A amostra (n= 498) foi composta por adolescentes do sexo feminino entre 12 a 18 anos da rede pública e privada de ensino. Os instrumentos utilizados foram o EAT-26 e o EDI -*Eating Disorders Inventory* - (Garner et al., 1984). Foi encontrado que, 55% das alunas da rede pública e 44% da rede privada (331 meninas) tinham comportamentos alimentares disfuncionais - restritivos; os escores mais elevados no EDI foram os itens que avaliaram a tendência à magreza e a presença de comportamentos bulímicos.

Frente a esse cenário, que se delinea em nível internacional, atravessando diferentes conteúdos e extratos sociais, julgamos oportuno levantar uma reflexão:

O que leva as mulheres a desenvolver uma insatisfação crônica com os próprios corpos, negando um instinto tão fundamental como o da fome, buscando através desse comportamento um sentido de ser-no-mundo ?

**O ideal de imagem corporal: alguns elementos em jogo na sua constituição**

Vários autores como Kutscka (1993), Nunes (1997) e Cordás (1998) discutem a importância dos fatores socioculturais na patogênese dos distúrbios alimentares que impõem um ideal de beleza, juntamente com o culto às dietas hipocalóricas e ao corpo esquelético. Com efeito, se observarmos a evolução dos padrões de beleza, desde a Vênus de Milo e dos quadros de nus dos pintores do séc. XVI ao início do século XX, constatamos um processo de construção da imagem caquética feminina materializada nas manequins que, a partir da década de 60 até a atualidade, vêm assumindo antropometrias cada vez menores.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o preconceito contra a obesidade é, sem dúvida, muito forte. O culto à magreza está diretamente associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social gerando um quadro contraditório, “esquizofrenizante”, tendo em vista que através de seus *media* escritos e televisivos, a indústria de alimentos vende gordura, com o apelo aos alimentos hipercalóricos, enquanto a sociedade cobra magreza.

O ideal de corpo perfeito preconizado pela nossa sociedade e veiculado pelos *media*, leva as mulheres, sobretudo na faixa adolescente, a uma insatisfação crônica com seus corpos, ora se odiando por alguns quilos a mais, ora adotando dietas altamente restritivas e exercícios físicos extenuantes como forma de compensar as calorias ingeridas a mais, na tentativa de corresponder ao modelo cultural vigente. Dessa forma, aumenta-se a pressão da equação: Promessa de Felicidade e Beleza = Consumo (Kutscka, 1993).

A análise desse processo demarca sua gênese no início deste século, mas encontra suas raízes no esteio da Revolução Industrial, quando os meios de produção e poder se deslocam das mãos da aristocracia rural para a classe burguesa impondo, concomitantemente, uma estrutura de comunicação massiva para a divulgação da informação. Aparecem as primeiras revistas femininas, ligando a imagem da mulher ao confinamento domiciliar. À medida que a mulher, a partir da década de 60, vai conquistando espaço no mercado de trabalho, legitimando a sua emancipação, tendo direito ao voto e ao uso da pílula anticoncepcional, se estabelece um novo paradoxo: a mulher, agora, enclausura-se no próprio corpo sob a égide do mito da beleza (Wolf, 1992; Swift, 1997).

O consumismo, o hedonismo e o narcisismo - marcas legítimas da cultura moderna - movem bilhões de dólares e fazem do Brasil o campeão em cirurgias plásticas por motivos estéticos (SBCP, 1999); o país que mais importa femproporex - substância anorexígena - (CEBRID, 1998).

Andrade & Costa (1999) analisam os efeitos nocivos do uso deliberado de anorexígenos que entram nesta lógica lucrativista da cultura de "sensações". Prescritos pela classe médica através de receitas magistrais aviadas em farmácias de manipulação, ou através de produtos manufaturados pelas grandes indústrias farmacêuticas, destinam-se a pessoas que desenvolvem quadros de obesidade e/ou TCAs, constituindo estes últimos uma realidade emergente e oculta, na Saúde Pública no Brasil (Andrade & Bosi, 1999).

Dados recentemente publicados apontam o aumento do número de adolescentes que se submetem a operações plásticas, por motivos estéticos; segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, os números dobraram de 1997 a 1998 (SBCP, 1999). Frente a isso, indagamos: o crescimento e a emancipação feminina estão associados, realmente, ao *quantum* de controle que ela exerce sobre o corpo ? Que fatores influenciam esta relação? Qual o papel da mídia nesse contexto?

