

RUBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI

**A EXPERIÊNCIA CORPORAL NA ANOREXIA NERVOSA: UMA ABORDAGEM
SOCIOLÓGICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Sociologia, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. José Miguel Rasia

CURITIBA

2004

DEDICO

À Deus Aba Pai, porque através de Ti todas as coisas são possíveis.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amor Alessandro sempre perto, presença terna e constante em minha vida. Meu maior incentivador, obrigada pelo teu precioso apoio!

Obrigada meu pequeno João Pedro; doce sabor foi a tua presença nos dias difíceis.

À Lila, minha querida mãe, que desde cedo me ensinava (sem eu saber) sobre as aventuras da carreira docente.

Às meninas que corajosamente falaram. Pelas suas palavras teci e preenchi estas páginas de reflexão.

Obrigada Prof Dr José Rasia que pacientemente caminhou comigo. Tantas vezes me animou, outras me instigou. Obrigada por me ajudar a lapidar os rascunhos que iam surgindo com suas lascas e faíscas.

Muitíssimo Obrigada à Dra Carmen Lúcia Schettini e à psicóloga Rochelle Miranda que atenciosamente dialogaram comigo em minhas dúvidas e tornaram possível o trabalho de campo.

Obrigada querida amiga Mari pelo tempo que dedicou conversando sobre cada angústia e todas as alegrias deste trabalho.

À profa Lana Magaly Pires com quem dividi desde o início a idéia original desta reflexão. Obrigada pela sua incansável disposição de ensinar.

Agradeço ao Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da Região Sul, Ministério da Saúde, pelo apoio financeiro.

Agradeço a área de saúde pública do Departamento de Nutrição da UFPR pelo apoio.

EPÍGRAFE

Outros deuses eram fortes; mas Tu fraco tinhas
de ser;
A caminho do trono cavalgaram, mas Tu
tropeçaste ali;
Nossas feridas apenas Deus pode entender;
E nenhum deus tem ferimentos além de Ti.

Edward Shillito

SUMÁRIO

RESUMO	vi
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 O CAMINHO ATÉ O OBJETO	1
1.2 O OBJETO	3
2 OBJETO E MÉTODO	8
2.1 ANOREXIA NERVOSA	8
2.1.1 Psicopatologia	8
2.1.2 A Gênese da Anorexia Nervosa	12
2.2 EXPERIÊNCIA DE DOENÇA E MÉTODO	15
3 NOTAS ETNOGRÁFICAS SOBRE A ANOREXIA NERVOSA	26
3.1 CORPO EM PALAVRAS	27
3.2 DOENÇA E HISTÓRIAS DE VIDA	28
3.2.1 Silvana: <i>“Tenho pavor de comer!”</i>	32
3.2.2 Diane: <i>“Posso dizer que nunca fui muito feliz”</i>	34
3.2.3 Dinora: <i>“Começaram a me chamar de gorda”</i>	35
3.2.4 Francine: <i>“Dentro de mim, sei o medo que convivo...”</i>	36
3.2.5 Sueli: <i>“Queria ser seca, não ter um pingo de gordura”</i>	40
3.2.6 Kely: <i>“Ser magra... é ser melhor naquilo que você se propôs”</i>	42
3.2.7 Ana Maria: <i>“Não vou comer hoje porque minha mãe não comeu”</i>	44
3.2.8 Queila: <i>“Desde pequena foi tudo que eu sempre quis: emagrecer!”</i>	46
3.3 DOENÇA, NARRATIVA E SIGNIFICADO	48
4 O CORPO SENTIDO E OS SENTIDOS DO CORPO	52
4.1 CORPO E INTERSUBJETIVIDADE	52
4.2 O PROJETO DA ANORÉXICA	61
5 OS LIMITES DO CORPO: A GORDURA ENQUANTO METÁFORA	69
5.1 A IMAGEM CORPORAL NA ANOREXIA NERVOSA: PARA ALÉM DO CORPO	69
5.2 MUDANÇA DE HÁBITO	78
5.3 ANOREXIA NERVOSA - VOCAÇÃO OU DECISÃO ?	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS	96

RESUMO

Esta dissertação é um estudo sociológico sobre a experiência corporal na anorexia nervosa, um tipo de transtorno alimentar caracterizado pela recusa deliberada do indivíduo em se alimentar e o medo intenso de engordar. Através da descrição do vivido pelo sujeito anoréxico, pretendeu-se apresentar o conteúdo subjetivo da experiência da doença e do corpo como ponto fundamental de possibilidade e de acesso do homem no mundo social. Os objetivos desta dissertação foram: identificar e explicar as práticas corporais e suas representações engendradas no interior da experiência anoréxica; entender a construção da imagem da obesidade no corpo anoréxico e por fim compreender e qualificar a idéia central que impulsiona o indivíduo à uma reatualização do seu hábito corporal. Esta dissertação de orientação fenomenológica utilizou o método autobiográfico e de história de vida, e a etnografia para a descrição do vivido corporal na anorexia nervosa. Foram acompanhados oito indivíduos que estão passando por uma crise anoréxica ou tiveram a doença. A pesquisa de campo foi realizada em Curitiba, no período de janeiro a setembro de 2003. As narrativas sobre a história de vida falam sobre a dor e o rigor do manejo corporal e dietético a que o corpo é submetido durante a anorexia nervosa. O corpo que é o fundamento e a condição para participar do mundo social aparece também como alicerce para a experiência da doença. Os significados atribuídos pelos indivíduos à sua experiência são o resultado de um cruzamento entre, sua história biográfica e o conhecimento significativamente apreendido por meio dela, juntamente com aquilo que foi experimentado através do corpo num mundo intersubjetivo. A imagem corporal distorcida na anorexia nervosa expressa um vivido relacional pela anoréxica e as práticas corporais são a manifestação de um desejo de transformação da sua realidade. Este estudo mostrou que o corpo é uma dimensão importante a ser reconhecida para a compreensão do processo de adoecer; levantou ainda questões específicas a serem estudadas sobre a gênese da anorexia nervosa nas sociedades modernas ocidentais.

Palavras-chave: anorexia nervosa, corpo, sociologia da saúde

1 INTRODUÇÃO

1.1 O CAMINHO ATÉ O OBJETO

O saber médico há muito não possui mais a exclusividade do corpo como objeto de conhecimento e de trabalho. O corpo que é realidade concreta, ao mesmo tempo é subjetividade elusiva. A psicanálise tem desvendado a dimensão inconsciente na sexualidade; a antropologia e a sociologia têm buscado revelar um corpo que é espelho da cultura e materialidade atravessada pelo imaginário (GOÉS, 1999).

Sem dúvida o corpo manifesta marcas do tempo e do espaço e pode revelar através das suas configurações e disposições as intenções mais ocultas da sociedade. Ora o corpo é percebido como natural, ora como cultural e nesse cruzamento de possibilidades o corpo é subjetivado através da gerência corporal e da sua ritualização (GOÉS, 1999).

O corpo “é uma realidade biopolítica” segundo FOUCAULT (1996, p. 80), espaço da doença e objeto de intervenção, é construído e talhado pelo discurso médico. O discurso científico na Nutrição que opera através do manejo dietético a regulação corporal fala de um corpo que se constituiu em emblema da racionalização moderna, transformou-se em objeto de poder e de saber, especialmente na ciência (FOUCAULT, 1996). Segundo TURNER (1984, p. 15) na medicina grega a dieta surgiu como uma forma de regulação do corpo, “dieta, provém do grego ‘diaita’, que significa um modo de vida, ou regulação da vida, ou ainda o significado médico específico, que é de comer de acordo com as regras prescritas”. Ainda segundo TURNER (1984, p. 15), paralelamente ao aperfeiçoamento da dieta moderna com a inclusão dos conceitos de calorias e termodinâmica, o corpo foi se tornando o foco das intervenções científicas.

Assim foi na formação de nutricionista e depois na prática profissional que fui treinada no “olhar” e no “fazer” a objetivar os sintomas e transcrever em sinais a subjetividade do paciente. Parecia simples: o corpo é uma máquina que para

funcionar perfeitamente deve ser tratado de acordo as regras canonizadas pela medicina moderna, e isso sem dúvida para mim, incluía sua regulação através da dieta. Esse era meu papel. Entretanto essa tarefa aparentemente simples, que era de promover ou recuperar a saúde através da dieta tornava-se problemática na prática. Certamente há uma dificuldade premente em tornar possível a mudança dos hábitos alimentares e de saúde nos indivíduos e que não reside tão somente num problema de comunicação ou aprendizado mental do paciente, mas atesta para uma "resistência imposta pelo corpo, enquanto assento do hábito" (ALVES & RABELO, 1998, p. 110).

O problema da adesão ao tratamento é particularmente relevante no caso específico de pacientes que recusam deliberadamente e com uma boa dose de obstinação qualquer tipo de alimentação. Para o nutricionista que parte de explicações científicas e prescrições dietoterápicas promover uma mudança nesse itinerário auto-imposto de restrição alimentar e que depende da aceitação do paciente para recuperar seu estado nutricional, essa resistência se constitui num problema crucial para o êxito do tratamento no atendimento ao seu cliente.

Foi assim que a anorexia nervosa, situação em que o corpo é tão intensamente manipulado e a vontade de se alimentar é tão disciplinarmente controlada que me defrontei com uma porção de questões a respeito da forma como os indivíduos cuidam dos seus corpos e modificam seus hábitos corporais; dos sentidos que a alimentação ou nesse caso a recusa voluntária da alimentação podem assumir para o indivíduo. Uma outra pergunta que freqüentemente me incomodava relacionava-se às causas dessa estranha e trágica doença; ou seja, em que medida a insatisfação com o corpo mantinha-se atrelada à internalização de um ideal de beleza relacionado à magreza e como essa hexis corporal tornara-se padrão quase religioso a ser cumprido em sua forma simétrica.

Minha aproximação e imersão no universo de indivíduos com anorexia, no entanto, escancarou uma realidade de sofrimento e angústia que sequer eu havia considerado como uma dimensão importante da doença ou que sociologicamente poderia ser relevante para estudo. Meu foco mudou da coersão que as

representações sociais podem exercer sobre as práticas corporais do indivíduo, para, a forma com que o indivíduo se relaciona com os valores culturais de sua sociedade e de como ele experimenta a dimensão vivida da cultura através do corpo, ou, mais exatamente na experiência da doença.

1.2 O OBJETO

O tema central desta dissertação, em torno do qual se fará a discussão sobre o corpo, diz respeito à anorexia nervosa, um tipo de transtorno alimentar que se caracteriza de forma geral, pela recusa deliberada do indivíduo em alimentar-se e pelo medo mórbido de engordar.

É sabido que sua incidência têm crescido nas últimas décadas e que esse tipo de transtorno no comportamento alimentar, tem afetado mais freqüentemente as mulheres jovens, especialmente nos países ocidentais (HAY, 2002; DUNKER & PHILIPPI, 2003). É evidente que existem certos traços culturais presentes e constantes nos indivíduos que desenvolvem a anorexia ou outros tipos de transtornos alimentares (MORGAN, VECCHIATTI & NEGRÃO, 2002). A supervalorização do corpo e um padrão de beleza corporal relacionado à magreza para as mulheres e à esbelteza e definição muscular para os homens (GOLDENBERG, 2002), sem dúvida tem gerado algum grau de insatisfação para aqueles que não podem ou não conseguem atingí-lo. De alguma forma tem crescido também a prática de dietas restritivas e inadequadas (DUNKER & PHILIPPI, 2003), bem como uma manipulação de toda ordem na plástica corporal.

Certamente as práticas corporais nas sociedades ocidentais modernas, a supervalorização do corpo e os chamados “padrões de beleza” tem lugar assegurado na gênese dos transtornos alimentares, entretanto, o recorte operado para esta investigação sociológica, passa ao largo de qualquer tentativa de explicar as causas macrosociais desse fenômeno. Talvez em algum momento, o que se obteve foi uma aproximação rápida das formas pelas quais os agentes sociais lidam e por vezes dilatam e reelaboram os valores culturais acerca do corpo. Em todo

caso, este estudo visa tão somente apresentar o fenômeno corporal na anorexia e os sentidos que os atores atribuem às práticas de restrição e purgação que caracterizam a anorexia nervosa; e compreender como uma prática tão intensamente corporal é engendrada no interior de uma experiência cultural.

O objeto desta dissertação relaciona-se à experiência socialmente constituída do fenômeno corpo na anorexia nervosa. A abordagem fenomenológica utilizada repousa na discussão acerca do conteúdo desse vivido que é contado pelos indivíduos anoréxicos. Para tanto, o corpo que é o fundamento e a condição para participar do mundo social, aparece também como o alicerce para a experiência socialmente constituída de doença. Trata-se de uma apreciação dos modos pelos quais os indivíduos atribuem sentido ao conteúdo da sua experiência, de tentar compreender esse espaço anterior às representações sociais, onde as práticas são definidas e os atores podem problematizar, negociar e redefinir significados a elas.

Desta forma esta dissertação está orientada sob a hipótese de que a experiência da doença está pautada no corpo enquanto dimensão vivida da cultura e que, a maneira como o indivíduo experimenta o processo mesmo de adoecer, relaciona-se a uma inscrição do mundo social no corpo do indivíduo e de todo o esforço desse sujeito para intervir na sua realidade.

Assim, foram delineados como objetivos: identificar e explicar as práticas corporais e suas representações engendradas no interior da experiência da doença e que se tornam expressão da corporeidade no processo da anorexia nervosa; entender como se dá a construção da imagem da obesidade no corpo anoréxico e por fim compreender e qualificar a idéia central - o projeto - que impulsiona o indivíduo a uma reatualização do seu hábito corporal. Como o interesse central reside justamente em depreender o significado da experiência, o material utilizado aqui, e que melhor expressa a subjetividade do sujeito, consiste na narrativa elaborada pelo anoréxico acerca do processo de adoecimento. Diante dessa perspectiva, foram utilizadas histórias de vida de indivíduos com diagnóstico de anorexia nervosa (recuperados ou em tratamento), compondo o material, desde depoimentos orais gravados, diários, prontuários e entrevistas com terceiros (pais,

médicos e terapeuta), fotografias e finalmente um diário etnográfico com anotações sobre pessoas e lugares, pensamentos e emoções, enfim sobre o tempo e tudo que “recheou” esse estar-junto.

O capítulo “Objeto e Método” apresenta a anorexia nervosa; uma exposição da psicopatologia em suas nuances clínicas com a descrição das características diagnósticas, um resgate histórico dos primeiros casos relatados pela literatura médica e os fatores envolvidos na gênese da patologia. Envolve ainda uma discussão acerca da natureza deste estudo, e, sugere através do conceito de experiência como a anorexia nervosa pode se tornar um problema para estudo sociológico, bem como, sobre as implicações metodológicas desta opção teórica. Este capítulo, descreve o método e as técnicas utilizadas nesta pesquisa, e como foi operacionalizado o trabalho de campo.

No capítulo “Notas etnográficas sobre a anorexia nervosa” os dados coletados em campo foram expostos através de uma reconstituição das histórias de vida. Foi composto basicamente pelas narrativas autobiográficas e depoimentos de pessoas importantes para os protagonistas das histórias de vida. É ilustrada ainda através das impressões experimentadas pela ótica do pesquisador resultado da interação face a face e anotadas no diário de campo. O objetivo deste capítulo foi oferecer informações suficientes para comunicar ao leitor, notas sobre o universo micro-social da anoréxica, bem como expor suas interpretações sobre o processo anoréxico.

O capítulo “O corpo sentido e os sentidos do corpo” trata dos sentidos que o corpo assume para as anoréxicas, pois além de ser o foco principal das práticas na anorexia nervosa, é depósito e possibilidade de doença, e muito mais, é por meio dele que o homem ascende ao mundo e se torna participante do social. Os conceitos de corpo do filósofo Maurice Merleau-Ponty, de intersubjetividade e projeto provenientes da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz formaram a base teórica que permitiu enfocar essa dimensão da doença que é experimentada culturalmente.

Discuto ainda como o corpo ao mesmo tempo em que é fato, é também instância formuladora de sentido. De como o corpo é o instrumento performático do ator social, objeto a ser manipulado, e, ao mesmo tempo é a manifestação do ser no mundo que tem um sentido em si mesmo, é “verdadeiro de um lado a outro” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 611). Compõe ainda uma descrição das práticas corporais na anorexia nervosa e seu sentido para as anoréxicas.

E, finalmente o último capítulo, “Os limites do corpo: a gordura enquanto metáfora” aborda a questão das fronteiras do corpo e sugere que a gordura metaforiza significações elaboradas nas interações cotidianas. Discuto como se dá a construção da obesidade no corpo anoréxico e das imagens que a anoréxica constrói acerca do seu corpo. Por fim, a busca incansável de uma imagem corporal idealizada na magreza é discutida sob a perspectiva de mudança na esfera do hábito.

Esta dissertação é uma tentativa de desvelar os sentidos que os indivíduos imprimem à uma experiência tão intrigante e assustadora que é a anorexia nervosa. É também um passo tímido e incerto para avançar nas discussões atuais que tentam superar a separação teórica entre a prática e representação social estabelecida nos estudos sobre saúde e doença. Espero contribuir ainda, na compreensão acerca da construção, permanência e transformação dos hábitos em saúde e doença, questão essa, que se constitui desafio aos profissionais da área da saúde para pensar sobre a prevenção e tratamento de doenças.



2 OBJETO E MÉTODO

2.1 ANOREXIA NERVOSA

2.1.1 Psicopatologia

A Anorexia Nervosa é um tipo de Transtorno Alimentar que envolve “severas perturbações no comportamento alimentar” do indivíduo, sendo sua principal característica o medo mórbido de engordar (DSM-IV, 1994, p. 511-513). A sua incidência têm aumentado nas últimas décadas, especialmente entre as mulheres jovens dos países ocidentais (DUNKER & PHILIPPI, 2003; HAY, 2002). Dados epidemiológicos tem mostrado que a incidência média anual da anorexia nervosa na população em geral é de 18,5 por 100.000 entre as mulheres e 2,25 por 100.000 entre os homens (HAY, 2002, p. 13-17).

Os relatos iniciais de um padecimento auto-imposto através da restrição alimentar datam da Idade Média, e, na época estavam relacionados a uma conduta religiosa de privação (BIDAUD, 1998, p. 120; HERSCOVICI & BAY, 1997, p. 21) Catarina de Siena e Liduina de Shiedam foram casos de mulheres que adotaram uma conduta ascética através de preces e regimes alimentares, tornando-se exemplos de santidade para a época. Entretanto a primeira descrição de uma enfermidade que poderia ser a anorexia é dada por Richard Morton em 1689, com a publicação do livro *Tisiologia sobre a doença da consumpção*, onde descreve o caso de uma jovem de 18 anos da seguinte forma:

“No mês de julho, caiu vítima da supressão total de suas menstruações, por causa de uma multiplicidade de inquietudes e paixões de sua mente... A partir do que seu apetite começou a diminuir e sua digestão passou a ser má; também suas carnes começaram a ficar flácidas e seu rosto começou a empalidecer... Passou a estudar à noite, continuamente dedicada aos livros e a expor-se tanto de dia quanto de noite, às lesões do ar... Em toda a minha prática, não recordei ter visto alguém tão conversador com os seres vivos, apesar de estar tão dilapidada, ao grau máximo de extenuação (igualando-se a um esqueleto, coberto apenas da pele); entretanto, não tinha febre, mas pelo contrário uma frialdade em todo o corpo... apenas seu apetite tinha diminuído e sua digestão tinha-se intranquilizado com episódicos desmaios, que se repetiam com frequência (apud HERSCOVICI & BAY, 1997, p. 21-22).

O médico William Gull foi quem atribuiu ao transtorno o termo anorexia nervosa, relacionando sua maior incidência entre as mulheres jovens e identificando mais precisamente alguns sinais físicos da doença (TURNER, 1984, p. 223; HERSCOVICI & BAY, 1987, p. 22; ROBELL, 1997, p. 16). Na verdade, o termo anorexia nervosa seria inadequado, pois do grego *an* significa ausência e *orexis* apetite; todavia, não se trata absolutamente de uma ausência de apetite, mas da recusa consciente e obstinada do indivíduo em alimentar-se com o intuito de perder peso. Na publicação *Anorexia Nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)* para a Clinical Society of London em 1874, Gull faz um estudo de três casos enfatizando os achados clínicos como a caquexia, amenorréia e diminuição dos sinais vitais (CORDÁS & CLAUDINO, 2002, p. 3-6). As pacientes são descritas com os ossos salientes, a pele rachada e seca, cabelos e unhas quebradiços e os dentes moles.

Em 1873, o psiquiatra francês Lasègue publica na França *De l'anorexie hystérique* e insiste na causa psiquiátrica da doença (BIDAUD, 1998, p. 16; HERSCOVICI & BAY, 1987, p. 22). Lasègue é o responsável pelo avanço no conhecimento acerca das distorções que a anoréxica tem de seu corpo, bem como sobre a negação da gravidade de seu estado. Lasègue observou que a doença era caracterizada por uma forma pervertida de realizar a restrição alimentar, e atribuiu ao transtorno o nome de anorexia histérica. Lasègue observa que há uma condescendência verdadeiramente patológica da anoréxica com relação ao seu estado cadavérico, pois a anoréxica não deseja a cura, como também se regozija nas restrições que sua conduta lhe impõe (BIDAUD, 1998, p. 17). O psiquiatra relata que: "... Um otimismo inesgotável, frente ao qual as súplicas e ameaças são inúteis: *"Já que não sofro, devo estar bem..."*. Escutei com tanta frequência a repetição desta frase em meus pacientes que ela já me representa um sintoma – quase um sinal..." (HERSCOVICI & BAY, 1987, p. 22-23).

Talvez Charcot na publicação *Disorders of the nervous system* datada de 1889 em Londres, é que tenha reconhecido a característica psicopatológica central da anorexia: a idéia fixa da obesidade (TURNER, 1984, p. 223; BIDAUD, 1998, p. 18-20; CORDÁS & CLAUDINO, 2002, p. 4). Posteriormente na França em 1895,

Freud & Breuer nos trabalhos sobre a histeria, contribuem também ao estudo da anorexia relacionado-a a uma síndrome histérica (TURNER, 1984, p. 223).