### **Mídia , Subjetividade e comportamento alimentar**

Bourdieu (1997) analisando os efeitos nocivos da televisão sob o imaginário, tece duras críticas a este mecanismo de fabricação de subjetividades, conjecturado sob a forma de um campo, espaço socialmente estruturado como produtor de violência simbólica, onde se dão as lutas de poder para sua transformação ou conservação; nele se desdobra a pressão das macro-estruturas econômicas e sociais, outorgando relações concorrenciais e desleais, sendo, verdadeiramente, um espaço de exclusões e invasões. Na medida em que a mensagem veiculada é unidirecionada para o interlocutor, não há via dialógica e sim impositiva. O autor analisa o *fast-food* cultural em que vivemos, com as informações sendo veiculadas sob a urgência do tempo, ressaltando que, nessa velocidade, não há tempo suficiente de assimilação pelo desdobramento do pensamento. Com isto, a comunicação é instantânea



porque, em certo sentido, ela não existe o que põe em pauta de análise as forças invisíveis e coercitivas que estão por detrás da produção no imaginário:

*Não vou entrar nos detalhes da análise das estruturas invisíveis – que são um pouco, como a força da gravidade, coisas que ninguém vê mas é preciso supor para compreender o que se passa – às experiências individuais, isto é, como relações de forças invisíveis vão se retraduzir em conflitos pessoais, em escolhas existenciais (Bourdieu, 1997:75).*

Um fragmento do pensamento de Platão é referenciado por Bourdieu (1997), quando afirma que “*somos marionetes da divindade*”, visando traduzir o poder da televisão, através de seus agentes sociais, na criação de valores míticos tais como liberdade, autonomia, felicidade e bem estar, prescrevendo, simultaneamente, comportamentos adequados ao alcance de tais fins.

Para dimensionar essas reflexões na realidade brasileira, podemos analisar em que ponto nos encontramos consoante as reflexões de Bourdieu. Segundo dados do PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1996), 86,2 % da população brasileira possuem televisores em seus lares; 90,3% possuem rádio, bens de consumo que assumem a liderança da pesquisa, e o item geladeira ocupa o 5º lugar, com 80,3%. Com esses dados, podemos observar a existência de brasileiros que dão preferência à aquisição de meios de comunicação nos seus lares em detrimento de outros bens de consumo, considerados como necessários à rotina e à manutenção básica de uma família.

Transladando este pensamento de Bourdieu para a discussão da influência dos *media* na produção do ideal de beleza feminina, observamos a

disseminação de duas crenças falsas que acompanham a busca do corpo ideal. Uma delas é a de que o corpo é infinitamente maleável, podendo alcançar o ideal estético com dietas e exercícios, negligenciando-se as determinações biológicas e genéticas, o que, na literatura especializada, alguns autores chamam de *setting point* (Cordás, 1998; Nunes *et al.* 1998). Para este intento, é necessária grande dose de esforço pessoal, acompanhado de conotações simbólicas de sucesso, liberdade, felicidade, longevidade, liberação sexual, mobilidade social etc., reforçando a outra crença de que, ao conseguir este ideal, a pessoa terá realizado o sucesso desde o estabelecimento na profissão até nos relacionamentos sociais e amorosos (Azevedo & Morgan, 1998a; Strasburger, 1999).

Katzman *apud* Azevedo & Morgan (1998b), adverte-nos que, ao realizar análises voltadas à influência dos *media* na produção das imagens femininas, temos que ter os devidos cuidados para não cairmos em posições reducionistas num momento em que os *media* e a tecnologia das informações consolidam o movimento da “globalização”. Para tanto, devemos considerar que a importação de modelos fragmenta e dilui as fronteiras nacionais, despersonaliza a cultura de um povo, infiltrando sentimentos conflitivos no que diz respeito à identidade cultural, pulverizando-a tanto no plano individual quanto no coletivo, neutralizando o sentimento de pertença a um grupo ou comunidade, tão vital para a garantia da saúde.

O refúgio ante tal expropriação se dá através da instalação de comportamentos patológicos que, com o aumento das expectativas voltadas ao

papel da mulher, produz demasiada insegurança, vulnerabilizando sua identidade, levando-a, na tentativa de resgatar a integridade de sua existência, a buscar, no próprio corpo, o controle perdido.

Em semelhante análise, Guattari (1990) denuncia o esfacelamento de subjetividades ancoradas pelas formas de produção da vida moderna, pelas rápidas transformações técnico-científicas e pelos avanços dos meios de comunicação e transportes, que engendram no cotidiano formas cada vez mais expropriadas de si, pelo ritmo frenético imposto pelo modo imperialista do capitalismo mundializado. Critica o abandono progressivo de uma economia voltada para a produção de bens de consumo e serviços em detrimento da produção de imagens, símbolos e sintaxes, por intermédio, especialmente, do controle que exerce sobre os *media*, a publicidade, as sondagens, que alienam, massificam e normalizam o modelo global.

*A juventude, embora esmagada nas relações econômicas dominantes que lhe conferem um lugar cada vez mais precário, e mentalmente manipulada pela produção de subjetividade coletiva da mídia, nem por isso deixa de desenvolver suas próprias distâncias de singularização com relação à subjetividade normalizada (Guattari, 1990:14).*

Nesse árido universo, movido por interesses hegemônicos, que manipulam e produzem “violência simbólica”, não há espaço para valores como humanidade, solidariedade e bem-estar coletivo. As patologias são cada vez mais avassaladoras e as indústrias farmacêuticas mais poderosas no Ocidente.

É o mundo dos paradoxos, das desigualdades, do desemprego estrutural; é o mundo “globalizado”, mundo em que convivemos com a barbárie dentro das nossas casas, com as mutilações, fuzilamentos coletivos e com os sobressaltos da possibilidade de uma 3ª guerra mundial - mundo do craque e do êxtasis - mundo da inversão de valores entre o público e o privado. *Valores como igualdade, fraternidade e liberdade dão lugar ao individualismo de uma cultura de sensações em que o ser humano perde sua identidade* (Costa, 1999:1).

Em síntese, podemos dizer que esses fatores são o *envelope cultural* dos transtornos do comportamento alimentar, essa “epidemia silenciosa” (Bosi, 1998) que estamos assistindo nesta virada de milênio, e que guarda em si uma complexidade de dimensões, apontando na legitimidade de sua dor psíquica as determinações da dor somática.

O corpo passa a ser o canteiro dos rituais obsessivos que levam indivíduos a negar suas necessidades básicas, pois a fome existe, e lançam-se num círculo vicioso e compulsivo entre dietas restritivas, jejuns prolongados, mantendo um rígido controle sobre a ingesta, o corpo e a imagem corporal (Robell, 1997). A outra face do espelho, que reflete o caos nutricional (Andrade, 1998), dá-se por períodos de orgias alimentares, *binge-eating*, para em seguida forçar o vômito, ingerir laxantes e diuréticos de forma abusiva na busca incessante pela magreza. Estamos falando de um transtorno mental, responsável pela maior taxa de letalidade - 20% (NUNES & RAMOS, 1998) entre todos os tipos de doença mental, levando à morte, basicamente, por desnutrição, suicídio e parada cárdio-respiratória (SBPC, 1993).

## Referências

- ANDRADE, A.C., 1998. "Doutor, minha filha parou de comer!" Aspectos psicopatológicos dos distúrbios alimentares. Desafios para a prática clínica da nutrição. Trabalho apresentado na VII Jornada de Nutrição da Universidade Federal Fluminense.
- ANDRADE, A.C. & BOSI, M.L.M., 1998. *Distúrbios alimentares en el Tercer Mundo: una realidad emergente en el panorama de la Salud Pública en Brasil*. Painel apresentado na X Conference of the International Association of Health Policy. Perugia, Italy.
- ANDRADE, A.C. & COSTA, A. C., 1999. *Transtornos alimentares e obesidade e o uso deliberado de anorexígenos: uma realidade social oculta na Saúde Pública do Brasil*. Fortaleza: Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará. (mimeo.).
- ANGEL, L. A.; VÁSQUEZ, R.; CHAVARRO, K.; MARTÍNEZ, L.M. & GARCÍA, J., 1997. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Columbia entre julio de 1994 y diciembre de 1995. *Acta Medica Colombiana*, 22:111-119.
- ASTUDILLO, R.B.; WASHINGTON, F.G.; CARMÍ, K.R. & UBILLA, C.V., 1996. Trastornos del habito del comer en un grupo de estudiantes universitarios. Análisis exploratorio. *Revista Psiquiatría. (Santiago de Chile)*, 13:12-16.
- AZEVEDO, A.M.C., 1996. Programa de Transtornos Alimentares do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica UNIFESP/EPM. *Psychiatry On-Line Brazil Part of the International Journal of Psychiatry*, 3:2 .
- AZEVEDO, A.M.C. & MORGAN, C.M., 1998. Aspectos socioculturais dos transtornos alimentares - New York. *Psychiatry On Line Brazil - Part of the International Journal of Psychiatry*, 3:2 .
- AZEVEDO, A.M.C. & MORGAN, C.M., 1998. Notas sobre a oitava Conferência em Transtornos Alimentares - New York. *Psychiatry On Line Brazil - Part of the International Journal of Psychiatry*. 3:7.
- BOSI, M.L.M., 1998. *Transtornos Alimentares : uma problemática emergente no panorama da Saúde Pública*. Fortaleza: Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará. (mimeo.).
- BOURDIEU, P., 1997. *Sobre a televisão - seguido de: A influência do jornalismo e os jogos olímpicos*. Tradução: Maria Lúcia Machado. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