Os conceitos psicanalíticos influenciam até hoje a explicação da doença, mas são os estudos de Hilde Bruch que conferiram avanços do ponto de vista da psicopatologia da anorexia nervosa. Bruch destaca que a anoréxica faz uma distorção de sua imagem corporal, aliada a uma dificuldade em interpretar os sinais de necessidade do corpo e uma sensação de ineficácia (HERSCOVICI & BAY, 1987, p. 3; CORDÁS & CLAUDINO, 2002, p. 4). Para Hilde Bruch “a recusa franca de se reconhecer doente e a ausência de angústia diante de um emagrecimento freqüentemente macabro dão o último retoque ao perfil clínico” (BIDAUD, 1998, p. 24).

O atual sistema classificatório para transtornos mentais DSM-IV¹, que contém desde as primeiras definições de Lasègue e Gull até as discussões mais recentes, apresenta as características diagnósticas da Anorexia Nervosa, como: “... a recusa do indivíduo a manter um peso corporal na faixa normal mínima, um temor intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo. Além disso, as mulheres pós-menarca com este transtorno são amenorréicas²...”. As anoréxicas experimentam a dismorfia corporal, uma excessiva inquietação com algum aspecto de sua aparência que pode ser irreal ou real (no caso de ser real, é desproporcional), e que gera grande sofrimento. Para BALLONE (2002) a anorexia nervosa “é uma forma perturbada na percepção do esquema corporal, ou seja, da autopercepção da forma e/ou do tamanho do corpo e, assim sendo, a recusa alimentar é apenas uma consequência dessa disposição doentia do esquema corporal”.

¹ Os dois sistemas classificatórios DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, IV edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10^a edição) apresentam os critérios diagnósticos para a anorexia nervosa, entretanto nesta dissertação serão discutidos apenas os critérios do DSM-IV.

² Amenorréia refere-se às mulheres pós-menarca que tem ausência de ciclo menstrual, o qual ocorre somente mediante administração hormonal. A supressão dos ciclos menstruais decorre da perda de peso extrema.

Geralmente o indivíduo anoréxico inicia sua dieta excluindo determinados alimentos percebidos por ele como altamente calóricos³ ou “engordativos”, podendo evoluir para uma restrição severa de suas opções alimentares. O comportamento alimentar do anoréxico pode tornar-se muito irregular e por vezes bizarro, quando o indivíduo passa a tratar da sua alimentação com extrema discricção e com características ritualizadas (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000, p. 29). PHILIPPI (1999) define o comportamento alimentar como:

“a prática ou comportamento alimentar em todas as formas de convívio com o alimento. Entendido como um processo, constitui um conjunto de ações realizadas com relação ao alimento, que tem início com o momento da decisão; disponibilidade; modo de preparar; utensílios usados; características, horários e divisão da alimentação nas refeições do dia, preferências e aversões, encerrando processo com o alimento sendo ingerido”

Normalmente os anoréxicos tem aversão à determinados alimentos como alimentos considerados gordurosos (evitam a adição de margarina, manteiga, maionese e molhos de salada) e os doces e sobremesas em geral. A preocupação com a comida manifesta-se no seu alto conhecimento sobre o valor nutricional dos alimentos e muito freqüentemente alguns pacientes se dedicam à culinária com a finalidade de elaborar pratos sofisticados para outras pessoas.

Algumas vezes esses indivíduos podem se dedicar em realizar exercícios intensos para queimar calorias e perder peso e adotar métodos purgativos como a auto-indução do vômito e abuso de laxantes ou diuréticos.

O DSM-IV descreve dois subtipos de anorexia nervosa para distinguir a presença ou ausência de compulsões periódicas ou purgações regulares durante o episódio atual de anorexia. O tipo restritivo é quando o emagrecimento ocorre em virtude de dietas, jejuns ou exercícios em excesso. O tipo compulsão periódica purgativa ou bulímica ocorre quando o indivíduo dedica-se regularmente a purgações que incluem vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes ou diuréticos durante o episódio atual de anorexia nervosa. Para KAPLAN (1997) o anoréxico restritivo geralmente tem um perfil perfeccionista e apresenta traços obsessivos-

³ Alimentos calóricos: alimentos que apresentam alta densidade energética.

compulsivos com relação aos alimentos e outras questões. O anoréxico bulímico tem um perfil mais rebelde, irritável e impulsivo, podendo abusar de substâncias como álcool e outras drogas.

O pensamento constante do medo de engordar, não é aliviado pelo emagrecimento, mas ao contrário, frequentemente na medida em que o sujeito diminui o peso, aumenta o seu medo de engordar. Esses indivíduos apresentam uma distorção da sua imagem corporal, de tal forma que, mesmo extremamente magros, podem avaliar-se “gordos”, ou ainda, sentirem-se magros, mas permanecendo preocupados com partes “gordas” de seu corpo. O peso corporal é altamente valorizado, sendo a perda de peso apreciada e julgada como uma extraordinária conquista e uma formidável demonstração de auto-controle.

Os pacientes anoréxicos raramente fazem reclamações sobre o emagrecimento, não possuem *insight* para a doença e negam sua gravidade. Há uma grande oscilação de humor no decorrer do processo patológico e freqüentemente esses indivíduos tornam-se bastante hostis com as pessoas próximas a ele, especialmente com a equipe médica. De jovens obedientes, detalhistas e compreensivos tornam-se rebeldes, autoritários, intransigentes e hiperativos.

2.1.2 A Gênese da Anorexia Nervosa

A anorexia é uma doença bastante complexa que tem dividido os especialistas com relação aos critérios para diagnóstico, como também aos fatores que desencadeiam a doença. Sabe-se, por exemplo, que a internalização do ideal de magreza e o comportamento de fazer dieta tão comum atualmente, são fatores predisponentes para o transtorno alimentar, mas que entretanto, não atuam sozinhos no desencadeamento da anorexia e dependem da interação com outros fatores.

De qualquer forma, o aumento da incidência dos transtornos alimentares nos países ocidentais tem motivado estudos que procuram estabelecer o nível de relação entre os modelos de corpo ideal adotados nessas sociedades e o desenvolvimento da anorexia nervosa. ". É certo que, indivíduos com determinados traços socioculturais parecem mais propensos a desenvolver essa perturbação.

BAUDRILLARD (1995, p. 149) ao analisar as sociedades ocidentais contemporâneas e o fenômeno do consumo afirma que "beleza e magreza não possuem qualquer afinidade natural. A gordura e a obesidade também já foram belas noutros lugares e noutros tempos" e que há atualmente em nossa sociedade uma verdadeira "obsessão em manter a linha".

TUCHERMAN (1999) ressalta o papel construtor de duas matrizes que amparam o pensamento ocidental: a grega e a judaico-cristã. Elas exercem um poder construtor de espelhos e legislador de imagens da cultura e da natureza. Segundo a autora talvez em meio a todas as imagens, a do corpo tenha sido a mais distintamente privilegiada. Em nossa sociedade, o culto ao corpo parece ser um mecanismo importante para o indivíduo definir sua existência social, numa estrutura antropológica do prazer do belo onde estar de acordo com um modelo corporal representado pela magreza, altivez postural, tônus muscular, auto-controle alimentar, disposição e energia é quase que um imperativo religioso (BAUDRILLARD, 1995, p. 140; GOLDENBERG, 2002; GOÉS & VILLAÇA, 1998; CASTRO, 2003).

É certo que há uma grande valorização do corpo nas sociedades ocidentais contemporâneas através da sua "libertação física e sexual, a sua onipresença na publicidade, na moda e na cultura das massas – o culto higiênico dietético e terapêutico com que se rodeia, a obsessão pela juventude, elegância, virilidade/feminilidade, cuidados, regimes, práticas sacrificiais" (BAUDRILLARD, 1995, p. 136). Tem aumentado a circulação de mensagens que associam a esbeltez feminina à atração física, realização pessoal, auto-controle e eficiência profissional, ao passo que a obesidade tornou-se uma condição estigmatizada socialmente (FISCHLER, 1995, p. 69-79).

A insatisfação com o corpo, tão marcante na anorexia, certamente se relaciona aos modelos que o indivíduo idealiza para si e a não adequação à esses padrões pode gerar um avanço de respostas afetivas negativas como culpa e vergonha da aparência corporal (MORGAN, VECCHIATTI & NEGRÃO, 2002, p. 20).

Certamente estas questões participam em algum nível da gênese da anorexia nervosa, constituindo-se em fatores de risco, precipitantes ou mantenedores desta patologia (MORGAN; VECCHIATTI & NEGRÃO, 2002, p. 18-23; SCHETTINI, 2004).

Fatores predisponentes individuais relativos à personalidade da anoréxica como traços de obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão são comuns. Outra questão importante citada por MORGAN, VECCHIATTI & NEGRÃO (2002, p. 19), refere-se ao aumento da gordura corporal durante a adolescência, podendo aumentar uma inquietação já presente com o peso.

É muito comum a anorexia ter início na adolescência (com picos de incidência aos 14 e 17 anos), fase em que há uma mudança corporal intensa com um aumento importante de gordura, sobretudo nas mulheres. Comumente as adolescentes preocupam-se o aumento dos quadris e do peso, e respondem à isso iniciando dietas restritivas (DUNKER & PHILIPPI, 2003, p. 53).

Segundo APPOLINÁRIO & CLAUDINO (2000) algumas profissões que exigem leveza corporal para um maior êxito como bailarinas e ginastas, ou profissões que lidam com a imagem corporal como atores e modelos dentre outras podem constituir grupos de risco para desenvolver transtornos alimentares.

A anorexia nervosa está ligada a conflitos emocionais e a padrões de interação familiar. A família do anoréxico pode muitas vezes ser rígida, intrusiva, tendenciosa a impedir conflitos e evitar a independência individual (MORGAN, VECCHIATTI & NEGRÃO, 2002, p. 20; SCHETTINI, 2004, p. 10). A insatisfação corporal da mãe, bem como a obesidade materna ou paterna pode contribuir para o aparecimento de problemas na alimentação da criança e assim colaborar para o

surgimento de transtornos alimentares na vida adulta (MORGAN, VECCHIATTI & NEGRÃO, 2002, p. 20).

Outros fatores estressantes também podem desencadear a anorexia como “uma desorganização da vida ou ameaça à integridade física (doença, gravidez, abuso sexual e físico) reforçando o sentimento de inadequação” (SCHETTINI, 2004, p. 16). E, finalmente todas as alterações fisiológicas e psicológicas resultantes da desnutrição são fatores mantenedores do quadro anoréxico. Regular o peso através de dieta, comportamento tão estimulado atualmente, pode precipitar e perpetuar através de ciclos perigosos de purgação/restrrição o transtorno alimentar.

2.2 EXPERIÊNCIA DE DOENÇA E MÉTODO

Esta dissertação ocupa-se da descrição do vivido pelo sujeito anoréxico, ao apresentar o conteúdo subjetivo da experiência da doença enquanto realidade socialmente constituída, plena de significados compartilhados e negociados na vida cotidiana. O conceito de experiência aqui utilizado será aquele desenvolvido por SCHUTZ (1979) a partir da Fenomenologia de Husserl, para quem a experiência é sempre voltada para objetos intencionados que podem ser reais ou imaginários. A experiência é no, e do mundo da vida e SCHUTZ (1979, p. 312) considera que:

“o ponto de partida básico de todas as considerações fenomenológicas é a experiência essencialmente real ou imediatamente vivida, isto é, a corrente subjetiva, que flui espontaneamente, na qual o indivíduo vive e que, como uma corrente de consciência, carrega consigo laços espontâneos, traços de memória, etc., relativos a outras experiências anteriores. A experiência se torna experiência subjetivamente significativa somente através de um ato de reflexão, através do qual uma experiência essencialmente real é, em retrospectiva, conscientemente apreendida e cognitivamente constituída.”

Complementando o conceito de experiência, Jackson (1996) citado por RABELO, ALVES & SOUZA (1999, p. 18) sintetiza experiência como:

“um conceito empiricamente fiel de experiência tem que, primeiro, reconhecer esse caráter multifacetado da pessoa – o fato de que a experiência do self, ou do self em relação ao outro, é continuamente ajustada e modulada pela circunstância. Segundo, conforme argumentou Dilthey, o conceito de experiência deve incluir não apenas o que é habitual, típico e costumeiro (Erfahrung), mas o que é idiossincrático, excepcional e singular (Erlebnis).

Terceiro, nossa noção de experiência deve reconhecer não apenas nosso senso de coisas substantivas e delimitadas, mas nosso senso do transitivo e não delimitado, se queremos evitar reduzir a experiência às ordens conceituais que impomos sobre ela. Finalmente, é imperativo reconhecer (...) o modo como os objetos da experiência tendem a fundir com as formas pelas quais esses objetos são vivenciados [experienced]; i.e. os processos vividos de experimentar [experience]”.

O conceito de experiência será utilizado neste estudo a fim de permitir a compreensão das formas como os sujeitos vivem a doença, se reorientam no mundo e elaboram significados mediante a ruptura que a enfermidade causa no fluxo da vida cotidiana.

Todo esforço repousa na tentativa de depreender o sentido manifesto nos modos de pensar, sentir e agir que operam um contorno simbólico sobre o corpo do anoréxico (essa realidade corporal que vai além dos limites físicos do corpo), e que situam o indivíduo no contexto do seu dia a dia. Interessa saber como as práticas corporais e suas representações são engendradas no interior da experiência da anorexia nervosa enquanto expressão de um constructo, ou seja do ser que se mostra, revelando uma imbricação mútua entre faticidade e sentido; resta compreender como a *intenção* e o *significado* manifestam-se conjuntamente no corpo.

É exatamente numa perspectiva fenomenológica que esta reflexão sobre a anorexia nervosa se desenvolve; vai em busca do conteúdo da experiência da doença elaborado a partir da reflexão do indivíduo sobre o seu vivido, qual seja, tudo aquilo que lhe parece significativo à luz de seu conhecimento atual e que é sempre marcado pelo seu contexto social, modo espaço-temporal e terriço onde sua subjetividade é compartilhada.

Este conteúdo de experiência de doença, refere-se aos modos como o indivíduo responde ao episódio anoréxico, buscando coesão e sentido para o seu discurso acerca da doença (a maneira através da qual ele atribui significados à sua trajetória). Compreende a forma através da qual o conhecimento tácito do cotidiano (eminentemente prático e instrumentalizado pelo corpo) é reorganizado, negociado e dotado de sentido frente às rupturas provocadas pela doença; e como as

impressões sensíveis são arranjadas e conjugadas no interior da criação societal de forma a constituírem -se em significação (MAFFESOLI, 1998).

Para ALVES (1993, p. 268-269) a “enfermidade não é um fato, mas significação” originária de uma experiência de sentir-se mal que tanto evoca representações sobre a doença, quanto “põe em movimento a nossa capacidade de transformar esta experiência em um conhecimento”. A apreensão dessa experiência num modo espaço-temporal circunscrito, aponta para a condição de um ser-em-situação, num processo de coexistência social.

Para tratar a doença como experiência ALVES & RABELO (1998, p. 107-121) propõem utilizar os conceitos de corpo do filósofo Maurice Merleau-Ponty e de intersubjetividade do sociólogo Alfred Schutz, uma vez que possibilitam compreender a dimensão da doença que é vivida culturalmente⁴, bem como a maneira pela qual a matéria bruta das impressões sensíveis é organizada e dotada de sentido pelos indivíduos (ALVES, 1993).

O corpo enquanto alicerce da inserção prática do homem no mundo, é também o fundamento da experiência da cultura, é a dimensão vivida da cultura. Se, é através do corpo que o homem ascende ao mundo, resgatá-lo para os estudos sobre as práticas e representações através da experiência da doença, permite segundo RABELO; ALVES & SOUZA (1999, p. 13): “reconhecer dimensões importantes da aflição”. Para os autores acima, a forma como a doença é vivida culturalmente, é freqüentemente omitida nas pesquisas médicas onde o corpo é tratado como objeto, e quase sempre desvalorizada nos trabalhos sócio-antropológicos que privilegiam o “corpo-texto espelho da cultura” (RABELO; ALVES & SOUZA, 1999, p. 13).

Para ALVES & RABELO (1998, p. 108) na maioria dos estudos sobre representações em doença, há uma “nítida relação de determinação das representações sobre as práticas, de tal forma que essas últimas são vistas como

⁴ Os conceitos de corpo e intersubjetividade serão apresentados e discutidos no capítulo IV.

passíveis de ser deduzidas do sistema construído de representações”. Ao mudar o marco teórico conceitual, valendo-se para isso do conceito de experiência e de corpo, não significa pressupor um tipo de experiência anterior à cultura, mas indagar sobre um conhecimento que é radicado no corpo e imbuído de sentido a partir da vivência; de “como os sujeitos trazem consigo o social e cultural, enquanto fundo não representado de seus projetos, ações, sentimentos” (RABELO, ALVES & SOUZA, 1999, p. 14). Trata-se aí de valorizar a intersubjetividade e os modos de interação social.

Por outro lado a Sociologia fenomenológica de Berger e Luckmann define o universo simbólico como o conjunto das interações que fundam a vida social e que essas interações são edificadas no curso da vida cotidiana (BERGER & LUCKMANN, 1999). Assim o social - do qual não se pode subtrair-se - é também um campo móvel, onde o indivíduo está imerso ininterruptamente, e movimentando-se com alguma plasticidade compartilha espaço num mesmo momento com outros indivíduos e objetos. Assim a intersubjetividade é o ser – em - situação.

Essa fluidez do real manifesta-se nas diferentes formas de se estar - junto socialmente que em cada situação compõem um sentido (MAFFESOLI, 1998, p. 182). Esse estar - junto congrega desde elementos lógicos e racionais, até aspectos passionais (a emoção e o afeto); todos eles permeiam grandemente as relações sociais. É nesse sentido que a vivência adquire um novo *status* no campo metodológico, pois desvela a subjetividade presente nas relações sociais cotidianas. Essa teatralidade cotidiana merece segundo MAFFESOLI (1998, p. 121), uma “descrição poética”, pois fornece uma idéia da criação societal. Doravante “trata-se aí, claro, de uma das conseqüências da ênfase posta sobre o presente e do retorno em massa deste nas práticas e representações próprias aos diversos atores sociais” (MAFFESOLI, 1998, p. 115).

A essa fenomenologia da doença só acessível a um método fenomenológico, a descrição pura como forma de delimitar o dado social, expande e dilata as possíveis significações do fenômeno corpo na anorexia nervosa, que aparece, transparece e reaparece numa trama de indefinidas possibilidades sociais. Deslocar

a interrogação do “por que” para o “como”, no sentido fenomenológico refere-se a uma tentativa de retornar à própria coisa. A descrição da experiência da doença através da etnografia e das histórias de vida de indivíduos que tiveram ou tem atualmente anorexia, cumpre evidenciar a subjetividade que se enuncia através das emoções, do afeto, das ideias e absurdidades que dão o contorno e o sentido ao processo de adoecer.

A perspectiva de descrever a experiência da doença na primeira pessoa, envolve a elaboração de uma narrativa por parte do sujeito, e que pressupõe uma espécie de reflexão sobre o que aconteceu, uma volta ao passado sempre apreendido, marcado, tonificado pelo que lhe é atual (SCHUTZ, 1979, p. 60-65). Como afirma ALVES (1993, p. 267-268) o conhecimento que o sujeito tem acerca de sua doença “é sempre recorrente e processual”, e portanto refere-se ao conhecimento sobre o ser – em - situação e da sua condição histórica.

Segundo FERRAROTI (1988, p. 17-34) o método biográfico pode utilizar duas fontes de materiais, quais sejam: os materiais biográficos primários que são compostos pelos relatos orais autobiográficos (normalmente colhidos diretamente pelo pesquisador e envolvendo a interação face a face); e os materiais biográficos secundários que envolvem toda sorte de fontes, indo desde depoimentos de terceiros até correspondências, diários e fotografias. Para Ferraroti a especificidade heurística do método biográfico reside na subjetividade inerente à narrativa autobiográfica, no seu caráter de intensa historicidade e singularidade. A relação entre a história do indivíduo e a sociedade da qual faz parte, se expressa nas totalizações da sociedade global através do microcosmo social onde vive o indivíduo: a família, escolares, a vizinhança; num sentido lato, a biografia do indivíduo é uma micro-relação social.

Longe de ser considerado um problema, a subjetividade latente no método biográfico é um dado em si importante, especialmente dentro do referencial teórico-conceitual e metodológico adotado nesta dissertação. Para FERRAROTI (1988, p. 17-34) a biografia é subjetiva em muitos aspectos; ou porque é um relato autobiográfico, ou por ser um documento escrito e derivar de ‘um sujeito-objeto’ que

se observa e se reencontra; ou oral onde emergem as interações observador - observado. Cabe então considerar a subjetividade não como um viés ou inferência, mas como um dado que *a priori* deve compor a contextualização das narrativas.

Por outro lado é nisto que reside o valor heurístico do método biográfico: a subjetividade do sujeito explicitada na narrativa autobiográfica. Sobre isso, este trabalho afina-se com a posição de BUENO (2002, p. 20) quando fala de uma “intencionalidade comunicativa da narrativa autobiográfica” pois, para o sujeito que narra, sua biografia “não é um relatório de acontecimentos, mas a totalidade de uma experiência de vida que ali se comunica”. E por fim complementando com Ferraroti citado por BUENO (2002, p. 20): “toda entrevista é uma interação social completa, um sistema de papéis, expectativas, de injunções, de normas e valores implícitos, e por vezes até de sanções”.

Dada a especificidade do método biográfico, a preocupação com a representatividade e amostragem são desvios epistemológicos do referencial em que esse método está ancorado. Ao considerar que a narrativa autobiográfica pode ser uma maneira que o indivíduo encontra para sintetizar criticamente o seu contexto social a “subjetividade constitui dentro desse quadro uma via de acesso não linear ao conhecimento científico do sistema social (...). O valor heurístico do método biográfico torna-se então legítimo, não apenas em decorrência deste caráter específico da narrativa, mas também, porque a biografia é uma relação social” (BUENO, 2002, p. 20).

No intuito de aproximar-se sensivelmente do objeto da pesquisa, que relaciona-se à experiência socialmente constituída do fenômeno corpo na anorexia nervosa, bem como responder satisfatoriamente aos objetivos deste trabalho, o material empírico utilizado comportou: 1) a narrativa autobiográfica realizada em situação face a face com indivíduos que tiveram diagnóstico de anorexia nervosa. A técnica utilizada foi a entrevista não-estruturada gravada, sem uso de roteiros (somente era solicitado que o participante contasse a “história da sua vida” e como tem (tinha) sido a experiência de passar pela anorexia nervosa) e com mínimo de

interferência por parte do pesquisador; 2) Toda sorte de dados etnográficos: depoimentos dos pais, cartas, diários, dados clínicos e fotografias.

O trabalho de campo foi realizado na cidade de Curitiba no período de janeiro a setembro de 2003. Os encontros para coletar o relato oral, eram sempre escolhidos pelo informante, dado o teor e a confidencialidade dos depoimentos. O resultado do *rapport* foi diferente com cada entrevistado, apesar dos critérios e cuidados nessa primeira abordagem serem os mesmos. Os indivíduos participantes da pesquisa foram encaminhados até mim pela médica psiquiatra e pela psicóloga responsáveis pelo tratamento - não antes sem consultá-los sobre o interesse em participar de uma pesquisa sobre anorexia nervosa.

Como a pesquisa foi aprovada e acompanhada pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas da UFPR, existe um protocolo pautado na Legislação Brasileira de Pesquisa em Seres Humanos sob o qual o pesquisador deve submeter rigorosamente sua pesquisa. É necessário que o voluntário tenha ciência e clareza do tipo de pesquisa que irá participar (objetivos, métodos, implicações na sua saúde, etc...). Por fim os nomes das pessoas entrevistadas foram alterados e substituídos por nomes fictícios preservando assim a identidade dos participantes.

No primeiro encontro apresentei os objetivos da pesquisa, a técnica usada para a coleta das informações e sobre uso do gravador, bem como a finalidade e utilização dos depoimentos. Havendo acordo e interesse em participar, ambos assinavam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1) e dava-se prosseguimento ao trabalho. Obviamente tratava-se muito mais de cumprir formalmente um protocolo, do que estabelecer algum tipo de vínculo - se bem, o constrangimento inicial parece ser bastante comum nas investidas iniciais do trabalho etnográfico (LANGNESS, 1973, p. 57-63).

No total foram estudadas oito histórias de vida. Refiro-me ao uso do termo utilizado por Daniel Berteaux em seu livro *Biography and society. The life history approach in the social sciences* citado por BUENO (2002, p. 16). O autor distinguiu as histórias de vida – relatos sobre a vida de alguém narrados oralmente pela própria

pessoa – de histórias de vida – trabalho com diversos tipos de documentos com vistas a estudar a vida de uma pessoa, ou grupo, e que portanto inclui a primeira abordagem. Segundo Berteaux “em qualquer um dos casos não é necessário que se aborde o percurso inteiro de vida e nem todos os seus aspectos”.

As histórias de vida coletadas foram de indivíduos do sexo feminino, pois durante o período de realização do trabalho de campo, não haviam pacientes do sexo masculino para serem encaminhados para participar do estudo. As faixas etárias variaram sensivelmente (duas adolescentes de 16 anos, cinco jovens de idade entre 18 e 23 anos e uma mulher casada de 26 anos). A renda familiar também variou desde um salário mínimo até trinta três salários mínimos e com níveis diferentes de escolaridade.

Outro ponto importante relativo às entrevistadas refere-se aos diferentes níveis no tratamento em que elas se encontravam e história clínica pregressa: a maioria já havia se recuperado da anorexia, permanecendo em acompanhamento psiquiátrico (apenas uma informante desenvolveu um tipo de compulsão alimentar e que direcionou bastante o seu depoimento); teve um caso de uma jovem que havia tido uma recaída (era o seu segundo episódio anoréxico) e duas entrevistadas estavam passando por um episódio (sendo uma delas internada para o tratamento).

Vários autores têm recomendado que o trabalho de campo na pesquisa qualitativa não seja uma espécie de “visita relâmpago” ao campo, mas que possibilite ao pesquisador uma imersão total e prolongada na realidade vivida, de tal forma que permita obter a relação entre as situações potenciais e os contextos sociais de sua produção (GOMES, MENDONÇA & PONTES, 2002, p. 1207- 1214).

Apesar dessa prerrogativa, a viabilidade do trabalho de campo depende em grande medida do pesquisado já que: 1) está relacionado à sua disponibilidade em termos de horário e da sua disposição em conversar por horas seguidas; 2) a sua participação depende em alto grau do seu nível de motivação para falar de um assunto que quase sempre não é tão fácil dado o sofrimento subjetivo que a doença causa; 3) é difícil para o pesquisador dar por encerrada a história de vida, visto que,

não há roteiro ou perguntas para serem respondidas e que o informante sempre tem dados novos a acrescentar na sua narrativa.

Para evitar o término precoce das narrativas, procurou-se realizar vários encontros e somente dar por encerrado quando o pesquisado assim o quisesse. Obviamente corre-se o risco de permanecer por um tempo maior que o programado nessa fase da pesquisa, porém evitou-se interromper o “ritmo” do entrevistado. No caso dessa pesquisa, todos os participantes, exceto um, solicitaram o término dos encontros, alegando que não havia necessidade de continuar. Francine foi a única participante voluntariamente interessada em continuar os encontros, mesmo após ela ter considerado encerrado seu depoimento.

De qualquer forma, mesmo quando parece não haver o método perfeito, o método biográfico é que pareceu ser o mais adequado com relação ao propósito da pesquisa - descrever o vivido pelo sujeito anoréxico; procurou-se desta maneira, utilizá-lo dentro dos limites da sua especificidade, mostrando-se aí bastante fecundo ao valorizar a subjetividade envolvida no processo de adoecer.

O discurso sobre a dor e o rigor do controle corporal, o manejo controlado do regime alimentar, a liturgia corporal diária tão avidamente presentes na anorexia nervosa, demonstram o domínio da prática através de um saber que se encerra no corpo. Aos olhos daqueles com quem convive e diante de seu próprio olhar, a experiência anoréxica antes de ser apenas um incidente existencial, torna-se “um elemento constitutivo de sua personalidade, um traço permanente de sua identidade no mundo” (TEIXEIRA, 2000, p. 21), e que curiosamente ocorre através do seu esquema corporal enquanto resposta de uma maneira própria de estar no mundo. Ao descrever o trabalho de construção do corpo pelo pungilista, WACQUANT (2002, p. 11) fala que:

“o agente social é, antes de mais nada, um ser de carne, de nervos e de sentidos (no duplo sentido de sensual e de significante), um ser que sofre (...) A Sociologia deve se esforçar para capturar e restituir essa dimensão carnal da existência (...) partilhada em diversos graus de visibilidade, por todos e por todas, através de um trabalho metódico e minucioso de detecção e de registro, de decodificação e de escritura capaz de capturar e transmitir o sabor e a dor

da ação, o som e a fúria do mundo social que as abordagens estabelecidas das ciências do homem colocam tipicamente em surdina, quando não os suprimem completamente."

É propriamente isso que se deseja fornecer através da descrição do vivido pela anoréxica: os contornos e as nuances daquilo que é experimentado através do corpo; do lugar do corpo no mundo e no encontro do mundo com a carne.

03/09/03

2 bem, adoei

com a
mas depois
insistem.
conselhos
neste,

Meu

diário



Perfume

, fui ma
comei

so a noite
em vomitar, pois
mas não vomitei.
hoje me deu
doenças do Rodrigo

3 NOTAS ETNOGRÁFICAS SOBRE A ANOREXIA NERVOSA

Caro amigo, sei como as coisas se passaram, e refiro-as
tais quais. Quando muito explico-as, com a condição de
que tal costume não se pegue.
Explicações comem tempo e papel, demoram a ação e
acabam por enfadar.
O melhor é ler com atenção.

Machado de Assis

Numa proposição de que é possível compreender a dimensão vivida da cultura através do retorno ao dado mundano e do resgate do corpo enquanto fundamento prático no mundo social, pretende-se através da descrição etnográfica comunicar a experiência anoréxica, a forma como as nuances clínicas da doença e os sintomas em seus contornos subjetivos estão entrelaçados ao microcosmo social do indivíduo.

Numa espécie de experimento com as histórias de vida, o texto deste capítulo será composto, ora de fragmentos das histórias de vida que tratam mais diretamente da experiência da doença, ou, um apanhado mais abrangente e linear de fatos relevantes na história do indivíduo. O estudo dessas histórias de vida, apresentadas em partes ou no todo, combina a narrativa autobiográfica das anoréxicas e outros dados etnográficos com as características sintomáticas da doença, de maneira a compor em forma de mosaico o que fala com aquilo que é enunciado sobre a condição anoréxica.

Trata-se de resgatar e considerar o dado mundano, para então apreender os significados correntes que se entrecruzam em diferentes contextos de produção. Interessante que na singularidade de cada história de vida, é que se faz brotar em total subjetividade a certeza de um sentido ao recorte simbólico operado no corpo – é o corpo anoréxico.

3.1 CORPO EM PALAVRAS

“Meu simples diário

17 de julho de 2003: Hoje passei o dia bem. Levantei me achando uma pessoa muito magra. (...) eu acho que todo mundo olha para mim e me acha um esqueleto... Como hoje eu tô vendo o ponto que eu cheguei, mas ao mesmo tempo sinto aquele medo, medo de engordar, medo de ficar muito magra (...) Eu queria morar com meus irmãos e minha mãe lá em Curitiba; não gosto dessa casa e nem daquela vida que eu levava. (...) me sinto infeliz e vazia por dentro quando eu entro dentro de casa. Agora de noite eu tô me sentindo uma feia, uma magricela... Mas aquidentro de mim, tem ainda aquela angústia, aquele medo.

18 de julho de 2003: Hoje o dia foi bom, mas fiquei o dia inteiro pensando no meu corpo. Me achando feia e muito magra. Eu me olhava no espelho e pensava: ‘Olha que ridícula que eu estou, ninguém vai gostar de mim e muito menos querer me namorar. Me arrependi de ter ficado assim... Me arrependi de ter esses problemas. Também estou com muito medo de morrer, pois não estou sentindo meu corpo e meus cabelos estão caindo.

19 de julho de 2003: (...) Hoje estou com muito medo de morrer, pois fui pentear meu cabelo e caiu um monte... até me assustei! E eu não estava me sentindo bem (...) Uma vontade de comer, comer e voltar a ser feliz.

20 de julho de 2003: Fiquei quase o dia todo (...) fazendo coisas para o aniversário. Comecei a fazer as coisas e já comecei a pensar: ‘Nossa, isso é muito calórico... aquilo engorda!’. Na hora do aniversário, comi um monte de coisa, comi tudo o quê eu queria e não comia a tempo. Eu exagerei (...) Agora estou me achando uma baleia, gorda e feia. Eu quero acordar cedo amanhã e ir me pesar, se eu tiver engordado muito, começo fazer regime. Estou morrendo de medo de engordar. Estou com a “cuca” cheia, só pensando bobeira. Ai! Estou me sentindo cheia, gorda, fofinha... que horrível! Oh Deus... Me ajude a convencer a minha mãe a ir embora para Curitiba. Eu acho que engordei... tô uma baleia. Na minha cabeça está cheia de pensamentos ruins... que eu tô gorda, que eu engordei e só vou engordar daqui pra frente.

23 de julho de 2003: Me arrependi tanto de ter comido hoje. Meu pensamento está assim: ‘Se eu engordar, eu prefiro morrer!’.

24 de julho de 2003: Hoje estou bem. Estou com 46kg. Estou me achando gorda. Fazer o que?

08 de agosto de 2003: Hoje passei o dia viajando (...) Estava muito cansada, nem tive tempo de pensar no meu corpo de tanto estresse que eu estava. Nem tempo de pensar o que eu comi.

11 de agosto de 2003: Hoje acordei desanimada, triste. Ontem foi dia dos pais e eu não tenho pai para dizer “Papai, eu te amo”, por isso fiquei triste ontem, e, hoje estou triste por causa que eu queria ir embora ter minha casa. Queria ir embora daqui, não suporto mais viver aqui junto com meus avós (...).

12 de agosto de 2003: Hoje acordei bem animada, limpei tudo a casa. Só de noite que eu comecei a sentir uma raiva, um medo de jantar. Eu fiquei procurando as coisas para comer, mas tudo que eu via, eu achava que iria engordar. Chorei de tanto medo que eu fiquei. É horrível ter fome e ter medo de comer. Eu quero vencer esse medo, não suporto mais isso... Comi um pouco, mas estou com fome ainda... Mas não vou comer! Tudo para mim engorda.

13 de agosto de 2003: (...) Estou com saudade de estudar, só que não tenho coragem agora e também não quero ver meus amigos. De tarde comi um pão caseiro sozinha, não vi nada quando comi... só depois que eu chorei, chorei de medo de engordar... estou morrendo de

medo. Discuti um monte com a minha mãe, disse um monte de coisas para ela. Eu não quero ser gorda. (...) Começou tudo de novo, o medo, a angústia, os palavrões, os gritos. Eu não sou assim; o que há comigo? Tô me sentindo uma baleia, gorda, idiota... isso que eu sou. Estou decidida a não comer mais até amanhã a tarde ou até sexta. Estou muito triste, queria ser feliz.

28 de agosto de 2003: (...) Acabei comendo um monte de coisa, depois vomitei (...) Queria ter minha casa, minha vida. É tão ruim brigas e doença. Agora estou com medo de comer, medo de engordar... Não sei se eu tô gorda ou magra.

30 de agosto de 2003: (...) acordei mal, na verdade eu nem dormi essa noite. Estava com muita falta de ar, com o corpo dormente, parecia que iria travar. Mas passou... Quando foi anoitecendo comecei a me sentir magra demais. Passei a mão no meu corpo e notei que eu estou muito magra.

01 de setembro de 2003: (...) À tarde eu estava nervosa com a minha mãe... Acabei fazendo arte, comi, comi e vomitei, depois dormi a tarde inteira e me senti feliz porque eu olhei no espelho e vi que eu não estava gorda.

16 de setembro de 2003: (...) estou pensativa sobre o que eu faço... eu devo comer ou não? Quase que eu não almocei, mas ultimamente eu ando morrendo de fome. Eu não consigo ficar mais sem comer.

20 de setembro de 2003: (...) tive uma compulsão e acabei fazendo arte. Foi horrível o medo que eu senti depois que eu comi (...) Fiquei muito envergonhada e triste (...).

24 de outubro de 2003: (...) Comi bem hoje, esqueci até o medo, só à noitinha que eu fui me pesar e fiquei quase doida, estou com 48kg (...) bem que poderia existir coisas que não deixasse a gente pra baixo como a balança. Estou pensando em entrar em regime (...).

25 de outubro de 2003: (...) Queria parar de pensar nisto, só que não consigo. (...) não consigo pensar em outra coisa a não ser em calorias, comidas, gorduras, gorda e no meu corpo. (...) provoquei vômito, mas não consegui vomitar tudo!

28 de outubro de 2003: (...) este medo me deixa angustiada (...).

17 de novembro de 2003: Hoje fui consultar com a dra Carolina... Eu queria que ela me passasse um remédio que curasse minha solidão, minha tristeza..."

(Fragmentos do diário de uma adolescente anoréxica de 16 anos)

3.2 DOENÇA E HISTÓRIAS DE VIDA

O ponto de partida para a experiência da anorexia nervosa é deflagrada no momento em que o sujeito começa perder peso a partir de um regime que para TURNER (1984, p. 15) consiste num modo de vida, numa forma de governo. Essa atitude deliberada e voluntária da anoréxica inclui desde a prática da abstinência, restrição severa de determinados tipos de alimentos, até o abuso de drogas (laxantes, diuréticos), vômito auto-induzido e exercícios intensos; tudo isso aliado a

uma obstinação resoluta em continuar perdendo peso, na medida em que é construída uma imagem corporal distorcida.

A imagem corporal - no sentido da percepção da imagem tridimensional do corpo – é percebida gorda, ou seja, a anoréxica ao se olhar no espelho percebe-se gorda. Motivo de espanto para quem se depara com o sujeito anoréxico, o aspecto cadavérico é a razão de todo o regozijo para o indivíduo com esse transtorno alimentar.

É uma estranha fixação em si mesmo, um super investimento no próprio corpo que se torna fetiche, mas que, ao mesmo tempo conduz à mortificação do corpo através da negação da realidade corporal, com suas rotinas naturais de fome e sede. Certamente, se poderia afirmar, essas atividades são fortemente mediadas pela cultura (MAUSS, 1974, p. 212-233) e, portanto, negociáveis; entretanto há um limite para além do qual não se pode ultrapassar, sob pena do arbítrio final da natureza: a morte.

Interessante, que seja exatamente esse o desafio auto-imposto pela anoréxica⁵, através da sua recusa determinada pela comida e obstinação pelo emagrecimento sem limites, mesmo que negue terminantemente que o seu desejo seja aniquilar-se. O que quer exatamente a anoréxica, quando deliberadamente subordina a necessidade de alimentar-se ao seu desejo de controlar o corpo? De que forma esse estranho investimento assume a condição de *sentido de ser* para o sujeito anoréxico?

É um paradoxo entre o desejo inexpugnável do sujeito anoréxico de controlar a própria vida através do governo do corpo; e a anarquia do corpo quando este adocece e passa a negar o desejo do sujeito. Na anorexia, as políticas que o sujeito opera sobre o corpo (a abstinência alimentar, os exercícios intensos e vômito auto-

⁵ Apesar da literatura médica apresentar casos de anorexia nervosa também em homens, esse transtorno acomete proporcionalmente mais as mulheres. O universo total dos entrevistados nesta pesquisa eram mulheres, assim, por força de expressão utilizarei ao longo deste trabalho o termo anoréxica.

induzido), transformam-se em autoridade política da enfermidade sobre o corpo do sujeito, que torna-se vítima de seus próprios atos (TURNER, 1984, p. 217-219); o sujeito que governa o corpo em busca de autonomia, torna-se escravo de uma liturgia corporal diária que alia sofrimento subjetivo ao sofrimento físico.

Essa figura famélica de corpo murcho é o retrato cru de um delírio, que já preencheu todo o pensamento do indivíduo e que se estendeu pelo seu corpo: o medo da gordura. A auto-imagem corporal distorcida da anoréxica, que repousa na idéia de uma realidade corporal transbordante, a conduz a um itinerário auto-imposto de restrições e purgações sem limites, levando-a para o fundo de uma letargia da não-existência. A paixão desenfreada pela fome e a exaltação de sua condição notável em conduzir tão vividamente essa situação limite durante o episódio anoréxico, preenche o sujeito com um sentimento de empoderamento. Solitariamente prisioneiro da sua paixão, lança-se a um tipo de experiência que certamente é incompreensível aos olhos dos outros, mas que para ele é a única versão possível de uma história de vida marcada pelo que é inexplicável ao seu olhar cáustico e pungente.

Minha entrada nesse mundo secreto das anoréxicas, onde elas se entregam voluntariamente às suas paixões foi duro de acontecer. À entrada proibida, mais o meu medo de compartilhar tanto sofrimento diante de uma experiência tão amarga e contundente. Devo confessar que esse universo escuro e “delirante”, distante e frio que ilustravam minhas idéias ordinárias sobre a anorexia, revelou-se mais do que tão somente em “pele e osso” de uma consistência assustadora e significativamente convincente.

Da prática profissional como nutricionista, onde o paciente é passivo e o indivíduo perde sua identidade para ser identificado e nomeado como uma patologia; para a Sociologia onde o ser humano é um agente social, de repente eu me encontrava frente a frente com o choro, com o silêncio e com o sofrimento na carne. Foi difícil... até acho que não consegui cultivar até o fim uma virtude pretensamente científica: distanciar-me do “objeto”.

No início quase desisti, queria mudar meu objeto; eu mal podia suportar estar com alguém e vê-lo definhar se recusando alimentar. Eu já não era mais um técnico interessado apenas em contar as calorias da sua dieta, mas me interessava profundamente por sua vida. Essa mudança de lado não foi confortável. O tempo foi passando, muitas fitas foram gravadas e meu olhar e o meu coração mudaram. Quando comecei a transcrever as fitas pude perceber espantada que algo havia mudado: eu já não estava mais estarecida ouvindo aqueles depoimentos, mas as vezes ria com elas de algumas absurdidades.

Tanto tempo junto dessas meninas ora em seus quartos em tom confidencial falando baixinho e com a porta trancada como se falássemos secretamente de um tesouro escondido. Outras vezes, marcávamos ao telefone e nos encontrávamos em mesas de canto num café do centro da cidade. As conversas eram tão rápidas que mais pareciam uma confissão de culpa; elas saíam aliviadas e eu decepcionada com tanta objetividade.

Experiência “minha”. Essa breve e intensa convivência de oito meses nos lugares por onde passamos, ao dividir uma refeição no shopping ou um chá em minha casa, comer junto. Experiência “nossa”. Das risadas diante do trágico e do cômico, do silêncio constrangedor, em que eu confusamente tentava reorganizar a minha experiência corporal diante da anorexia. Era uma tensão subliminar entre ouvir histórias torturantes e o meu constrangimento em presença da sinceridade rasgante com que as anoréxicas contavam suas histórias.

Entretecer confiança e liberdade para viabilizar minha pesquisa... Ora, não sem provar humanamente o que essas interações cotidianas proporcionam por si mesmas. Ao conhecer mais sobre a tecitura dessa experiência tão dura de comunicar valeu-me o prazer de estar com elas. Experiência dividida e solidarizada entre eu e “minhas informantes”, marcada agora na minha carne.

3.2.1 Silvana: *“Tenho pavor de comer!”*

Conheci Silvana num leito do Hospital Psiquiátrico, deitada, tomando soro. Parecia-me muito assustada com sua nova “rotina” e cada vez que a enfermeira entrava no quarto trazendo-lhe algo para tomar, ela desconfiada, sempre se certificava se os comprimidos não a engordariam. Foi minha primeira entrevista e de certa maneira eu também estava insegura com meu novo “papel”. Eu estava intrigada com o fato dela me confirmar que já se sentia enfraquecida pela inanição, mas ainda assim, mantinha a convicção de que era necessário ir adiante.

Silvana veio para Curitiba por causa da anorexia nervosa; passava o dia no hospital e dormia na casa de uma prima. Quando veio de Cascavel (interior do estado), havia deixado para trás, segundo ela, apenas duas amigas e um emprego.

Silvana, que é dependente química, utilizou drogas e álcool desde a adolescência e só conseguiu suspender o uso há pouco tempo, quando, segundo ela, transferiu sua obsessão das drogas para a comida. Sobre essa fase, relata que depois de algum tempo, já não conseguia mais controlar as quantidades ingeridas; fez psicoterapia e com algum sucesso conseguiu suspender o uso das drogas.

Sempre manteve uma relação distante com os pais, tanto que, o fato de Silvana estar consumindo drogas, talvez tenha passado praticamente despercebido ou ter sido ignorado por eles durante algum tempo. Ela lembra que nem mesmo durante as refeições a família sentava-se junto na mesa; como o pai chegava constantemente alcoolizado, cada um servia-se rapidamente e dirigia-se para um canto da casa; assim, sem diálogos tentavam evitar conflitos.