- CACHON, L.V.E., 1998. *Comportamiento anoréxico en la población adolescente femenina de tercero de B.U.P. del municipio de La Coruña*. Tese de doutorado, Santiago de Compostela: Faculdade de Medicina, Universidade de Santiago de Compostela - Espanha.
- CARVALHO, A.M.P., 1997. *O Processo de globalização e seus rebatimentos no Estado*. Conferência proferida no I Congresso de Assistência Social da Amazônia. Belém-PA.
- CEBRID - *Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas.*, 1998. São Paulo: 32, Cebrid.
- CORDÁS, T.A.; COBELO, A.; FLEITLICH, B.; GUIMARÃES, D.S.B. & SCHOMER, E., 1998. *Anorexia e bulimia: O que são ? Como ajudar ? Um guia de orientação para pais e familiares*. Porto Alegre: ArtMed.
- COSTA FREIRE, J. *O Humanismo ameaçado*. *Jornal do Brasil*. Rio de Janeiro, caderno B, p. 1, 1999.
- COTRUFO, P.; BARRETA, V.; MONTELEONE, P., 1998. Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female in southern Italy. *Acta Psychiatry Scand*, 2:112-15.
- DSMIV - AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatry Association.
- FISCHER, B.B.; BERNET, R.; SIEBER, M.; SCHIMID, J.; BUDDEBERG, C., 1996. Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14-to 19 year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand*, 93:296-304.
- GARNER, D.M. & GARFINKEL, P.E., 1979. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9:273-279.
- GARNER, D.M. & OLMSTEAD, M.P., 1984. *Manual for the eating attitudes test (EDI)*. Odessa: Psychology Assessment Resources.
- GUATTARI, F., 1990. *As Três ecologias*. Tradução: Maria Cristina F. Bittencourt. São Paulo: Editora Papirus.
- HEATHERTON, T.F., 1995. Body Weight, Dieting, and Eating Disorders Symptoms among college students. *The American Journal of Psychiatry*, 152:1623-29.
- HERCOVICI, C.R. & BAY, L., 1997. *Anorexia nervosa e bulimia*. Tradução: Francisco Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas.



- HERCOVICI, C.R., 1997. *A Escravidão das dietas*. Tradução de Francisco Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas.
- HOEK, H.W., 1995. The distribution of eating disorders. In: *Eating disorders and obesity* (Fairburn. C.G. & Brownew, K.D., orgs.), New York: Guilford Press.
- IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada., 1996. *Crescimento, desigualdade e pobreza: o impacto as estabilização*. Brasília: IPEA.
- KUTSCKA, H.J., 1993. O consumo do belo. In: *Fome de cão. Quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade* (Cordás, T.A., org.), pp. 103-110, São Paulo: Maltese.
- NUNES, M.A.A.; BAGATINI, L.F. & ABUCHAIM, A.L., 1994. O teste de atitudes alimentares (EAT-26) em adolescentes de Porto Alegre. *Arquivos de psiquiatria, psicoterapia e psicanálise*. 1:132-37.
- NUNES, M.A A., 1997. *Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 29 anos em Porto Alegre*. Tese de mestrado, Porto Alegre: Faculdade de medicina, Universidade Federal de Pelotas.
- NUNES, M.A.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; ABUCHAIM, A.L.G. & COUTINHO, W., 1998. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: ArtMed.
- NUNES, M.A A. & RAMOS, D.C., 1998. Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: *Transtornos alimentares e obesidade* (Nunes, M.A A.; Appolinário, J.C.; Abuchaim, A.L.G. & Coutinho, W., orgs.), pp. 21-30, Porto Alegre: ArtMed.
- PATTON, G.C.; SELZER, R.; COFFEY, C.; CARLIN, J.B. & WOLFE, R., 1999. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British medical Journal*, 318:765-768.
- PILOT, R., 1998. *Os Transtornos alimentares em população de escolares em Ribeirão Preto*. Tese de doutorado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- PNAD - *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, 1997. Brasília: IBGE.
- RATTNER, H., 1995. *Globalização - em direção a "um mundo só"?*. *Boletim do Programa Nacional LEAD - Liderança para o Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável*. São Paulo. (mimeo.).



RIGOTTO, R.M., 1998. *Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva*. Fortaleza: Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará. (mimeo.).

ROBELL, S., 1997. *A Mulher escondida: a anorexia nervosa em nossa cultura*. São Paulo: Summus.

SBPC - Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica, 1993. *Programa de educação sanitária - Transtornos Alimentares*. São Paulo: SBPC.

SBCP - Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, 1999. *Números da Cirurgia Plástica no Brasil*. São Paulo: SBCP. (mimeo.).

STRASBURGER, V.C., 1999. *Os Adolescentes e a mídia: impacto psicológico*. Porto Alegre: Artmed.

SWIFT, R., 1997. *Abaixo as dietas*. Tradução: Marilene Tombini. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

WOLF, N., 1992. *O Mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. Tradução: Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro: Editora Rocco.