Sobre a mãe, disse que “não se dava muito bem” e que quase não conversavam. Num dos únicos momentos que falou sobre ela, disse com uma certa mágoa que a mãe não tinha a menor idéia da dimensão do seu problema e que não participava do seu tratamento. A decisão de vir para Curitiba se tratar, havia sido uma decisão exclusivamente sua.

A obesidade adquirida aos quinze anos foi para ela o “desgosto” da adolescência. Fase onde as opiniões dos amigos inevitavelmente constituem o escopo de acerto, a obesidade foi literalmente um peso que Silvana não pode suportar; para ela o excesso não é tolerado nem perdoado e “todo mundo tira sarro”.

Tratou com medicamentos e conseguiu perder peso, mantendo-se satisfeita por algum tempo. Entretanto, na briga com a balança e às voltas com excessos na bebida e na comida, decidiu iniciar métodos purgativos para resolver sua culpa por tantos exageros: passou a induzir o vômito. Silvana passou um ano e meio bulímica até acontecer o que ela chama de uma decisão – interromper sua alimentação. Assim o jejum surgiu como a única forma de resolver o tormento diário sob o qual ela mesma havia se submetido e que já não podia mais evitar; impunha-se um ritual do qual agora se tornara escrava, pois comia sabendo que vomitaria depois.

Silvana me falava muito de seu corpo com um certo desprezo. Como que numa fatalidade, ela não tinha recebido da natureza aquilo que desejara. Ela sofria de psoríase, um tipo de doença que provoca escamação na pele, e isso lhe parecia um infortúnio a mais com que lidar. Silvana me disse que se sentia envergonhada e eu tive a impressão de que ela me falava de um tipo de marca discriminadora no seu corpo. Selecionava com muito critério as roupas, e que preferencialmente deveriam lhe assegurar segurança, por assim dizer, desse segredo.

Nos encontros seguintes ela já estava mais à vontade no hospital, e certo dia como quem mostra sua nova casa, Silvana me perguntou se eu não queria conhecê-lo. Eu fiquei surpresa com seu convite, e achei que foi um “passeio” interessante. Visitamos as salas de terapia e de convivência e os... banheiros? Achei engraçado ela me levar até o banheiro e quando lá chegamos vi que eles não tinham portas; ela sem se antecipar (acho que Silvana “curtiu” um pouco a minha expressão de surpresa) me explicou que não haviam portas para que as anoréxicas pudessem “estar sempre acompanhadas” quando viessem ao banheiro. Conheci também o amplo pátio interno que o hospital possuía; lá Silvana me contou sobre as festas e gincanas que eram promovidas para os pacientes e que numa das reuniões ela

havia encontrado um rapaz (também em tratamento para alcoolismo) com quem sentia-se à vontade para falar sobre suas aflições.

Disse ter conhecido as outras meninas que também estavam ali no hospital fazendo tratamento para anorexia. Como uma novata recém recrutada para um time, Silvana parecia impressionada com as histórias de Dinora e Diane; falava como se o caso delas fosse diferente do seu. Ao seu ver eram mais graves, pois já se estendiam há anos, e, apesar do tratamento ela avaliava as duas como extremamente magras.

Silvana não conseguia ter nenhum *insight* para o seu estado que era visivelmente delicado. Severamente desnutrida e desidratada recusava-se terminantemente a se alimentar. Falava em pavor, medo, resistência para comer. A carga de emoção e sofrimento ao falar sobre poder fazer uma refeição era muito impressionante no seu depoimento; revelava que tinha fome, tinha vontade de comer, mas o medo de engordar aniquilava toda e qualquer iniciativa de se alimentar. Encarar o fato de que fazer uma refeição era algo natural, a atormentava e não concebia a espontaneidade com que os outros sentavam-se à mesa.

3.2.2 Diane: *“Posso dizer que nunca fui muito feliz”*

Diane me recebeu com um discurso afiado e falou ininterruptamente por algumas horas. A sua narrativa foi bastante linear, então comecei a perceber que eu estava ouvindo uma história que provavelmente ela já tinha contado várias vezes. Após um tempo conversando com Diane, fiquei sabendo pela médica psiquiatra que ela estava retornando ao hospital por causa de uma recaída. Diane é uma menina muito perspicaz e ao longo dos anos convivendo com os médicos, psicólogos e nutricionistas adquiriu um vasto conhecimento sobre a anorexia que ela exhibe agora sem constrangimento algum.

Diane sabe que sou nutricionista e gosta de trocar informações comigo sobre alimentação. Engraçado que ela realmente não fica em desvantagem quando o

assunto relaciona-se à composição dos alimentos (principalmente as quantidades de gordura e açúcares) e me diz que gosta de colecionar receitas de pratos *light*. Obviamente eu não poderia ficar tão surpresa quando mais tarde ela me revelou que queria ser nutricionista.

Sobre a doença, Diane considera a anorexia um resultado inevitável de uma seqüência de infelicidades em sua vida: o sentimento de inadequação e rejeição que sempre a acompanhou, a violência doméstica, o trabalho exaustivo que cumpria diariamente em sua casa desde pequena, o desprezo dos colegas da escola.

Fala da anorexia como se a doença parecesse ter revelado um potencial escondido para cumprir desafios e sugere ter provado, através da anorexia, que poderia “ser melhor que todos” por meio de muita disciplina e persistência. Sua resistência em alimentar-se foi se agravando com problemas de saúde, e, nesse tempo sua preocupação com o peso passou de resposta para desafios, para o que ela descreve como uma “obsessão”. Diane arrasta essa “obsessão” há anos e desde o início da doença aos treze anos (hoje ela tem dezoito), foram vários episódios com o agravamento da doença, em muitos dos quais foi internada chegando a pesar vinte e seis quilos.

Ignorando os riscos iminentes à sua vida que uma conduta tão ousada representa, declara que “se pudesse viveria sem comida”. A fadiga provocada pela falta de alimentação não a impede de realizar uma pedagogia corporal elaborada e retocada ao longo de cinco anos de anorexia: “às vezes eu chego em casa fraca, mas se eu tenho que sair para andar eu vou... se não, eu não procuro nem alimento!”.

3.2.3 Dinora: *“Começaram a me chamar de gorda”*

Dinora destoava do resto do grupo que entrevistei: era mais velha, já estava casada e a anorexia se iniciara tardiamente – há apenas três anos. Tivemos apenas um único encontro no Hospital Psiquiátrico durante uma tarde. Seu depoimento foi

tão enxuto e econômico quanto as calorias de sua dieta. A carga de emoção contida na sua fala e que embargaram sua voz eram tão intensas que me fizeram entender que realmente não era possível falar mais; não haveriam palavras suficientes.

Entre silêncio e suspiros, Dinora assume enfaticamente que parar de se alimentar foi uma decisão praticamente calculada: pacientemente foi suspendendo as refeições. Com um metro e sessenta e dois chegou a ser internada pesando vinte e sete quilos.

Dinora que ainda permanece em tratamento me sugere que a recuperação foi muito mais em função da aceitação forçada de alimentar-se (em razão do sofrimento provocado pelo estado extremo a que chegou), do que por reconhecer-se doente. Resignada, Dinora que está há anos em Curitiba vai diariamente até o hospital passar o dia, faz o que lhe pedem, come o que lhe dão. É nesse deserto afetivo que mora Dinora, como que um pássaro impedido de voar. Ela não quer mais falar...

3.2.4 Francine: *“Dentro de mim, sei o medo que convivo...”*

Conheci Francine na Clínica de Psicologia onde faz terapia. A primeira vez que a vi, havia acabado uma sessão e ainda estava sentada na poltrona quando entrei na sala. Ao vê-la encolhida na poltrona, pensei que se tratava de uma criança, pois, além de ter um corpo pequeno, possuía também um olhar pueril. Logo que a psicóloga nos apresentou ela abriu um sorriso espontâneo e determinado; me pareceu muito auto-confiante e prontamente respondeu sobre sua participação na pesquisa.

Francine sempre comparecia aos encontros muito animada e estava surpresa com a idéia de alguém estar interessado na sua história. Produziu um dos depoimentos mais extensos e sempre me falava que nossas conversas eram um “tipo de remédio” para a “sua anorexia”.

Diante do entusiasmo efusivo com que eu me deparava ao ver Francine contar do amor da sua vida, das amigas e das bandas de música preferidas era naturalmente fácil me esquecer porque eu estava ali. A anorexia parecia ter interrompido o curso da sua adolescência.

Francine iniciou o processo de anorexia há cerca de dois anos (atualmente tem dezesseis anos), quando, sentindo-se farta das perseguições dos familiares e dos colegas da escola por pesar sessenta e sete quilos, decidiu iniciar um regime.

“Daí eu fiz tratamento tudo, só que eu continuei com aquela idéia na cabeça que eu queria emagrecer porque queria! Daí comecei a fazer caminhadas e meus amigos: ‘Você tá emagrecendo!’; e eu não conseguia ver o que eu tava emagrecendo (...) Eu não conseguia ver meu corpo como tava realmente assim... sempre me achando gorda, sempre me achando gorda. Daí eu fui me pesando, me pesando e cheguei a 58 quilos; e eu ficava: ‘Nossa eu faço tanta caminhada e por que eu não emagreço?’. Daí eu peguei e foi aonde que eu comecei a fazer regime louco de novo: só comer... às vezes; só um copo de leite e passava o dia.(...) A qualquer custo eu queria emagrecer e queria emagrecer, emagrecer. Comecei a ter aquele medo, aquele medo de engordar, aquele medo de comer. Daí, nada eu comia mais”

Depois de severas restrições alimentares que lhe custaram problemas no estômago, mas que segundo ela não a impediram de continuar a jejuar e iniciar exaustivas caminhadas a fim de emagrecer mais, o controle sobre a comida e o peso passaram finalmente a ser sua prioridade existencial.

Um dia ao chegar na sua casa para a entrevista não havia ninguém, esperei por um tempo até avistar Francine chegando acompanhada da mãe visivelmente impaciente com a filha. Sorri e as cumprimentei enquanto Maria logo se adiantava em dar explicações sobre o atraso. Disse que tinham ido ao mercado porque Francine lhe pedira algo diferente para comer. A mãe entusiasmada com a decisão da filha (afinal eram dias sem se alimentar) se apressou em levá-la ao supermercado mais próximo, na esperança de vê-la deliciar-se com alguma coisa. Lá elas permaneceram por mais de uma hora e meia passeando entre as fileiras enquanto Francine lia o rótulo e o valor nutricional de todas as bolachas disponíveis na seção. A mãe diante disso estava muito irritada, mas Francine ingenuamente olha pra mim e argumenta: “Precisava saber a quantidade de calorias!”.

Francine acha que a sua doença está relacionada com os conflitos e a desorganização da vida familiar. Reclama não ter intimidade em sua casa, onde vive com a mãe, seus dois irmãos menores, os avós maternos e mais dois tios. Dividindo um dos dois únicos quartos pequenos da casa com a mãe e os irmãos, diz “não ter o seu canto”. Segundo ela, a convivência familiar é tensa, recheada de “muita confusão, briga, gritaria” e que a situação sempre piora quando tem alguém alcoolizado. A mãe, agora recuperada, já bebeu muito no passado; ela recorda que ainda criança (tinha apenas oito anos), sentava-se com seus irmãos no muro da casa para esperar a mãe: “quando anoitecia e ela não chegava a gente já sabia que ela tava bêbada por aí nos bares... e aí, eu ia com o José no colo e segurando a mão do Pedro buscar ela...”.

Francine é órfã de pai, e conta que nunca pôde conhecê-lo pessoalmente. O pai a evitou por muito tempo (falaram poucas vezes pelo telefone) sendo também impedida de vê-lo pela avô paterna e pela segunda esposa do pai: “ia dar briga por causa da minha mãe, elas diziam!”. Desabafa que o “dia mais triste de sua vida” foi quando finalmente pôde reencontrá-lo no dia do seu velório. Sobre a perda paterna e da saudade de um amor que ela não experimentou, mas apenas docemente imaginou, Francine conclui: “mesmo que ele não me deu um amor pra mim... um amor de pai, mas mesmo o amor que ele me deu, eu sentia falta... eu gostava dele mesmo assim. (...) quando eu cheguei perto dele e... nossa!!! Foi a hora mais triste pra mim.”

Francine me diz que a anorexia lhe retirou a alegria da vida e que às vezes não se reconhece. Acha que tornou-se uma pessoa fechada, mal-humorada e explosiva, e, freqüentemente discute com a mãe ou os irmãos. Diz que passa a maior parte do tempo deitada, pensando em comida, se emagreceu ou engordou. Francine tem consciência de sua fixação pelo corpo e isso a incomoda muito.

Certa vez depois de retornar pela primeira vez para sua cidade natal após meses de tratamento aqui em Curitiba, ela estava de volta. Eu estava muito animada com a conversa que teríamos, pois antes de viajar ela tinha me falado das suas expectativas para rever parentes e amigos. Eu sabia também da importância que

aquilo tinha para o seu tratamento porque ela havia entrado num isolamento social muito grande após a crise anoréxica.

Nos encontramos na Clínica e eu levava para Francine revistas e livros que ela havia solicitado fazia já algum tempo. Tinha que permanecer semanas aqui em Curitiba, pois suas consultas tinham se tornado cada vez mais freqüentes em virtude do seu agravamento. Disse-me que gostava muito de ler e de escrever então me pediu algo para gastar seu tempo.

Logo que a vi, notei que a viagem não tinha provocado grandes mudanças por lá. Liguei o gravador como de costume logo no início da conversa – ela já estava acostumada àquilo, já lhe parecia quase uma extensão da minha mão. Então perguntei como tinha passado aqueles dias (obviamente eu tentava controlar minha euforia) mas ela desconversando desviou um olhar bem mais interessado nas revistas, me estendendo as mãos para que eu as entregasse. Depois de algum tempo perguntei novamente então ela sorrindo me disse que tinha encontrado na rua suas antigas amigas, mas com vergonha do seu corpo tinha fugido correndo algumas quadras onde finalmente pode se refugiar no Colégio onde estudara. Um pouco melancólica, me descreveu como se sentiu ao passear pelos corredores da escola e na visita à sua sala de aula. Contou que algumas professoras suas passaram do seu lado, mas para seu alívio não a reconheceram.

Sua agudeza e honestidade ácida me inquietavam e obviamente também lhe custavam uma boa dose de sofrimento. Nossas conversas eram bastante extensas e normalmente eu me cansava muito antes dela. As fitas acabavam, eu desligava o gravador e depois íamos lanchar; quer dizer, eu ia lanchar, ela só me olhava.

Enquanto Francine estava em Campo Mourão nos correspondemos, e, algumas vezes falamos ao telefone após os habituais conflitos domésticos. Francine decidira me ajudar a entender “sua anorexia” e iniciou um diário que me entregou numa de nossas últimas conversas (anexo 2). Nele Francine descrevia suas aflições cotidianas, seus sentimentos com relação ao corpo e à comida, os conflitos da casa, seus sonhos e planos futuros.

Notas de campo 12/07/2003 - Dia em que eu e Francine fomos ao shopping

Quando cheguei em São José já era 15:00hs. Ao encontrar a Cida (sua mãe), ela me falou que Francine estava ansiosa e já havia perguntado várias vezes por mim. Ela me perguntou se a Francine tinha me dito alguma coisa importante, e eu respondi que não. Me revelou que naquele dia Francine tinha tomado café cedo e na hora do almoço não quis esperar a comida ficar pronta. Teve compulsão, comeu muitas coisas, em grande quantidade e muito rápido, logo depois foi ao banheiro e provocou vômito.

Depois que sua mãe a chamou, ela veio correndo (estava na casa da vizinha emprestando uma roupa para o passeio), logo que me viu abriu um sorriso. Vestiu o casaco que eu havia trazido para ela pois estava muito frio e elas vinham de uma cidade quente e não tinham roupas pesadas.

Sáímos em direção ao ponto de ônibus em silêncio. Perguntei a ela se estava tudo bem, esperando que ela me contasse sobre o episódio do vômito que acontecera naquele dia, porém ela não falou nada e para minha surpresa disse estar se sentindo melhor que no dia anterior. Aquilo realmente me surpreendeu, porque eu a achei mais triste e já fazia mais de uma semana que ela não vomitava.

No dia anterior (11/07) ela me falou que estava tranqüila com a dieta que a psicóloga tinha passado, pois lhe havia assegurado que não engordaria, mas segundo Francine se tornaria uma “magra saudável”. Falou que tinha medo do tratamento, mas agora “sabia que a médica e a psicóloga não a deixariam gorda para então a mandar de volta para Campo Mourão”. Me disse ainda que estava se sentindo gorda, e, apesar de seguir as recomendações, ficava pensando muito no que tinha comido durante o dia. Para não vomitar buscava distrair-se com outras coisas. Deu ênfase a uma vitamina que sua mãe fez para ela e que depois de beber começou a se sentir gorda.

Entramos no ônibus e viemos praticamente em silêncio até Curitiba. Ela observava tudo, mas com certo desinteresse, não parecia muito entusiasmada, quase não sorria.

Como eu sabia sobre o episódio do vômito e que ela não havia se alimentado, às 16:00hs sugeri que fossemos lanchar, mas ela disse que ainda não estava com fome. Perguntei novamente algum tempo depois e ela então aceitou um sorvete para o meu alívio. Eu já estava tensa com a possibilidade dela desmaiar, afinal eram muitas horas em jejum completo. Mais tarde ao compartilhar com a sua mãe sobre minha preocupação, ela sorriu nervosa e disse que Francine já ficara três dias sem se alimentar.

3.2.5 Sueli: *“Quería ser seca, não ter um pinga de gordura”*

Sueli é uma adolescente de dezesseis anos, filha mais nova de um casal pertencente à pequena burguesia. A anorexia começou aos doze anos durante as férias com seus pais. Quería perder peso, então decidiu mudar sua alimentação, “torná-la mais saudável”, segundo ela. No começo, foi apenas uma mudança nos alimentos habituais, mas que ao longo de algum tempo transformou-se numa árdua tarefa de transpor os limites do seu corpo:

“Comecei a comer um monte de frutas, assim quase só frutas eu comia... Teve um dia que eu me lembro tinha feijoada, na casa de um amigo do meu pai... tinha farofa, tinha um monte de coisas assim que eu gostava, mas eu resolvi: ‘ah, não vou comer... vou ver se eu consigo ficar sem comer!’, daí eu não comi e fui jogar um monte de betis sabe? Daí eu vi que eu conseguia ficar sem comer, e comecei a comer cada vez menos...”

No seu quarto, com a porta fechada, ela me entrega duas cartas, mas pede que eu só leia em casa, pois está um pouco envergonhada sobre o que escreveu (anexo 3). Ela me mostra os armários forrados com sua coleção de revistas sobre dieta e exercícios. A obsessão com o corpo está registrada também nos diários que me exhibe com suas medidas corporais diárias. Aos poucos a comida foi sendo substituída pela água e toda a sua disposição voltada exclusivamente para os exercícios. Estreou uma rotina diária de intermináveis buscas por estratégias e mecanismos para perder cada vez mais peso: começou a provocar vômitos, utilizar chás diuréticos e laxantes, a comer cada vez mais rápido. Finalmente aboliu refeições, chegando a se alimentar somente uma vez ao dia: “meu almoço no *buffet* dava vinte e seis centavos!”.

Lembra com uma certa graça a dimensão quase maníaca que assumiu sua lipofobia; tudo era válido, até engordar quem estava por perto: “fazia coisas para as pessoas comerem... queria ser a mais magra de todas... queria que as pessoas comessem... eu não queria ser magra, queria ser a pessoa mais seca, sem um pinga de gordura. Acredita?”.

Numa de nossas conversas ela “decidiu” me mostrar suas antigas fotos, onde aparece com sobrepeso. Como quem conta um segredo desmoralizante sobre si; irritada com o que vê, fala apontando para as fotos: “Olha só isso!!!”. Para Sueli o problema da anorexia não é estar com um baixo peso – pois não há problema em ser magra – e sim construir uma imagem corporal aceita pelos outros; não interessa saber o que a anoréxica pensa sobre si, mas o que os outros pensam sobre a anoréxica. Para ela a agonia da doença começou a se esvaecer somente quando passou a se sentir um pouco magra; aí trocou de colégio, de amigos e de namorado. Para ela anorexia é preocupar-se excessivamente com a aparência “é querer passar uma imagem do corpo que agrade aos outros”, e me explica melhor: “é viver para isso e viver disso”.

Sueli acha que a doença está na sua cabeça, mas manifesta-se através da sua relação com a comida. Fala da anorexia como se fosse uma desventura da qual declara-se vítima: “foi alguma coisa que colocaram na minha cabeça e que agora está inconsciente... não consigo me livrar”. Sueli me conta que agora que ela tem de conviver com os resquícios da doença, e apesar de não se importar com o peso na mesma intensidade de antes, faz questão de manter seu corpo no padrão atual: “magra saudável”.

Sueli é uma adolescente muito ativa; sua agenda é comandada pela mãe e monitorada pelo pai através do celular (ele ligou várias vezes durante nossas conversas). Segue notas de campo sobre um dia em que eu e sua mãe nos falamos pelo telefone:

Notas de campo 19/09/2003 – Ligação da mãe da Sueli

Hoje cedo, às 9h30, recebi uma ligação da Luize, mãe da Sueli. Perguntou se me incomodava a ligação, respondi negativamente apesar de achar um pouco cedo. Disse para ela que eu falava baixo, apenas porque meu filho ainda dormia. Ela justificou a ligação naquele horário, dizendo que Sueli não poderia me encontrar hoje à tarde e como a filha chegara tarde na noite anterior ela não pode me avisar. Leu o bilhete que a filha lhe havia deixado no dia anterior solicitando que me avisasse. Explicou a falta de tempo e sobre as atividades que Sueli fazia durante a semana: estudava pela manhã, tinha aulas extras de reforço e estudo em algumas tardes, noutras tinha acupuntura e sessão com a psicóloga. Havia ainda uma tarde para praticar tênis e um breve período “livre” para algumas compras e fazer outras coisas “na rua”. Desta forma restava um único espaço de tempo para nossas conversas: sexta à tarde. Eu disse que tudo bem e que ligaria para a Sueli durante a semana. Nos despedimos cordialmente. Ps: Luize foi atenciosa comigo. Ela me pareceu conhecer bem a rotina da filha.

3.2.6 Kely: *“Ser magra... é ser melhor naquilo que você se propôs”*

Kely é uma jovem de vinte e três anos; morena, magra, alta e muito bonita. Apesar de nunca ter nutrido qualquer interesse pelas passarelas, facilmente poderia dedicar-se à carreira de modelo. Ela me diz logo no início da entrevista, como que para justificar sua esbelteza, que nunca teve excesso de peso, mas sugere ao longo das entrevistas que estar magra não é apenas uma condição física, e sim uma maneira de existir que expressa disciplina e autocontrole.

Pragmática e com um senso de eficiência demasiado rígido, Kely acha que a anorexia não foi nada mais que “atingir metas”. Se propunha a emagrecer cinco quilos até uma determinada data, via que funcionava e ia adiante. Seu discurso sobre a época em que teve a anorexia é marcado por um tom de orgulho vitorioso e nas suas palavras “era um prazer gigante” perder peso, sinônimo de auto-controle que “elevava sua auto-estima”. Para Kely “ser magra é ser melhor naquilo que você se propôs”.

Dona de um invejável currículo escolar e sempre com as melhores notas do colégio, a linda filha, esmerada e inteligente de um casal da pequena burguesia, em nada combina com a figura rebelde e insatisfeita que se transformou nos tempos da anorexia. Segundo Kely, o episódio anoréxico aconteceu num momento em que ela precisava “de uma definição de vida”. Acha que já “havia experimentado várias coisas” e queria um rumo certo para sua vida, sentia-se essencialmente “incompleta” e diz que a anorexia “foi de repente uma forma de se sentir capaz de fazer uma coisa que havia proposto”. Foi a sua decisão diante de uma crise.

Sempre se interessou por artes, chegou a dançar na escola profissional de balé do Teatro Guairá, mas diante de uma escolha profissional, percebeu “que não tinha nascido” pro balé, pois apesar do seu grande interesse pela dança, havia começado a dançar tarde. Segundo ela: “(...) eu vi que não ia ser a bailarina que eu *queria* ser! E a gente sempre quer ser a melhor naquilo que a gente faz... e eu gostava muito, mas imagina: ‘nunca ia superar uma garota que tinha nascido com a perna na orelha’. Então isso era bem frustrante.” Sua sensibilidade apurada para as artes a levou a optar pela faculdade de Arquitetura, afinal as linhas retas e a simetria dos corpos sempre a impressionaram.

Por um tempo Kely tentou continuar o balé e a faculdade ao mesmo tempo; e sua carga de tarefas diárias se tornava cada vez mais árdua e as leituras passaram a ser sua outra paixão (quase uma compulsão). Relata que escolhia “os livros mais pesados e difíceis” na biblioteca. Leu desde filosofia até literatura clássica num ritmo que raramente poderia ser acompanhado ou superado por qualquer outro jovem,

que além da faculdade dedicava quatro horas diárias ao balé clássico. Nesse período da sua vida, perder peso já havia se tornado uma questão de contornos éticos: era a vida ou a morte.

“Uma neurose: ‘ai tô gorda, ai tô gorda, ai tô gorda! Ai não!’; isso enchia!!! Achava que tava gorda mesmo, assim sabe de achar gorda, não é de falar por falar... olhar e falar: ‘estou com uma barriga’ (voz irônica); Mas era um processo difícil... O que me entristecia era não comer!!! Então dava um desespero: ‘Nossa quando que eu vou poder comer?’”.

No auge da magreza, aos trinta e nove quilos, não era fácil ficar sem comer, Kely desabafa que não era apenas uma simples vaidade, não se tratava de ficar em forma: ser suficientemente magra parecia um delicioso devaneio, enquanto a realidade gordurosa a atormentava de forma impertinente.

3.2.7 Ana Maria: *“Não vou comer hoje porque minha mãe não comeu”*

Ao ver Ana Maria sentada em meu sofá tomando chá e respondendo gentilmente minhas indagações, eu ficava tentando vislumbrar toda aquela docilidade transformar-se em rebeldia e desatino. Diante da calma de Ana Maria, é difícil não impressionar-se com a frieza e naturalidade com que ela descreve como chegou ao limite de pesar pouco mais de trinta quilos: “como eu sempre ficava feliz quando emagrecia, decidi não saber mais o peso!” lembrando que a última vez no tratamento em que foi pesada, estava com quarenta quilos. É sintomático sua dificuldade na interpretação dos estímulos corporais.

Ao recordar do episódio de anorexia, diz ter sido um processo muito difícil para toda sua família e principalmente para sua mãe; quase não fala dos seus sentimentos e aposta nos sentimentos dos outros com a confiança cega de que são também os seus. Parece ter bastante dificuldade para definir suas emoções e opiniões. Durante quase todo seu depoimento relata com detalhes as falas, anseios, o que teria imaginado e sentido a mãe, o pai e o irmão. Diz não querer passar pela experiência novamente (como se a anorexia fosse o resultado de um engajamento

voluntário), pois sua família sofrera muito e os pais já haviam lhe advertido que se houvesse uma próxima vez estaria sozinha.

Sua dificuldade com a comida é antiga e complexa, sendo o problema também compartilhado com a família. Ana Maria (hoje com vinte anos) tem uma história de obesidade anterior ao episódio anoréxico que culminou com o seu primeiro regime alimentar aos 14 anos; a mãe que também era obesa realizou cirurgia para emagrecer; seu pai é diabético e necessita de uma dieta controlada; e o irmão que atualmente sofre com uma obesidade, faz tratamento para compulsão alimentar.

De certa forma, parece que através do transtorno alimentar, Ana Maria imprimiu no seu corpo a marca da subjetividade do outro. O mergulho patológico na obsessão pelo corpo é o retrato do tudo ou nada: o excesso da presença materna (simbolizado pela sua obesidade) e a presença morna do pai (com sua dieta sem sabor).

Ana Maria dilacera-se num conflito: “não posso ser magra e não posso ser gorda”. Falhando em reconhecer os sinais do seu corpo, sua satisfação e saciedade é sempre uma interrogação a ser respondida pelos outros:

“A minha mãe não consegue comer e o meu pai é muito lerdo pra comer, fica comendo, comendo; come pouco mas demora. O meu irmão só come massas e carne, então eu procuro acompanhar o meu pai. A minha mãe não consegue comer (por causa da cirurgia), acaba ficando nervosa e saindo da mesa; meu irmão não fica na mesa com meu pai, e sai. Eu como rápido mas fico na mesa com meu pai; então ele come devagar e eu vou comendo, comendo, comendo. Sempre tem que ser assim, minha mãe chega e fala: “Filha, você não acha que exagerou?” - “Então tá!” e saio da mesa. (...) Eu vejo assim: quanto meu irmão e minha mãe comeram e aí vejo também quanto meu pai tá comendo; e eu vejo que enquanto ele tá comendo um prato e eu tô comendo três...”

A anorexia começou há cerca de um ano e meio, numa fase difícil de sua vida: “foram muitas decepções...” namorado, amizade, vestibular e a falta da companhia da família. Descreve cada uma das situações, numa tentativa de encontrar uma causa justa para o seu “destino anoréxico”. Até hoje pensa que sempre se alimentou o suficiente e que assim como os médicos, também “não entendia” como não conseguia ganhar peso. Um pouco mais de atenção nos seus relatos, evidenciam no entanto, que ela sempre foi muito “criteriosa” nas suas

escolhas: não consumia gordura porque fazia mal, às vezes tinha “mania de comer só legumes” e coar alimentos. Consta na sua história clínica até rituais bizarros como consumir casca de cebola com café fervendo - uma punição que segundo ela a ajudaria a não comer mais.

Secretamente em seu quarto, Ana Maria enfrentava extenuantes sessões de abdominais, flexões e “outros exercícios que não faziam barulho” (sua compulsão por exercícios físicos só foi descoberta mais tarde pelos pais). A severidade de sua condição não a afetava: diz que não entendia porque as pessoas choravam quando a viam, sabia que estava magra, mas ignorava a dramaticidade que os outros atribuíam ao seu estado. Revela que chegou a solicitar que fosse fotografada para entender o motivo da preocupação alheia. Sentia-se bem enquanto definhava, e para quem tanto faz comer, escancarava sua inabilidade em reconhecer as necessidades do seu corpo.

Ana Maria chega a confessar que por muitas vezes não se esforçou para sair da anorexia “não me davam motivos para melhorar” diz. Sair da crise foi difícil; Ana Maria chegou a um estado extremo de desnutrição, não conseguia mais se esquentar sozinha devido ao seu estado caquético, tinha dificuldades para respirar quando falava e chegou a apresentar problemas cardíacos. Só então começou a sentir medo de si mesma: “eu ainda me sentia satisfeita quando emagrecia!”, pediu para ser internada.

3.2.8 Queila: *“Desde pequena foi tudo que eu sempre quis: emagrecer!”*

A preocupação de Queila, 22 anos, com o peso vem desde a infância “sempre fui gordinha”. Sua história está recheada de dietas, remédios para emagrecer e abuso de exercícios físicos. O sobrepeso sempre a incomodou; confessa com tristeza que constantemente sentia-se envergonhada com o sobrepeso. Experimentava diariamente uma sensação de falta de auto-controle quando iniciou pela primeira vez um regime alimentar aos quinze anos; emagreceu e engordou várias vezes, antes de chegar a perder trinta quilos. Manteve-se por algum tempo

nesse peso, e revela que foi um período excelente. Pouco importava a opinião dos pais e amigos, não se sentia doente, ao contrário, estava muito bem disposta; experimentava pela primeira vez a sensação de que sua vida estava sob controle.

Queila atualmente passa por uma fase de compulsão alimentar, que representa para ela um grande tormento. Sente-se derrotada, aniquilada pelo descontrole: o ato de comer – constantemente negado durante a anorexia através da restrição alimentar - tornou-se ato consumado, e o que é pior: descontrolado, exagerado. Lembra saudosista da fase em que estava anoréxica como um certo orgulho narcísico:

“Eu tava super feliz, tava super feliz! Todo mundo na rua... ninguém me conhecia, meus amigos passavam por mim, amigos que eu não via há tempo, passavam por mim, não me conheciam... Eu, o meu corpo era lindo... bonito sabe? A barriga perfeitinha como eu sempre quis ter. Eu me gostava, me olhava no espelho, me amava assim, sabe, me amava mesmo! Adorava e tirava muita foto!”

Corre para o quarto e volta com vários álbuns de fotografias; com as mãos trêmulas me mostra suas fotos de quando estava anoréxica e segundo ela “da sua fase boa”. São fotos de festas, onde aparece muito produzida, fotos de biquíni na praia e com suas colegas da faculdade. O episódio anoréxico é exibido quase como um troféu, recompensa para um trabalho árduo sobre si mesmo e sobre o corpo, resultado de uma pedagogia implícita num processo de redefinição do corpo: “eu me internei numa academia (...) e tinha controle da comida sobre mim...”.

Seus olhos se enchem de lágrimas ao falar sobre sua fase atual de compulsão alimentar. Confessa arduamente que está com sobrepeso e que passa o dia em casa comendo (engordou mais de trinta quilos em pouco menos de seis meses). Tem vergonha de ir à faculdade, de ir para a academia e só usa moletoms e roupas largas.

Queila, que está terminando um curso de Nutrição, parece não ter dificuldade alguma para compreender a natureza do transtorno que a acomete, mas reluta impetuosamente para aceitar que seu comportamento seja patológico: “Eu não vejo assim (...) Eu não sei se o meu caso seria mesmo uma anorexia...”.

3.3 DOENÇA, NARRATIVA E SIGNIFICADO

As narrativas apresentadas pelos indivíduos em sua maioria aludem os sinais e sintomas da anorexia ao contexto sócio-cultural em que emergem e nas relações sociais significativas para o anoréxico. Como afirmam RODRIGUES & CAROSO (2001, p. 137-149): “A busca pelo significado da doença envolve invariavelmente vários aspectos da vida pessoal do indivíduo”. Assim, o indivíduo num retorno interessado ao seu passado, busca coerência e sentido para sua trajetória pessoal, procura problematizar diferentes situações vividas, relacionando-as à enfermidade. A narrativa construída pelo entrevistado ao ser solicitado para falar sobre a sua experiência de doença, é um processo interpretativo onde o sujeito anoréxico elabora uma versão subjetivamente pessoal acerca da sua biografia: é sua história de vida. É nesse processo que o indivíduo articula o fato ao significado.

Tudo o que é vivido no corpo e através do corpo entrecruza-se sobre o terriço social do indivíduo; para ele os sintomas não são apenas desordens físicas ou mentais, mas relacionam-se a tudo quanto diz respeito sua existência. Falar da experiência corporal na anorexia nervosa implica em resgatar a interpretação que o próprio anoréxico faz da sua experiência. Nesse momento o sintoma físico (perda de peso) ou mental (preocupação excessiva com o peso) foi decodificado pelo anoréxico, ou seja, deixou de ser tão somente um sinal objetivo da doença, para constituir-se em fato dotado de sentido para o sujeito que fala.

Quando o indivíduo se volta para aquilo que é significativo na sua biografia (sempre à luz de seu conhecimento e seus interesses atuais), e relaciona de forma ordenada e coerente, as diferentes etapas e circunstâncias experimentadas por ele durante sua trajetória pessoal, ele consegue atribuir sentido aos sinais da doença.

De acordo com ALVES (1993, p. 269) “a produção de significados é resultante não de um instante pontual do ‘eu’, mas de toda uma história do ‘eu’. Uma história que, necessariamente, constitui-se por processos de interação e comunicação com os outros”. As notas etnográficas retratam a experiência da anorexia nervosa indissociavelmente marcada pelo sofrimento físico, pelo sofrimento subjetivo

ocasionado pela angústia e o medo de engordar, e ainda, contam sobre uma existência assinalada por relações de afeto desencontradas, rompidas e abnegadas. Como assinalam RODRIGUES & CAROSO (2001, p. 141) a doença enquanto experiência física e subjetiva está “envolvida em complexa rede de sentimentos que orientam os indivíduos em suas buscas pelos significados”.

É interessante notar como a reconstrução da trajetória através da narrativa remonta não pura e simplesmente à doença, mas implica num resgate e na redefinição da biografia do indivíduo como um todo. Para SOUZA (2001, p. 165) “através do relato, um comportamento, recordações e eventos são retrospectivamente reconhecidos como recorrentes e representativos de uma tendência; são tratados como ‘documento de’ ou ‘apontando para’ um suposto padrão subjacente à trajetória do indivíduo”.

Dessa forma, para Francine por exemplo, o ponto fundamental da sua narrativa sobre a doença centra-se sobre a família desestruturada e na angústia gerada pelo que lhe fora negado outrora: a presença e o amor do pai; para Sueli e Dinora a causa da anorexia está na rigidez dos padrões de exigência que a sociedade tem sobre o corpo feminino; Diane descreve uma existência marcada pelo sofrimento, mas, da mesma forma que Kely, procura caracterizar a anorexia como uma capacidade extraordinária em “cumprir metas”; Ana Maria freqüentemente recorre às opiniões de pessoas significativas na sua vida para explicar e dar plausibilidade à sua história; Silvana enfatiza os pólos opostos controle/descontrole (alcoolismo, drogas, comida, vômito auto-induzido) que marcam suas escolhas, o alcoolismo paterno e a “presença ausente” da mãe; Queila assume que sua maior prioridade sempre foi manter-se magra.

A enfermidade surge como um convite ao indivíduo para problematizar suas experiências e reelaborar os sentidos da sua vida, afinal coloca em xeque qualquer pressuposto dado como certo e natural que norteia e dá sentido à vida do indivíduo. Por outro lado, o significado da doença assemelha-se a um mosaico, onde as impressões sensíveis entrecruzam-se à materialidade cotidiana, num contínuo refazer e retocar que é operado pelo indivíduo. Doravante, na anorexia nervosa, a

reelaboração do significado do corpo através da mobilização dos limites do corpo, seria, numa transferência de sentido, uma redefinição nos significados já outorgados pela trajetória de vida do indivíduo; hipótese que será discutida nos capítulos posteriores.



BOTERO, 1993.

4 O CORPO SENTIDO E OS SENTIDOS DO CORPO

4.1 CORPO E INTERSUBJETIVIDADE

Ah, se eu pudesse te transmitir a lembrança só
agora viva, do que nós dois já vivemos sem
saber.

Clarice Lispector

Corpo, território da doença, lugar fechado que se abre e escancara nossa fragilidade humana diante da força da doença. Substância e simulacro, faticidade e sentido que nos situa e orienta no mundo; através dele ascendemos ao mundo. Segundo MERLEAU-PONTY (1999, p. 200) o corpo é nosso ancoradouro no mundo; se confundindo com nosso próprio ser, é a marca do ser no mundo. Espaço expressivo que integra as significações vividas, é objeto no mundo, mas diferencia-se dos outros objetos, pois é corpo perceptivo e sensível. Assim a subjetividade é tingida pelo corpo ao mesmo tempo em que o corpo, materialidade mundana, é atravessado por uma dimensão subjetiva, é o corpo vivido. A essa realidade do corpo, MERLEAU-PONTY (2000, p. 225) expõe que o "corpo é feito da mesma carne que o mundo (é um percebido), e que para mais essa carne de meu corpo é participada pelo mundo, ele a reflete, ambos se imbricam mutuamente, (o sentido a um tempo auge de subjetividade e auge de materialidade), encontram-se na relação de transgressão e encadeamento".

Tomar o corpo como fundamento de nossa experiência, nos autoriza a relativizar as determinações das representações sociais sobre as práticas em saúde e doença. Implica recuperar a dimensão vivida da cultura, no âmbito da prática e seus fundamentos corporais (RABELO, ALVES & SOUZA, 1999, p. 12-13). O corpo é então assento da prática, pois através dele é que se pode ter acesso aos outros objetos, ao mesmo tempo em que já se pertence ao mundo, em que se está inserido no mundo através do corpo. Se é o corpo que compreende (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 200), pode-se falar então de um senso prático, de um saber que está radicado no corpo, onde primeiro o mundo é esfera da prática, para depois tornar-se objeto de conhecimento. ALVES & RABELO (1998, p. 109-110) afirmam que:

“Há, portanto, uma relação originária entre consciência e mundo – anterior a constituição mesma dos objetos – que só pode ser compreendida quando recupero a mediação do corpo. Esta relação é pré-reflexiva ou pré-objetiva: aponta para o fato de que nossa inserção (corporal) no mundo – da cultura, da convivência com os outros – antecede a atitude reflexiva que constitui esse mundo como conjunto de objetos (e a nós mesmos como sujeitos) e a cultura como o conjunto de representações acerca desses objetos”.

Doravante, ao considerar a dimensão pré-reflexiva da experiência na anorexia, implicará indagar sobre a esfera vivida da cultura, que é trazida sob a forma das práticas corporais e sentimentos relacionada ao corpo e aos alimentos, sem, no entanto supor a existência de uma experiência pré-social, como esclarecem RABELO, ALVES & SOUZA (1999, p. 14).

O saber radicado no corpo e também enraizado socialmente constitui-se num conhecimento prático, que possibilita uma compreensão também prática do mundo, onde as capacidades corporais são mobilizadas de modo a garantir o engajamento concreto na situação, sem que haja a necessidade de se destacar da situação e refletir sobre ela para então agir. Isso transparece na fala da adolescente Sueli, quando conta que só percebeu a perda significativa de peso algum tempo após ter iniciado a dieta e relatando uma dificuldade em se perceber magra. Interessante que, ao mesmo tempo em que Sueli trata o seu corpo como fetiche e objeto de satisfação, parece não conseguir se apropriar dele; é como se ele fosse algo que não integrasse em unidade a sua pessoa.

“Comecei a cuidar um pouco mais do meu corpo que não me satisfazia, me frustrava. Esse cuidado saiu do meu controle.

(...)Talvez pela mudança tão rápida, inédita e significativa na minha aparência e nas minhas dimensões eu tenha perdido a noção de que já estava magra. É como se fosse a transição do inverno para o verão sem a primavera. De repente você está magra! Mas você começa a achar que não está suficientemente magra.” (Sueli, 16 anos)

Essas considerações atestam para uma nova dimensão da enfermidade: o modo como o sujeito vivencia a perturbação, a dor e sua angústia proclama uma síntese espontânea entre o corpo e a cultura que se dá antes da representação sobre o objeto (neste caso, a doença). O corpo vivido é marcado pela doença, suas sensações orgânicas (sinais e sintomas) e também pelo sentimento de adoecer, no sentido da dimensão vivida da cultura.

O corpo vivido é a materialidade da doença lugar onde se experimenta com intensidade a sensação corporal da dor provocada pela fome, o corpo frio, a queda do cabelo e a pele seca ocasionadas pela desnutrição. A angústia da próxima refeição que não será feita, a transgressão do limite último das necessidades da carne como sensação de controle é o ponto onde o corpo assume o sentido máximo de subjetividade.

“ (...) eu tava com medo de... estou ainda com medo de perder todos os cabelos, porque está caindo, caindo. Daí eu falei para a doutora, e ela falou que cai mesmo por causa que o corpo está sem nutriente, sem vitamina, sem proteína. Daí ela falou que cai mesmo... eu tava com muito medo disso também!” (Francine, 16 anos)

“Às vezes eu quero voltar a... (silêncio) Eu vejo as pessoas comendo sabe, normalmente, sentadas e fico pensando: será que é tão difícil voltar a fazer isso... comer! Eu perdi completamente o controle sobre isso... sobre comer. É a mesma coisa com o álcool, a bebida, eu tinha perdido o controle, já não me fazia mais bem. No começo era bom, mas depois eu comecei a ficar mal e a mesma coisa é com a comida (...) Eu vim pra cá com o propósito de voltar de outra maneira, mas... (choro) às vezes eu acho que não tem saída, não tem volta... (...) Eu fico pensando o quê vai me fazer voltar a comer: esse monte de remédio que eu tomo aqui? O soro? Isso não vai me fazer voltar a comer!” (Silvana, 20 anos)

Francine que está há algum tempo com anorexia, percebe espantada as conseqüências de não comer, teme seqüelas, porém, às vezes insinua estar testando seus limites físicos. Já Silvana que está numa fase mais avançada da doença, permanece paralisada diante do medo da comida; aterrorizada pela possibilidade de engordar, espera que alguém prove a ela que está errada. Devolve com sofrimento em forma de pergunta aquilo que não conseguiu responder: porque não pode ir adiante? Convicta de seu itinerário purgativo, gostaria que alguém a convencesse de que é necessário alimentar-se.

Para além desse caráter voluntário da privação alimentar, o quê as anoréxicas tentam explicar sobre suas experiências, diz respeito a uma resistência que é imposta pelo corpo, ou de um saber que é experimentado pelo corpo e não pelo intelecto. A prática denegatória da abstinência alimentar parece a confissão de uma vocação secreta que se realiza através do gerenciamento do espaço corporal.

“ (...) minha única resistência ainda é comer. (...) eu estou aqui e não quero comer mais! Como é que eu vou voltar a comer de novo? As pessoas perguntam: ‘você quer um leite?’, e eu tenho pavor de comer, pavor, pavor, pavor... (...) E eu não consigo mudar esse conceito de mim. Não sei porque, mas eu não estou conseguindo mudar isso! (...) Sinceramente, eu não

sei onde vai parar... Às vezes eu tenho a impressão de que eu nunca mais vou voltar a comer, de sentar na mesa, sabe! Eu queria poder fazer isso sem essa idéia de que vai engordar. (silêncio) O problema é com o corpo e com a comida..." (Silvana, 20 anos)

"No começo foi difícil... foi difícil até que eu aceitei como as coisas são!"

"O que você teve que aceitar?" (pergunto)

"Jantar, tomar café... almoçar, eu já almoçava, mas a janta e o café eu tive que começar a tolerar..." (Dinora, 26 anos falando sobre o período que esteve internada no Hospital Psiquiátrico)

Silvana e Dinora tratam do corpo e da comida com um sentimento que passa ao largo da naturalidade: comer é sacrifício sobre-humano. Há uma elaboração equivocada sobre as rotinas fisiológicas e o corpo como parte dissociada do sujeito, passa a ser investido de uma artificialidade. A anoréxica testa a plasticidade do seu corpo e o instrumentaliza em favor de realizar-se no alcance máximo da abstinência rompendo com as necessidades da sua carne.

"Às vezes eu chego em casa fraca, mas se eu tenho que sair para andar eu vou... Se não, eu não procuro nem alimento. O medo de engordar é constante; eu posso até estar alegre, mas o pensamento tá ali, vinte e quatro horas por dia... como se fosse um fantasma." (Diane, 19 anos)

Para Diane a anorexia é vivenciada como uma perturbação inabalável: é um pensamento inflexível, um fantasma tão próximo e íntimo que acabou incorporado à sua rotina. Chega a dar a impressão que aprendeu a conviver com ele quando relata com desenvoltura sobre suas recaídas em anos de tratamento.

A anoréxica retorna ao vivido para explicar a natureza de sua experiência; volta-se para o conteúdo experimentado num movimento de reflexão (TEIXEIRA, 2000, p. 18), o objetiva através da linguagem, assim o percebido se torna visível (LABRONICI, 1999, p. 20): as sensações e sentimentos relacionados à comida e à abstinência alimentar são a forma da própria coisa – a doença – que é "vívda dia a dia sem que isso seja conscientizado ou verbalizado" (MAFFESOLI, 1998, p. 116), exceto através da reflexão.

É o corpo perceptivo da anoréxica que se abre sobre as coisas, conhece e se reconhece no outro, pois a percepção é o modo de acesso aos objetos e ao mundo

(MERLEAU-PONTY, 1999, p. 85). O conceito de percepção de Merleau-Ponty não se esgota na percepção sensorial, mas refere-se a um “modo originário de ser numa totalidade enquanto vivido” (MACIEL, 1997, p. 76). Não se esgota na coisa percebida, mas abre-se sobre as coisas; não está em um lugar como o objeto está, mas é uma totalidade que se abre para o horizonte repleto de perspectivas (MERLEAU-PONTY, 1999).

Dessa forma, a percepção nos permite o acesso ao mundo antes mesmo da reflexão, ou seja, é pensamento de perceber, onde o que pensa e o que é pensado estão fundidos. Essa fusão entre o que pensa e o que é pensado determinam uma concepção de sujeito situado no mundo e sempre sujeito - em - relação, e, que na experiência perceptiva do mundo estão integrados. Sobre isso MERLEAU-PONTY (1999, p. 500) afirma:

“A percepção é justamente este gênero de ato que não poderia tratar de colocar à parte o próprio ato e o termo sobre o qual ele versa. A percepção e o percebido têm necessariamente a mesma modalidade existencial, já que não se poderia separar da percepção a consciência que ela tem, ou antes, que ela é, de atingir a coisa mesma. Não se pode tratar de manter a certeza da percepção recusando a certeza da coisa percebida.”

A percepção relaciona-se ao corpo que é sensível a tudo, e “se percebemos com o nosso corpo, o corpo é um eu natural e como que o sujeito da percepção” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 278). Perceber é fazer presente alguma coisa através do corpo, ascendendo à experiência no mundo, antes da reflexão. Merleau-Ponty fala de um conhecimento prévio à consciência que se caracteriza pela possibilidade e não pela objetividade. O corpo não é somente fático, mas é constructo transcendental para compreender a condição de ser – no - mundo.

Ocorre então que, na elaboração integrada de uma experiência originária consciência e corpo, sujeito e objeto, pensamento e pensado estão fundidos. Se todo o indivíduo é originariamente social como afirma Merleau-Ponty, se ele está em processo de coexistência, sentindo o outro através do seu corpo e também é sentido pelo outro, então a experiência corporal na anorexia nervosa está marcada pelo social; é a manifestação da teia de significações, da qual a subjetividade do sujeito anoréxico é construção a partir da coexistência e da interação social.

O sujeito encarnado é ser-em-situação e ser-em-relação, sendo, portanto, radicado em um contexto social, relaciona-se com o outro em processo de coexistência num mundo intersubjetivo. A intersubjetividade para SCHUTZ (1979, p. 159) refere-se a um mundo compartilhado com os outros semelhantes, também vivenciado e interpretado por eles, é um mundo comum a todos, onde a esfera do “Nós” é ingenuamente pressuposta. Essa concordância silenciosa entre os indivíduos e aceitação inquestionável de que há uma anterioridade do mundo ao indivíduo constitui a intersubjetividade; espécie de interlocução tácita entre os homens, numa constante negociação de valores, interesses e emoções compartilhadas através das trocas sociais.

Há uma tentativa por parte do próprio narrador de reconstruir a trama social onde está imerso, e a elaborar uma retórica da vida social, onde o indivíduo não está mais solitário, mas compartilha coletivamente sua vida com seu entorno, os familiares, amigos e pessoas significativas para ele. Assim contam Silvana e Francine:

“Quando meu namorado foi embora, aí eu fiquei sozinha, sem emprego e ficava só em casa dormindo. Foi quando eu engordei um pouco mais, e eu só ficava usando drogas e dormia. Esse era meu dia a dia... (...) Como eu nunca tive um relacionamento bom com a minha mãe, então eu saía num dia e chegava de manhã cedo e ela não me perguntava onde eu tava, o que tinha ido fazer... Só que eu comecei a chegar muito mal mesmo!” (Silvana, 20 anos)

“Então minha mãe ficou grávida de mim, daí ela, mãe solteira foi morar com a minha tia, daí com a minha tia não deu certo e ela foi morar com a minha vó e depois voltou com a minha tia de novo em Maringá. Daí quando eu tinha um aninho ela conheceu um homem que disse que ia me dar tudo e que seria como um pai pra mim, o que eu precisasse ele estaria pronto. Minha mãe acreditou e acabou casando com ele e aí nasceu meu primeiro irmão por parte de mãe, daí ele falou que... daí já começou a me tratar mal desde pequena. E começou... não queria mais que eu ficasse assim... comunicando com a minha mãe. Queria que eu ficasse no canto, quieta, não queria que eu ficasse mexendo em nada. Ele falava que eu era uma criança irritante... e eu lembro de tudo. Daí teve um dia que ele tentou me afogar com leite... Daí ela teve mais outro filho com ele que é o José”. (Francine, 16 anos)

Silvana, seu amor perdido e a mãe. Francine, a mãe e seu padrasto perverso. Assim o sujeito é ser-no-mundo, sujeito encarnado com sua consciência relacionada ao mundo. A vivência é sempre percebida em relação ao outro e informar sobre o processo de adoecer, é também uma reorganização das experiências anteriores mais significativas, em função do estoque de conhecimento do indivíduo (SCHUTZ, 1979, p. 73). Ainda segundo SCHUTZ (1979, p. 74), esse estoque de conhecimento

à mão funciona como “um código de interpretações de suas experiências passadas e presentes”, e lhe permite avaliar situações, bem como antecipar ou planejar seu futuro. Junto dessa bagagem acumulada ao longo da história biográfica, o sujeito dá contornos e imprime significados à sua dor.

A vivência comum e o compartilhar cotidiano são o sentido da vida individual e social, espaço da socialidade a qual repousa no compartilhamento das emoções e dos afetos (MAFFESOLI, 1998, p. 174). Para Maffesoli “esse pensamento pode apenas ser compreendido se apreendermos toda a carga do mais concreto, toda a eficácia da imediatez, enraizada no curso estruturante de um espaço cotidiano e familiar”, pois “o concreto constitui o terço, o solo nutriente de toda socialidade” (MAFFESOLI, 1984, p. 55; 1998, p. 167).

A descrição da experiência anoréxica pelas entrevistadas envolve invariavelmente um resgate dos modos de convivência familiar, a descrição dos relacionamentos mais significativos, a organização familiar do tempo e das atividades diárias; ou seja, fala do ritmo da casa e do tempo de estar-junto, amarrando cada coisa feita a cada jeito de fazer; descreve os costumes mais banais que na vida cotidiana não são refletidos, mas apenas executados e cimentados pelo sentimento da convivência (MAFFESOLI, 1998). São esses rituais diários que convertem cada indivíduo errante em um sujeito enraizado, pertencente a uma família, a uma comunidade. É nessa micro-relação social que pode estar o alicerce de toda ligação do homem com o seu primeiro espaço de convivência. No regresso ao familiar, o indivíduo encontra sentido para o que ele é, porque suas raízes no mundo encerram os seus limites enquanto indivíduo. Nesta zona imprecisa transparece um vínculo, ora tênue, ora mais vigoroso entre o individual e o social, o laço entre o sujeito e seu microcosmo sócio-cultural.

Kely relaciona a saída de casa como a busca de uma identidade diferente da sua referência familiar, esta representada nas suas palavras pela “passividade”. Sair de casa, no contexto da doença representou para ela a “cura” da anorexia: num movimento de se desprender da família e de conquistar algo diferente para si, se descobriu capaz de empreender e realizar.

"(...) foi bom também o fato de ter saído de casa, tudo o que eu aprendi, é... a ser mais ativa nas coisas que eu faço, não ser tão passiva. A gente tem uma educação muito passiva, de aquela coisa: 'Ai, isso não está certo, mas vamos deixar, que daqui é mais fácil', 'é mais fácil de se... de se resolver assim', 'de se agüentar certas coisas', e eu aprendi a não me submeter, então foi bom ter saído de casa. Mas, enfim, o fato de eu ter saído de casa me fez ter essa sensibilidade. Eu acho, principalmente, o fato de não ser tão passiva. Hoje eu olho, acho que minha mãe é muito passiva, acho que a Clara é muito passiva, acho que a Regina é muito passiva, acho o Edson muito passivo.(...) Não acho que foi nenhum problema familiar, o fato de isso ter acontecido, assim, não acho que tenha sido. Acho que é uma questão bem pessoal, mesmo. Talvez a questão... minha mãe, ela é muito neurótica, exigente, meticulosa, assim, ela é muito detalhista... Mas, então, talvez isso tenha, assim, o fato da gente... né? Sempre exigir muito, sei lá! O fogão tem que estar impecável, o vidro estar impecável, e de repente eu queria estar impecável comigo mesmo, não só minha aparência, mas com aquilo que eu... Mas isso eu acho que é bom, porque quando eu consigo me dedicar pra uma coisa realmente, eu faço, eu sei que eu faço bem, né, então acho que isso também é um ponto positivo, assim..." (Kely, 23 anos)

Nessa fuga de uma estrutura familiar aparentemente rígida, Kely propõe que sua doença está de alguma forma relacionada também à maneira crítica e exigente da mãe dirigir as coisas da casa e da família. Num ambiente parecido com uma redoma de cristal – transparente, mas que diante da tentativa de alçar vôo, impõe duramente o limite entre o interno e o externo fazendo-a prisioneira. Parece ser assim para Kely, que se debate diante do que lhe parece ser um tipo de controle incompatível com sua necessidade de autonomia: o "conforto" e a super-proteção familiar.

A companhia afetuosa, o realizar junto, os conflitos, a saudade e as separações se entrecruzam em diferentes histórias com pessoas e lugares significativos. A narrativa biográfica é apresentada de forma coesa, e sobre esta é feita "uma reflexão na qual as ações discretas não são pensadas como acontecimentos isolados, mas como partes relacionadas de um universo subjetivamente dotado de sentido, cujos significados não são particulares ao indivíduo, mas socialmente articulados e compartilhados" (BERGER & LUCKMANN, 1999, p. 92). Numa soma de interações e intenções de toda ordem – afetivas, racionais e econômicas - se funda a vida social e nesse movimento dinâmico vai se estruturando a trama social, a história e o sentido da vida de cada indivíduo.

Esse mundo da vida, ora apresentado, é o mundo intersubjetivo, lugar de encontro com o outro onde estar-no-mundo é também a coexistência com outros. É

no partilhar do espaço familiar que os hábitos e costumes do dia-a-dia são conformados coercitivamente (MAFFESOLI, 1984, p. 53).

A forma de sentir-se doente e a elaboração acerca do sentimento e da condição para estar enfermo, estão amparados pelos modelos e papéis tipificados. Segundo BERGER & LUCKMANN (1989, p. 49) “a realidade da vida cotidiana contém esquemas tipificadores em termos dos quais os outros são apreendidos, sendo estabelecidos os modos como “lidamos” com eles nos encontros face a face”. Desta forma, para Kely a esperada atitude dos pais diante da doença e a sua personalidade independente, retardaram um pouco a discussão familiar sobre sua doença:

“daí eu fiz exame e nem mostrei pra minha mãe, estava tudo fora dos níveis, eu não mostrei, me enrolei e não fazia. E minha mãe também não... ela assim... se preocupava, falava: - ‘Você está doente, você está doente!’ Como eu não estava nem depressiva nem nada, estava ativa, então acho que eles acharam que não era tão preocupante! E... mas assim, quem mais falava da família era a Regina (irmã), que se preocupava, os outros ficavam meio desligados. E eu me fechava assim muito, porque eu não sou... eu sou meio reservada, não gosto que fiquem palpitando... Eu acho que percebiam, porque depois me cobravam pra comer... mesmo porque eu estava emagrecendo e... percebiam... na hora do almoço não me cobravam, mas minha mãe fazia muitos doces, fazia bolo, torta, entendeu? Ficavam, do tipo, meio que jogavam na minha frente, minha mãe trazia no quarto um pedacinho de bolo. Na verdade, sempre ficou uma coisa “no ar”, nunca minha mãe chegou: ‘ó Kely, você tem que comer, você está doente, vamos fazer alguma coisa’ ou ‘vamos ao médico, isso não é normal!’ Então, minha mãe nunca falou, ficava sempre aquela coisa de: ‘ai, será que eu falo?’. Minha mãe é muito de respeitar também e eu que meio que criei uma redoma, não queria papo, quando começavam nesse assunto eu...eu não queria falar, mudava de assunto (...) ficava desviando de assunto, mas ninguém nunca chegou a falar: ‘Olha Kely, senta aqui, vamos conversar (...)’, ninguém nunca fez! E... até, eu acho, acredito, porque eu nunca me isolei... me isolava...era, uma coisa (...) porque que eu não gostava que me incomodassem. É... ficou sempre assim, daí minha mãe falava, falava que eu tinha que ir pro médico, falava que ‘não sei o quê’, só que minha mãe sempre foi muito livre. Nessa época, por exemplo, eu falava: ‘ai, eu tô com uma dor no pé, eu vou no médico’, entendeu? E a gente tinha essa iniciativa. Então minha mãe nunca falava: ‘vai no médico ver esse pé’ Então, ela esperou muito. E na época eu não pensava nada sobre nada. Também, pra mim, eu não precisava ir no médico, só precisava emagrecer, continuar daquele jeito e emagrecer mais, e não comer (...). (Kely, 23 anos)

Interessante notar que a percepção que Kely tem sobre a dinâmica de sua família oscila no decorrer do seu depoimento entre um modelo familiar estável, sem conflitos, onde os pais estimulam a independência dos filhos, para às vezes revelar-se rígido, fechado para relacionamentos significativos com pessoas externas e caracterizado pela passividade. Nesse ponto é que parece haver um empobrecimento da diferenciação entre o outro e cada um e uma dificuldade para a

anoréxica definir uma idéia segura e certa sobre si mesmo. Talvez aqui a anorexia seja uma espécie de busca de si.

4.2 O PROJETO DA ANORÉXICA

As narrativas produzidas pelas anoréxicas deflagram uma quase teatralidade na convivência social, através da descrição minuciosa das performances bem sucedidas para controlar as impressões das pessoas ao seu redor (GOFFMAN, 1999). Todavia nesse espetáculo da vida cotidiana, a encenação anoréxica engendra uma tensão entre seu desejo de emagrecer cada vez mais e as expectativas dos outros indivíduos acerca do seu corpo.

“Eu me sentia bem... me sentia bem... me sentia super feliz assim; bem feliz... cada dia que eu colocava a calça jeans e que ficava larga, eu: ‘Ahhh que bom!’ Isso me motivava mais, me dava mais força pra conseguir emagrecer mais. Essa época eu perdi trinta quilos! Isso me motivou um monte e também as outras pessoas falavam bastante: ‘Meu Deus, como você emagreceu!’, então isso me deixava bem feliz, sabe, muito feliz...” (Queila, 22 anos)

Queila vive intensamente a partir das expectativas dos outros sobre ela. Sempre teve sobrepeso e como isso a tem atormentado desde pequena, fazer dieta é seu “*metier*” pessoal e agora profissional. Em tom de arrependimento, ela confessa seu constrangimento diante da turma da faculdade, onde frequenta o curso de Nutrição. Sente-se cobrada por não conseguir controlar-se diante da comida: tempos atrás estava caquética, agora exibe uma silhueta arredondada em virtude de uma compulsão alimentar que está enfrentando. Os tempos de anorexia são recordados por Queila com bastante saudosismo, pois lhe parecia ter outrora uma vida equilibrada, sentia-se eficiente, mais atraente e portanto muitíssimo feliz. Conta como “ser” magra - e designa a magreza como uma condição para existir – possibilitava-lhe uma vida social satisfatória; Queila sentia-se aceita.

Todavia, esse emagrecimento deliberado sem ponto de chegada para a anoréxica, tem limites bem claros do ponto de vista biológico e social, afinal a prática anoréxica é uma expressão máxima da relação patológica que um indivíduo pode ter com o seu corpo e com a comida.

Decorre que dessa tensão e incompatibilidade entre a obstinação resoluta em perder peso e a demanda social do papel de “menina normal” que ela tem de dar expressão, deriva sua entrega secreta à abstinência alimentar, ao exercício físico realizado até a exaustão e a outras práticas tão impróprias socialmente.

“Às vezes que eu ficava com raiva em casa, brava com alguém, ia pro meu quarto e às vezes fazia abdominal sem contar... Porque no começo eu gostava de dançar pra descontar, mas aí as médicas me proibiram de dançar, meus pais ficavam controlando demais. Como abdominal, esses exercícios de chão não fazem barulho, eu acabei começando a fazer eles”. (Ana Maria, 19 anos)

“Só que tem coisas que eu nunca cheguei a contar para ninguém... como que chegou num ponto que eu tava tão desesperada pra perder peso que eu colocava detergente num copo com água, enchia de água e tomava sabe... como se aquilo fosse emagrecedor”. (Diane, 19 anos)

A busca incansável pela magreza é a realização de um projeto e de significados no corpo, que requer um investimento concreto do indivíduo para consumá-lo. Entretanto, se todo projetar repousa em ensaiar dramaticamente o futuro, envolve também as possibilidades atuais para a realização do projeto e o mais importante: sua definição não é mero resultado de operações mentais. Trata-se de um movimento em que o sujeito lança-se ao futuro a partir do seu contexto social para a realização de algo que é empreendido à luz de sua situação biográfica e do seu estoque de conhecimento (SCHUTZ, 1979, p. 138-139).

O projeto a ser realizado pela anoréxica, não é simples escolha racional, mas é o sentido que engendra as práticas corporais e mobiliza suas capacidades corporais num movimento de reorganização do espaço do corpo. O corpo vivido não é apenas simulacro de intervenções, mas confunde-se com o próprio ser e nesse sentido há uma fusão onde curiosamente o ator – anoréxico e o personagem – a menina normal tornam-se assumidamente uma só subjetividade. Não haverá mais então um indivíduo empenhado em concretizar seus planos e que precisa desenvolver estratégias que garantam sua realização, o que inclui manter controle sobre a impressão que os outros tem dele. É que após o desencadeamento do processo mórbido mantido em segredo por algum tempo e normalizado pelo discurso, o ator torna-se um cínico.

“ (...) a gente estava na praia uma vez, eu estava usando biquíni... porque afinal eu estava magra, então não custava nada usar biquíni; eu me achava magra, mas não tanto assim como eles falavam. (...) Assim de repente eu ficava fã, mas eu sempre arranjava uma desculpa: ‘é por causa do calor!’ (riso) Acabava dando um jeito de escapar...”

“Meus pais sabiam, tentavam conversar comigo, mas era numa hora que eu já tava querendo descontrair; então acabava sendo... rude com eles. Eles ficavam nervosos, saíam e ficavam conversando entre eles e eu fazendo exercícios!!! Sabia que eles sabiam, sabia que eles estavam preocupados comigo, mas eu precisava descontrair de algum jeito... eu não queria ficar obesa de novo, então pegava exercício mesmo e fazia!” (Ana Maria, 19 anos)

GOFFMAN (1999, p. 25-29) usa o termo cínico quando refere-se à crença no papel que o próprio indivíduo representa, e neste caso o ator não se interessaria se o público acredita ou não em sua performance. Essa metáfora do teatro parece apropriada para descrever a “encenação” produzida por Ana Maria ao ironizar a preocupação dos pais e sair de cena, refugiando-se em seu bastidor privativo: o quarto. Não somente desacreditada de seu papel de boa menina, Ana Maria assim como um ator decadente, pouco se importa com a opinião dos seus expectadores.

Para a anoréxica representar a normalidade não é mais prioridade, sustentar a impressão de que tudo está sob controle não mais a envolve totalmente, “afinal, se tantas meninas são magras, porque eu não posso ser?”. Em muitos depoimentos isso fica demonstrado quando a anoréxica ao contar sua história de vida e sobre o início da anorexia refere-se a uma quase fatalidade que teve início após uma decisão deliberada e que Bidaud (1998, p. 28) apropriadamente chamou de “efeito cínico de uma vocação”.

“Naquele momento eu tinha uma prima que começou a trabalhar no mercado e ela começou consideravelmente a perder peso também (...) Aí um dia ela apareceu na minha casa, olhou assim pra mim e falou: ‘Você acha que está pesando quanto, uns quarenta e cinco quilos?’ Como se ela estivesse me desafiando e dizendo ‘eu estou mais magra que você!’, daí eu comecei a ficar sem comer (...) Eu passei a evitar tudo quanto é tipo de alimentação”. (Diana, 19 anos)

Diana fala da anorexia como se a doença fosse inevitável em sua vida; uma espécie de talento natural arduamente cultivado durante anos. O episódio contado sobre a prima e a rivalidade entre elas por vezes estimulada pela família, apenas despertara essa inclinação.

Há um momento em que o sujeito assume integralmente a parte do seu self, realização dramática do seu devaneio, que era ocultado até então para a platéia. Aquela intencionalidade que secretamente instrumentalizava seu corpo e lentamente começava a se mostrar: a anorexia. Essa fusão entre o ator que mobiliza o seu corpo e o seu personagem que aparece através do seu corpo, é a realização do projeto através do corpo no corpo; é a construção do corpo desprovido das necessidades orgânicas e da marca do social na realização do corpo descarnado. Há uma imbricação mútua entre o sujeito que enuncia através do corpo e o enunciado que é dado no corpo, de tal forma que, a maneira de vivenciar a redução do peso é perturbadora e assume contornos patológicos: a anoréxica ignora os riscos implicados nas suas práticas.

“ Eu não sei se assim... o meu caso seria mesmo uma anorexia. Pra mim estava tudo ótimo! Eu não sei porque eu achava que eu não tava com anorexia, sabe? Todo mundo se apavorava quando me via, mas pra mim tava tudo bem. Tava... eu tava super feliz como eu tava. Então eu acho que eu ainda não caí bem na real... eu acho que... por isso eu te digo que eu acho que eu não passei!” (Queila, 22 anos)

Para Queila que lamenta não ter se mantido na magreza extrema, a volta à obesidade lhe parece um pesadelo. Ela que tão bem conhece o transtorno, pois é nutricionista, não entende como aquele período em que se sentia tão feliz, poderia estar com anorexia. As fotos mostradas com orgulho e os olhos cheios de lágrima durante a entrevista, evocam em Queila o desejo de voltar a fazer tudo de novo.

Já o discurso de Ana Maria é marcado por sentimentos ambíguos e confusos em relação ao período em que esteve anoréxica. Levantando a voz fala que às vezes se revoltava muito com o controle dos pais e dos médicos sobre sua saúde, não entendia porque sua magreza incomodava tanto os outros; ou ainda, que estava gorda e se sentia constantemente insatisfeita com o peso. Há momento em que “sua anorexia” é tratada como a salvação da família: todos se unem em torno do problema e param as brigas. Noutros momentos fica tão triste e abatida com o que fala que mal consegue continuar: surpreende-se com a tragicidade de sua própria história.

“E daí eu vejo minhas fotos assim... hoje é muito estranho! Eu vejo assim, só pele e osso, é ruim de ver, mas naquela época eu não me via magra assim, me via gorda... Era estranho, não sei explicar. Eu me sentia normal... como todo mundo. Eu tava vendo que eu tava muito magra, mas todos os exames davam bons (...) A única coisa que os hormônios diminuíram assim, a minha menstruação parou, mas tirando isso... estava boa. Ham... estava tudo bem assim, então pra mim não tinha nenhum problema de saúde, até porque não estava tão ruim assim! A menstruação tinha parado, mas podia parar em qualquer pessoa...” (Ana Maria, 19 anos).

Por outro lado, ao contar a experiência da doença, as anoréxicas tentam buscar um sentido novo para o vivido; o cotidiano é laborado sob outro prisma e o efêmero passa a ser investido de um significado histórico. Nas palavras de Schutz: “do ponto de vista do ator na vida diária, é impossível a nitidez total dos elementos envolvidos no processo da escolha, ou seja, é impossível uma ação ‘perfeitamente’ racional” (SCHUTZ, 1979, p. 147). Somente em retrospectiva o ator pode vislumbrar o significado do qual fora dotado seu sistema de planos, pois quando está imerso na ação cotidiana ele “apenas vive”. Além do mais, o projeto diz respeito a um sujeito encarnado e enraizado num cenário social específico, onde a situação biográfica está constantemente sendo renovada. Por exemplo, Francine retrata hoje sua anorexia como o resultado de uma vida familiar atribulada, conta sobre seu cotidiano e os problemas que enfrenta em sua rotina. Não consegue vislumbrar uma saída para seu estado atual, a não ser que haja uma reviravolta na sua vida pessoal:

“Hoje acordei desanimada, triste. Ontem foi dia dos pais e eu não tenho pai... Fiquei triste ontem e hoje eu estou triste porque eu queria ir embora, ter minha casa. Queria ir embora daqui... Estou brava com meus tios; eu percebi que hoje eles não gostam de mim como gostavam antigamente. Antes eu agüentava cuidar das crianças, agora não sirvo mais... me disseram coisas horríveis e fiquei muito nervosa (...) Senti medo, medo de comer e engordar... senti muita ansiedade, muita raiva e foi onde eu acabei comendo (...) Eu não consigo de jeito nenhum gostar daqui. Chega de ver gente bêbada! Não gosto dessa cidade... aqui meus planos não dão! Queria ter minha vida e meu canto, eu quero sossego. Queria ir embora mas minha mãe não quer... quando faço planos, as pessoas vem e destroem. Fico pensando que ia ser feliz... um pouco e minha mãe vem e me diz outra coisa. Tenho medo de chegar para ela e dizer: ‘Mãe, eu quero mudar de cidade, conhecer pessoas novas, sair, arrumar amigos!’ Eu só penso em planos ruins aqui, eu quero viver um pouco sem ter que pensar que ‘se o tio vai chegar bêbado, se a vó vai brigar, se vai faltar alimento amanhã. Quero estudar! (...) Não que eu tenha algo contra essa cidade, é que aqui eu não consigo viver a minha vida e eu só vivo a vida da minha família. (Francine, 16 anos)

Qual o sentido para esse empreendimento tão arriscado que constitui a anorexia nervosa? Para o sujeito que o protagoniza, os significados iniciais parecem se perder durante o caminho e dessa forma o projeto vai sendo transformado.

Para Francine o sentido para tudo o que tem vivido atravessa diferentes níveis de interpretação dos fatos. Às vezes decorre de uma história de vida incrivelmente difícil. Outras vezes parece achar que tudo é efeito descontrolado de uma espécie de capricho impensado, como se nota no trecho que segue:

"Foi ano passado que eu comecei com essa história de regime. Eu tinha umas amigas que eram mais magras do que eu e elas falavam: 'Eu comecei um regime hoje... é pela pirâmide!' Daí eu peguei e falei: 'Vou fazer esse regime também!' Eu fazia caminhada e ficava sem comer... Todo dia até não agüentar mais. Teve época que eu já estava magra, magra, magra, mas continuava fazendo caminhada. Daí quando atacou mesmo a anorexia eu parei de fazer caminhada e só queria ficar deitada. Comer... eu não podia sentir o cheiro da comida que ia lá comer tudo de uma vez e vomitava tudo de novo, nem pensava em nada!"

"Hoje você pensa a mesma coisa que na época em que começou a fazer dieta?" (pergunta)

"Me arrependo agora. Me arrependo porque quando eu era mais fofinha, mais cheinha, eu era muito mais feliz que hoje. Hummm... não sentia tristeza, era alegre. Se tinha um problema, não ficava abalada por qualquer coisa... Eu me arrependo muito!" (Francine, 16 anos)

Cada vez que o sujeito faz falar o que estava adormecido na imediatez da afetação, renova e reatualiza o conteúdo da sua experiência. Trazer à tona o não-dito – aquilo que emerge do contato com o mundo e que ficou marcado na carne – reinventando um significado através da comunicação com o mundo, implica num reconhecimento de que não há um sentido inexorável para as coisas, mas ao contrário, é a multiplicidade das situações que dá contorno aos significados.

É nesses termos que a experiência corporal na anorexia assume um estatuto formulador de sentido; o corpo tem a marca daquilo que é da ordem do social, mas também é o lugar onde as impressões fugazes, a dor e as emoções perturbadoras emergem, solicitando ao sujeito novas reconstruções de sentido diferentes das habituais e que possam dar a ele sentido de existência face à doença.

Ao tomarmos o corpo como espaço da doença amplo de significados, certamente atribuímos a ele a essência de ser uma metáfora, porquanto transporta sentido. Todavia, o corpo não é tão somente simulacro, mas para além disso, é a maneira pela qual ascendemos ao mundo; ele próprio engendra sentido a partir da sua relação originária com o mundo social. O conteúdo da experiência anoréxica revela-se ao mesmo tempo como faticidade e também como sentido reconstruído.

Falando sobre a metáfora, MAFFESOLI (1998, p. 148) afirma que “(...) sem deixar de permanecer enraizada a fundo na concretude da vida corrente”, a metáfora “(...) não indica, de maneira unívoca, qual é o sentido das coisas, mas pode ajudar a perceber suas significações”. Sob esse aspecto, o corpo anoréxico mais do que metáfora, ele próprio incita a produção de sentido, que de acordo com BEZERRA (2001, p. 13-42) “(...) não reside nem em um sentido já presente (embora travestido ou disfarçado) nem em alguma forma de proto-sentido (embutido e interpretável), mas no efeito metafórico, ou seja, no impulso à produção de sentido que ela (metáfora) engendra (...)”. ou seja, é no movimento que confronta o vivido com o atual e o lançar-se a um futuro, que emergem os sentidos dos modos de pensar, sentir e agir que mantém um recorte sobre o corpo e situam o indivíduo anoréxico no contexto do seu dia a dia.

Parafraseando MERLEAU-PONTY (1991, p. 45), é como se, através dos sintomas da anorexia – enquanto forma de linguagem – se pudesse, em vez de puramente copiar o pensamento - marcas do vivido – se deixar desfazer e refazer por ele. O corpo anoréxico “traz seu sentido, como o rastro de um passo significa o movimento e o esforço de um corpo”.



BOTERO, 1986

5 OS LIMITES DO CORPO: A GORDURA ENQUANTO METÁFORA

(...)À duração de minha existência dou uma significação oculta que me ultrapassa. Sou um ser concomitante: reúno em mim o tempo passado, o presente e o futuro, o tempo que lateja no tique-taque dos relógios. Para me interpretar e formular-me preciso de novos sinais e articulações novas em formas que se localizem aquém e além de minha história humana. Transfiguro a realidade e então outra realidade, sonhadora e sonâmbula, me cria. E eu inteira rolo e à medida que rolo no chão vou me acrescentando em folhas (...)

Clarice Lispector

5.1 A IMAGEM CORPORAL NA ANOREXIA NERVOSA: PARA ALÉM DO CORPO

Do que é feito ou o que propriamente demarca os limites do corpo? Trata-se ele tão somente de um espaço físico e limite da individualidade ou suas fronteiras vão além, se alargando, sobretudo ao espaço social em que é cultivado, incorporando dados do mundo e sendo marcado por ele, ao passo em que esse encontro inscreve sentido sobre a espaço/temporalidade em que ele mesmo se fundamenta?

Para as anoréxicas, os limites do corpo quase se apagam diante das circunstâncias em que vivem, do cotidiano de seus relacionamentos, dessa rede de relações concretas e afetivas em que está submersa. Toda condição e situação que a rigor está matizada nessa imagem disforme que a anoréxica tem de si mesma e que se expressa pela insatisfação com o tamanho do seu corpo e a perda de peso.

A negação da gravidade do seu estado físico é sinal da presença da anorexia e se manifesta na incompreensão dos limites do seu corpo e nessa forma perturbada de vivenciar o baixo peso. Clinicamente, o indivíduo com anorexia põe em xeque a própria vida; o aspecto cadavérico, a pele ressecada e pálida, a queda de cabelo podem não provocar qualquer mudança no itinerário auto-imposto de abstinência e purgação. O seu projeto continua sendo emagrecer, livrar-se da gordura. Numa espécie de lucidez amarga que é destilada através do discurso sobre a doença, o sujeito conhece os riscos, mas os desconsidera completamente.

O corpo que se mostra é um corpo descorado e fraco; mas para o anoréxico que se vê a magreza nunca é suficiente e o excesso é latente à sua condição. De acordo com MERLEAU-PONTY (1999), o corpo-sujeito e o corpo-objeto estão justapostos através de uma mesma relação de possibilidade, e esse corpo-sujeito ao mesmo tempo em que sente, pode também ser sentido. É no cruzamento de possibilidades entre corpo-sujeito e corpo-objeto que essa doença cria um paradoxo entre o corpo real e a imagem do corpo que o indivíduo anoréxico projeta para si; na anorexia a percepção auto-referida de imagem corporal é transbordante e está além dos limites do pequeno corpo anoréxico.

O conceito de imagem corporal aqui utilizado extrapola os aspectos neurológicos, mas relaciona-se às conexões entre o indivíduo e o mundo ao seu redor. Para SCHILDER (1999, p. 235) a imagem corporal está além dos limites do corpo físico, as noções de espaço interno e externo na imagem corporal não são as mesmas da física. Segundo SCHILDER (1999, p. 7):

“Endende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. Há sensações que nos são dadas. Vemos partes da superfície do corpo. Temos impressões táteis, térmicas e de dor. (...) Além disso, existe a experiência imediata de uma unidade corporal. Esta unidade é percebida, porém é mais do que uma percepção. Nós a chamamos de esquema de nosso corpo (...) de modelo postural do corpo. O esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal”.

A imagem do corpo não advém somente de impressões ou sensações táteis, mas relaciona-se à figurações e representações sobre o corpo. À figuração do corpo estão amarradas imagens que se sustentam sempre numa relação com alguma coisa. Através da imagem o sujeito armazena uma relação, uma situação, ou seja, a imagem do objeto relaciona-se à forma como este foi percebido. TAVARES (2003, p. 33) lembra oportunamente como “a imagem mental da aparência de uma refeição poderá fazê-la mais ou menos saborosa”. É exatamente isso que se percebe na anorexia nervosa, o caso de uma imagem corporal auto-apreendida que atravessa o próprio corpo.

Na anorexia nervosa a representação mental que o sujeito opera sobre o seu corpo é incoerente à sua realidade carnal; a anoréxica representa o seu corpo

sempre gordo. Essa auto-imagem deslocada da realidade da carne, em excesso e extravagância, é a máxima instigante dessa patologia, insatisfação propulsora e contínua que irá apagar através da abstinência resoluto e sem fim os limites plásticos do seu corpo. Nessa clivagem entre aparência e realidade, entre o distanciamento da imagem real do corpo e a auto-imagem percebida, cresce a insatisfação e a tentativa de prosseguir. A anorexia tensiona uma espécie de lipofobia e seu par indissociável, o prazer na magreza.

“Não lembro se foi um período que eu me sentia muito mal. Me sentia bem em estar magra! Excessivamente magra! Tanto que eu usava calça trinta e quatro, calça infantil e ainda sobrava... Era legal... E eu tinha umas coisas de deitar na cama e medir, o buraco da perna... o buraco da perna não podia aumentar. Não me sentia doente, até na verdade, mais no final, quando eu tava emagrecendo bastante, eu até achava meio perigoso assim de repente, né! (...) Eu sentia... às vezes me sentia feia, me sentia gorda! (aumenta a voz) Chegava a me sentir gorda mesmo estando magra... mas por falta de estar emagrecendo! (...) Mas aí eu me sentia gorda, chegava a me sentir gorda várias vezes, daí eu me sentia mal assim... ‘Tô me sentindo gorda, mas eu já emagreço!’ – ‘Minha barriga tá grande!’; nunca tive barriga, imagine se naquela época minha barriga ia estar grande! Daí eu via pelanca aqui (mostra os dedos), via pelanca na mão, era uma coisa absurda assim, tudo tinha gordura... E nada era o suficiente... Mas eu me olhava muito no espelho, muito, todo dia, toda hora, né; então tinha aquela obsessão: qualquer coisa que parecesse fora do lugar, eu já me sentia gorda, né, falava: - ‘Aí, que que é isso?’, tipo ‘Uma gordurinha, vou emagrecer mais!’, entendeu, ‘Vô emagrecer pra tirar isso aqui!’ Tinha o prazer físico de se tocar, entendeu? De sentir as costelinhas aparecendo, de ver os buracos do corpo aparecendo, afundando mais, então essa era uma sensação corporal que... que era agradável sim. Por mim eu emagreceria em uma semana, emagreceria cinco quilos na outra semana, mais cinco na outra, mais cinco na outra, mais cinco... até zerar, entendeu, virar uma formiguinha!” (Kely, 23 anos)

A gordura é um tipo de interferência na simetria corporal, na organização e na limpeza das formas; na obsessão pela linha reta, cada extensão do corpo conjuga cálculo exato e polimento na figura do corpo. Kely vestia-se com seu corpo, e ao tomá-lo como que um objeto para seu deleite faz dele um simulacro onde se mantém aprisionada sob a ilusão de libertar-se das rotinas fisiológicas. Insatisfeita com pouco mais de trinta e cinco quilos e determinada a “virar uma formiguinha”, impressionava à todos com tanta disposição em suas atividades diárias. Quando fala que às vezes sentia-se gorda chega a mudar o tom da voz durante a entrevista mostrando-se irritada com a possibilidade de estar gorda.

Dinora que tem uma história de sobrepeso anterior à anorexia, conta que sentia-se socialmente discriminada pelo excesso de peso. Seu depoimento é marcadamente entoado por grande sofrimento subjetivo, e várias vezes atribui como

causa de sua doença o fato do sobrepeso ter se constituído uma marca social, um tipo de atributo depreciativo imputado à sua pessoa (GOFFMAN, 1988, p. 13).

“Quando eu passei do meu peso, eles começaram a me chamar de gorda.. então eu tentei abaixar o meu peso e fui deixando de comer (...). Sempre me lembrava do tempo que me chamavam de gorda, isso não saía da minha cabeça... Isso me levou a... Quando as pessoas me chamavam de gorda eu pensava que tinha que fazer regime... Todo mundo tirava sarro... parecia que todo mundo olhava pra mim e me achava gorda (chora e faz um grande silêncio)”. (Dinora, 26 anos)

É exatamente o valor que o atributo físico adquire na vida social do indivíduo que pode estigmatizá-lo. É a linguagem que ecoa nas relações cotidianas que desempenha o norte orientador para a constituição de uma imagem corporal no sujeito. Dinora em algum momento assumiu como sua imagem real essa imagem disforme e desvalorizada de indivíduo e simbolicamente parece ser exatamente dessa “gordura” que ela tenta se livrar.

A imagem corporal não é um conceito abstrato, nem a imagem obesa percebida pela anoréxica um delírio, tipo de distorção no seu pensamento. A imagem corporal num contexto existencial é a revelação de uma identidade, de um sujeito na história de suas relações concretas. Para um corpo que possui história e memória, toda essa rede de informações que singulariza o indivíduo vai formar uma identidade corporal (TAVARES, 2003, p. 104).

A formação de uma identidade corporal nasce da intercomunicação e das trocas sociais entre os indivíduos. O “eu” é uma “estrutura social que se desenvolve inteiramente numa experiência de comunicação” (JOSEPH, 2000, p. 21). É um self que individualiza na divisão do eu com o mundo. É o resultado da vida social fora de si mesmo (JOSEPH, 2000, p. 21), é o ser no mundo através do corpo e do que ele representa ou carrega. Essa forma como o indivíduo representa a sua identidade corporal constitui sua imagem corporal (JUVINIANO, 2003, p. 13).

Na construção de uma auto-imagem corporal onde o objeto em foco é o próprio sujeito, outras referências exteriores também são apropriadas pelo indivíduo para serem incorporadas, se poderia até dizer que outras imagens próximas e

significativas são usadas. Por exemplo, para Ana Maria a imagem corporal da mãe e a preparação da refeição estão imbricadas à percepção do seu próprio corpo:

“Via que a doença estava acontecendo porque eu estava deixando, mas ao mesmo tempo eu não conseguia parar com aquilo. Ela (a mãe) estando em casa eu acabava ficando nervosa com ela porque ela fazia um monte de comida e também ela fez uma cirurgia do estômago, aquela para reduzir o estômago. Ela emagreceu um monte também... uns vinte quilos e até isso eu comecei a me comparar com ela, porque ‘se a minha mãe não consegue comer, porque eu preciso comer?’” (Ana Maria, 19 anos)

De acordo com SCHILDER (1999:311) “nossa imagem corporal só adquire suas possibilidades e existência porque nosso corpo não é isolado” e a estruturação da imagem corporal se dá no contato e na troca contínua com outras imagens corporais. Ainda para SCHILDER (1999, p. 310) “não utilizamos uma mera figura teórica ao dizer que a dor e o sofrimento de um indivíduo nunca podem ser vistos como um fenômeno isolado. As leis de identificação e comunicação de imagens corporais transformam o sofrimento e a dor do indivíduo numa preocupação de todos”. Ana Maria tinha dificuldade para comer ao lado da mãe e de sua imagem espremida entre a vontade de comer e a impossibilidade devido a cirurgia.

Existe ainda um corpo imaginário, esboçado e idealizado pelos outros para o sujeito e ele tem de lidar também com essas expectativas. No contato do indivíduo com esse corpo imaginário e cultural emerge a identidade corporal; em total singularidade “o ser humano se relaciona tanto à sua estrutura orgânica ímpar como ao espaço único que lhe é dado ocupar no mundo de relações” (TAVARES, 2003, p. 83). Para BERGER & LUCKMAN (1999, p. 230) a identidade é produzida na relação dialética entre um indivíduo e a sociedade, disso decorre que muitas vezes a identidade corporal, fruto dessa relação, pode conter elementos marcados no seu corpo que o indivíduo não consegue ainda identificar; ele vivencia uma imagem e não consegue explicar. Sueli por vezes fala da insistência em emagrecer como a realização de um desejo misterioso:

“É algo inconsciente... Minhas amigas e até minha família não entendem minha situação e às vezes ficam bravas e se revoltam, mesmo eu explicando não consigo lutar contra isso. Eu quero me curar e por um freio nisso, mas nunca vou conseguir explicar o que realmente aconteceu. Parece uma coisa que colocaram na minha cabeça ou algo que aconteceu comigo e eu não sei.” (Sueli, 16 anos)

Sueli num outro momento reclama sobre sentir-se pressionada socialmente para cumprir exigências com relação ao seu corpo. Acha que a imagem sem dúvida é um princípio de inclusão ou de exclusão. Para ser bem aceita nos relacionamentos é fundamental cuidar tão bem do corpo quanto se cuida da alma:

“Eu li numa revista sobre anorexia e fiquei com vontade de ter para ser muito magra... li aquela reportagem e acho que inconscientemente eu desenvolvi a anorexia. Eu lia muito Boa Forma, e, se você for ver no armário quanta Boa Forma tem aí... E isso é muito ruim sabe? As revistas fazem muito mal... Eu acho que comecei a me sentir mais feia depois que comecei a ler...”

“Mas você não é feia...” (respondo)

“Ahhhh... mas vai ver uma Daniela Cicarelli, sei lá, uma dessas modelos aí, todo mundo baba e você vai se sentir pior. Na verdade se você tem cinquenta e oito quilos pensa ‘nossa sou uma baleia!’ Nossa eu acho revista uma coisa ridícula, parece que fazem pensando para deixar a pessoa mal! E eu acho que a imagem que você passa para os outros importa muito!” (Sueli)

Os modelos tipificados sobre atratividade e feminilidade do corpo feminino que tão comumente tem estado indissociável da magreza nas sociedades contemporâneas ocidentais (BAUDRILLARD, 1995, p. 140; 149) podem aparecer transfigurados nos discursos individuais. Os valores culturais que tem impingido sobre os corpos tantas práticas e cuidados e que podem compor a gênese de tanto desacordo e insatisfação entre o corpo real e a imagem idealizada pela anoréxica, por vezes estão metamorfoseados nos relacionamentos sociais do indivíduo, outras vezes são paradoxalmente ignorados.

“Você tinha algum modelo de beleza?” (pergunta)

“Não, não, não!!! Eu nunca olhei revista!” (responde sonoramente)

“Você tinha medo de comer?” (pergunta)

“Porque? Eu já falei antes... porque me chamavam de gorda!” (Dinora, 27 anos)

“... acho que não foi por uma questão estética...por mais que as pessoas achem isso! Acho que foi mais uma coisa assim de auto-afirmação, de auto-confiança... Era um momento que eu já tinha feito várias coisas pra minha idade e queria uma definição de vida. Eu não me encontrava, então tudo que eu fazia não me sentia completa. Acho que foi uma forma, eu imagino, que eu encontrei pra de repente me sentir capaz de fazer alguma coisa que eu me propunha; tipo uma meta a ser atingida. E deu certo porque me propunha: ‘Ah! Hoje vou emagrecer meio quilo... até o final do mês emagreço mais cinco!’ Foi indo, fui fazendo e deu certo! À princípio nunca fui gorda!” (Kely, 23 anos)

Dinora confessa que nunca se interessou por assunto de moda ou corpo e sequer lia revistas do gênero, fala que nunca teve por objetivo emagrecer para tornar-se mais atraente, mas que precisava apenas livrar-se dos tormentos diários a que era submetida. Já Kely parece mais uma adepta confessa de um tipo de beleza funcional para usar uma expressão de BAUDRILLARD (1995, p. 139): um corpo “retomado na sua materialidade como objeto de culto narcisista ou como elemento de tática e de ritual social”. Enfrentando dificuldades para lidar com os conflitos internos, passa a investir no corpo, ou melhor dizendo, na sua auto-imagem corporal.

Sueli que iniciou a anorexia quando tinha apenas doze anos também fala que a perda de peso simbolizou uma mudança em sua vida, como que uma transformação em sua identidade pessoal. Para GOFFMAN (1988, p. 66) a identidade pessoal envolve a noção de unicidade, de uma “marca positiva ou apoio de identidade”. Relaciona-se ainda a “fatos biográficos” que vão se agregando aos aspectos diferenciais desse indivíduo com relação aos outros. A mudança na identidade pessoal que sugere Sueli é uma espécie de projeto identitário, e que consiste na realização de uma identidade ideal. Isso depende, por assim dizer, do nível de aproximação entre a percepção auto-referida de imagem corporal e o padrão corporal que o sujeito coloca para si. Diante de uma proposta inacessível e de um nível de insatisfação crescente, nasce uma angustiante jornada de auto-aperfeiçoamento.

“Eu sempre fui gordinha e tiravam muito sarro de mim, daí enchi o saco e pensei: ‘Vou fazer uma dieta para emagrecer... vou chegar no colégio magrinha, diferente, pra ver se muda alguma coisa!’ Daí fiz dieta e em quinze dias perdi um monte de peso, também cresci e fiquei mais esbelta. Daí, depois comecei a ficar com neurose, vi que não tava magra o suficiente e que tinha que emagrecer mais e mais... daí eu pirei! (...) Eu falava que tinha que ser magrinha, nem que fosse um esqueleto... Eu não queria ser magra, queria ser seca entendeu? Não queria ter um pingão de gordura pra ninguém botar um defeito em mim, queria ser perfeita! (...) Porque a pessoa vendo que as pessoas estão gostando da imagem que ela está passando, ela vai ter uma auto-estima melhor. Eu ainda ligo bastante pra minha imagem, só que agora estou mais auto-confiante!” (Sueli, 16 anos)

A imagem corporal nunca permanece fixa ou uniforme, mas deriva de um esforço permanente do sujeito para transpor essa identidade corporal. E isso se evidencia no movimento à abertura e reestruturação coerente à alteração das

situações concretas em que o indivíduo se encontra. Para TAVARES (2003, p. 76) “a imagem corporal não se baseia apenas em associações, memórias e experiências, mas também em intenções, aspirações e tendências”.

Sueli deleitava-se em sua condição anoréxica; ao se reapropriar de seu corpo descobre nele a possibilidade de realizar-se, e ao ritualizá-lo, sustenta sua realidade subjetiva. O trato com o seu corpo é a expressão pura dessa busca de uma nova identidade e essa estranha sensação de segurança proporcionada pela negação da comida é que alimentava a sua fome insaciável para emagrecer.

Diante dessa imagem distorcida cabe uma questão importante, a saber, como se dá a construção da obesidade no corpo anoréxico? Françoise Dolto desenvolveu o conceito de imagem corporal para falar de uma dimensão corporal – não a realidade carnal do contato com o mundo físico, que para a autora seria o esquema corporal – mas de uma dimensão que é animada pela comunicação relacional com os outros, as trocas linguageiras de sujeito para sujeito (DOLTO, 2001, p. 11-12).

É certo que esse esquema corporal do qual fala Dolto é o meio para o sujeito objetivar sua imagem corporal, entretanto, a estruturação da imagem corporal se dá pela historicidade de cada sujeito, nas suas relações com os outros: “é a síntese viva de nossas experiências emocionais (...) é, a cada momento, memória inconsciente de todo o vivido relacional, ao mesmo tempo, ela é atual, viva, em situação dinâmica, simultaneamente narcísica e inter-relacional: camuflável ou atualizável na relação aqui e agora” (DOLTO, 2001, p. 14-15). É esse vivido relacional que se projeta a cada momento quando a anoréxica relembra através dessa imagem corporal seu passado – lugares e relacionamentos, sonhos e fracassos – um tipo de inscrição permanentemente presente por meio do corpo.

A formação da imagem corporal do indivíduo perpassa pela intersubjetividade, pelas trocas linguageiras e no reconhecimento pelo seu interlocutor enquanto sujeito. É, portanto a partir “da comunicação entre sujeitos e o vestígio do dia-a-dia, memorizado” (DOLTO, 2001, p. 15) que surge a imagem corporal num

retrocruzamento onde o passado ecoa na relação presente. Sobre isso Kely teoriza em seu depoimento:

“É por isso que a gente sofre... eu acho que eu tenho tantas conseqüências... por mais que eu não sofra dramaticamente com isso hoje, eu tenho conseqüências daquilo que eu provei no meu corpo, porque ele também... eu acho, ele é o meio mais forte de expressão daquilo que eu penso e daquilo que eu faço. Então, a partir do momento que eu privo meu corpo... eu acho que ele sofreu com isso por muito tempo. Até hoje ele está despejando na minha vida questões a serem resolvidas. (Kely, 23 anos)

Para Kely o corpo não é apenas simulacro ou reservatório de intervenções, não é mero instrumento a serviço de operações mentais, mas é síntese viva que convoca sentido e provoca o sujeito. Seu corpo é sua marca no mundo, expressão sua no mundo.

Esse conhecimento radicado no corpo (MERLEAU-PONTY, 1999) é a marca viva de um passado relacional, apreendido e transformado em conhecimento tipificado, uma espécie de maneira prática de engajar-se e responder às solicitações que o mundo social faz ao indivíduo. Tudo isso forma uma imagem corporal cristalizada que se apresenta na relação presente, e que ao mesmo tempo é reatualizada e reorganizada mediante os projetos do sujeito e as situações concretas que o desafiam constantemente.

Assim a imagem do excesso que se projeta no corpo anoréxico traduzida pelo sujeito como gordura, metaforiza significações elaboradas a partir das interações cotidianas. A gordura pode ser uma metáfora das marcas afetivas, emocionais e sócio-culturais permanentemente inscritas no corpo. De acordo com JACKSON (1999, p. 155) a busca por uma nova imagem e a “tendência de a imagem corporal substituir a auto-imagem quando esta é negativa ou inadequada” revela uma tensão gerada quando há discordância ou discrepância entre a imagem real do corpo, a imagem projetada sobre o corpo e uma imagem idealizada para o corpo. Essa imagem do corpo que forma um tipo de identidade do eu, também “serve como objeto tangível da iniciativa de auto-aperfeiçoamento” (JACKSON, 1999, p. 156).

Ana Maria com quase cinquenta por cento do peso ideal para sua altura, reclamava que a preocupação da família e dos médicos era perseguição. Diane apesar dos seus vinte e sete quilos para um metro e sessenta de altura, incomodava-se com “partes gordas” do seu corpo. Kely na sua silhueta bastante afinada sentia-se atormentada com “as pelancas entre seus dedos”. E assim cada grama de peso que se perde torna-se uma satisfação fugaz mediante a busca incansável de uma imagem tão distante.

5.2 MUDANÇA DE HÁBITO

O manejo corporal e a abstinência alimentar, investimentos práticos do indivíduo anoréxico e que constituem a marca sintomática da anorexia nervosa, revelam mais propriamente uma maneira própria do ser que se mostra no mundo. Os sintomas aqui são metáforas, que comunicam para além da tragédia pessoal que pode ser a anorexia nervosa, um conhecimento radicado no corpo, fruto do vivido que é inscrito no corpo e que se expressa como um modo particular de ser/estar no mundo: o esquema corporal (MERLEAU-PONTY, 1999).

É pelo corpo que se abre a possibilidade de ter acesso ao mundo e aos objetos (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 203) e onde justamente experimenta-se o “acordo entre aquilo que visamos e aquilo que é dado, entre a intenção e a efetuação – o corpo é nosso ancoradouro em um mundo” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 200).

Ao projetar, o indivíduo tenta reorientar tanto a situação quanto suas capacidades corporais, podendo finalmente constituir novos hábitos (ALVES & RABELO, 1998, p. 112). A aquisição do hábito para Merleau-Ponty reside exatamente nessa capacidade de “remanejamento e renovação do esquema corporal” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 197). Habituar-se a algo é torná-lo prolongamento do próprio corpo, “o hábito exprime o poder que temos de dilatar nosso ser no mundo ou de mudar de existência anexando a nós novos instrumentos” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 199).

Toda a mudança de hábito se dá a partir de uma mudança no esquema corporal; ou seja, o envolvimento e a movimentação necessárias para a aquisição de um hábito se dá por intermédio do corpo, afinal é o corpo que compreende (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 200). Há um conhecimento radicado no corpo e voltado para a prática que orienta os indivíduos no seu cotidiano.

Nesse sentido, a mudança do hábito corporal na anorexia nervosa seria a reelaboração do significado do corpo (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 200). É através da mobilização dos limites do corpo, que numa transferência de sentido o sujeito anoréxico tenta operar uma reelaboração nos significados impressos à trama social na qual está imerso e atuante.

Pode-se tomar a anorexia, enquanto experiência do corpo que se nega a comer, como metáfora de uma resistência à convivência social – de uma forma singular da socialidade. A anorexia nervosa metaforiza a negação de um esquema corporal, de um modo particular de estar no mundo, de uma história de vida através de uma resistência corporal ao alimento. Ou seja, a anoréxica quer negar aquilo que ele experimentou coletivamente, quer romper de certa maneira o vínculo social que o humanizou, teceu suas emoções (MAFFESOLI, 1998, p. 176). Ao considerar a abstinência como uma resposta individual a questões sociais (TURNER, 1984, p. 221), a anoréxica tenta interpretar a experiência física da dieta como uma forma de sucesso pessoal diante das crises familiares, impotência ou inabilidade em lidar com os problemas cotidianos.

Se a refeição, a convivência à mesa e todos os rituais cotidianos que estão envolvidos na alimentação expressam em algum grau a socialidade, então a abstinência alimentar - prática central da experiência anoréxica - é uma forma limite de provocar uma ruptura nos vínculos sociais, um tipo de esgarçamento na teia de significados que dá sentido à realidade do grupo; é questionar os pressupostos dos relacionamentos sociais.

Os relatos autobiográficos descrevem a tensão gerada pela recusa em não participar da convivência à mesa, da celebração das festas e reuniões de família ou

amigos, da recusa ao alimento “especialmente” preparado e conferem a essa experiência um sentimento misto de rebelião, empoderamento e autonomia. Assim contam Dinora e Kely:

“Não é muito bom... parece que todo mundo fica com raiva da gente... é uma situação bem chata. Se você não come as coisas que as pessoas te oferecem, elas ficam bravas... sei que não é nada bom (silencia e abaixa os olhos) Só que eu me revoltava com as pessoas quando elas queriam fazer alguma coisa pra eu comer, ficava super nervosa.” (Dinora, 26 anos)

“Eles percebiam e a minha mãe falava várias vezes assim, pra eu comer, que eu ia ficar doente, e ela falava pros outros e daí todo mundo chegava, a família toda chegava, tipo as reuniões de família eu nem gostava de aparecer muito, porque todo mundo (com uma voz irritada e fazendo careta): - “Nossa Kely, você emagreceu mais ainda!” – “Nossa Kely você tem que comer!” – “Kely, venha comer!” – “Kely coma mais!” – “Kely, venha comer!” – “Kely, venha e coma mais”; e eu tinha o prazer de falar: - “Não, não vou comer!” – “Não, não vou comer!”. Aí minha mãe fazia aquelas reuniões de família, cheia de coisas e eu não comia, não comia, não comia, não comia... Se comesse era pouquinho assim, né, e não comia assim, não comia. Daí eu ia na casa das tias, também faziam milhares de coisas e ficavam me cobrando: - “Kely, venha comer!” – “Kely venha comer!” - “Kely você vai ficar doente!” – “Kely, você está doente!” – “Kely, não sei o que...”; todo mundo cobrando assim, cobravam bastante.” (Kely, 23 anos)

Interessante que na minha convivência junto à família de Kely, foi fácil perceber como a mesa é um notável meio de agregar todos os membros da família para uma reunião; mas não no sentido puro de ajuntamento e sim de celebração de estar-junto. Glória, sua mãe é uma exímia cozinheira e nutrir para ela, definitivamente é uma arte. Arruma mesa com fartura e diversidade (e felizmente pude provar do seu talento culinário e toda a sua inventividade sentando-me à mesa com sua família), no entanto, ausenta-se durante a refeição para voltar à copa quando todos já saciados retiraram-se da mesa; aí então ela vai conferir cuidadosamente se todos estão bem alimentados. Com seu “alto grau de ritualização e seu considerável investimento afetivo” (GIARD, 1994, 212), a atividade culinária tem um papel central no cotidiano da família de Kely e sua recusa voluntária soava como uma afronta inadmissível.

Segundo BIDAUD (1998) “o ato alimentar, por suas codificações simbólicas – ritmos, abstinência, privação e mediação culinária, testemunha a exigência e a função da descontinuidade sob a forma da renúncia e do adiamento. Sustentando-se pela alternância e pelo comedimento, inscreve o sujeito numa ordem”. Separar, delimitar e punir a transgressão podem ser formas sociais de impor ordem na

sociedade (DOUGLAS, 1966, p. 15) Os elementos díspares contidos e que se relacionam no ato alimentar conferem uma unidade à experiência e um *status* reivindicador de significado (DOUGLAS, 1966, p. 13).

A cultura ao transmitir e socializar a coisa da alimentação, tem o cuidado de fazê-la preservando essa descontinuidade que assegura ordenação e sentido no ato alimentar. Dessa forma o jejum ritual – tempo que o indivíduo permanece sem se alimentar – é um tempo instituído coletivamente para adiar o alimento. Quando a anoréxica abstêm-se da alimentação sem regras e sem tempo definido para o fim, pois ela vai até ponto que consegue dominar a fome, a anoréxica tenta “restabelecer o contínuo e confundir o simbólico” (BIDAUD, 1998, p. 39).

Certamente a anorexia nervosa é um tipo de experiência incompreensível às regras da convivência social e inaceitável para a natureza humana em suas necessidades fisiológicas. É uma recusa auto-determinada que dilacera o sujeito anoréxico entre a dor do sacrifício e da purgação e ao mesmo tempo em que o impressiona na ilusão de uma conquista - o seu projeto.

Experiência dura de falar, difícil de se mostrar, humilhante e ao mesmo tempo gloriosa. O sabor dessa prática denegatória se confunde à tentação de sucumbir diante da comida interdita.

“O quê me entristecia era não comer!!! Assim, isso na verdade acho que era o quê mais assim que... eu tinha vontade de comer assim, eu tinha muita vontade de comer! Nunca, nunca perdia a vontade de comer! Porque não é aquela coisa assim de ‘Ah, vou me acostumando a comer menos!’; eu sempre sentia vontade de comer e, mas era aquela prova de... não fazer! Então eu passava na confeitaria, eu chegava a desviar... Tem uma confeitaria nessa ruazinha, e eu passava ali só pra ver os doces, entendeu!?! Passava ali pra ver os doces, entrava na banca só pra ver paçoca no potinho, imagina? Porque... não sei... pra ver e falar - “Não, não vou comer!” sabe, parece ridículo, mas é uma coisa que você se impõe assim. É muito estranho como as coisas acontecem, hoje avaliando assim parece absurdo, como que uma pessoa se restringe, se impondo... se tortura!” (Kely, 23 anos)

A fome é um saber dissimulado, um troféu secreto que a anoréxica receia perder (BIDAUD, 1998, p. 90-91). Sigilo e mistério seu. Resignada ao vazio, ali Kely descansada, nutria sua fome.

O corpo, *locus* central de toda experiência e onde fica inscrita a história do sujeito, será também o meio através do qual o indivíduo opera um movimento para intervir em sua história; mais que isso, é condição necessária para que o indivíduo transcenda a sua situação biográfica. É nesse sentido que a sensação física da abstinência alimentar, é experimentada pelo sujeito anoréxico como uma forma concreta de intervenção em sua realidade, pois, mesmo que pareça ilusória para outros, é real para a anoréxica ao lhe dar a impressão de dirigir a própria vida.

Assim, numa espécie de síntese espontânea, o indivíduo mobiliza suas capacidades corporais e à luz de um projeto reatualiza seu hábito. Supõe-se que seja esse o movimento sob o qual lança-se o indivíduo na anorexia nervosa: dar um outro sentido à sua biografia. Ao reorganizar suas capacidades corporais, ele reatualiza o seu esquema corporal, seu modo de ser no mundo, e imprime novos significados ao seu corpo.

O modo como Dinora, Silvana, Diane, Francine, Ana Maria, Queila, Sueli e Kely definiram seus projetos perpassa necessariamente por suas experiências concretas. Projetar não é simples fantasia, mas envolve toda possibilidade concreta de realizar algo; consiste numa dinâmica específica de um indivíduo enraizado, situado num dado contexto social. O projeto, ao mesmo tempo em que se relaciona a um devir, uma antecipação da conduta futura, também é fruto das experiências passadas (estoque de conhecimento e hábito corporal) e das circunstâncias concretas às quais o indivíduo tem que responder constantemente.

Também é dessa forma que as anoréxicas explicam e dão sentido às suas experiências de doença; relacionando todo o vivido - aquilo que é significativo para elas - ao seu desejo de transformação dessa realidade. O corpo é que torna real, visível e possível, para ela e para os outros, esse desejo de transformação.

5.3 ANOREXIA NERVOSA - VOCAÇÃO OU DECISÃO ?

Se o corpo é nossa introdução prática no mundo, ele é também alicerce forçoso para toda e qualquer ação. Nesse ponto ALVES & RABELO (1998) esclarecem que, quando o agente social age com vistas a determinado fim, ele prova uma transposição de suas capacidades corporais, e que tampouco consiste num simples automatismo – pois decorre de um projetar – e também não é produzida reflexivamente, mas “remete à uma intencionalidade operante ao nível do corpo” ALVES & RABELO (1998, p. 112).

Segundo SCHUTZ (1979) a atitude natural auxilia o indivíduo a atuar no mundo da vida (toda a esfera das experiências cotidianas, é o mundo social pré-estruturado para o indivíduo). Essa atitude natural ou postura do homem no mundo da vida é fundamentalmente pragmática. Pode-se dizer que a ação – de acordo com o objetivo aqui proposto de compreender a prática corporal - é engendrada a partir do entrelaçamento entre o hábito corporal do indivíduo, a situação e a orientação (projeto) para o qual o indivíduo está voltado.

SCHUTZ (1979) ao considerar o termo ação, o faz dentro de uma perspectiva de ação razoável e que ele preferiu chamar de ação cotidiana, considerando que nenhum ator tem total conhecimento dos fatores relevantes no delineamento da ação. Nenhum ator no curso de sua ação ou melhor da sua conduta – pois tem significado subjetivo – talvez compreenda o motivo ou o sentido objetivo das suas ações. JOAS (1996) citado por ALVES & RABELO (1998, p. 113) explica que há uma imbricação mútua entre ação e situação, entre reflexão e motivos desconhecidos até certo ponto pelo ator:

“a definição de fins não se dá por um ato intelectual prévio a ação mesma, mas é, ao invés, o resultado de uma reflexão sobre aspirações e tendências que são pré-reflexivas, e que tem sido já sempre operativas. Neste ato de reflexão, nós tematizamos aspirações que normalmente atuam sem que tenhamos consciência delas. Mas aonde exatamente estão localizadas essas aspirações? Estão localizadas no nosso corpo. São as capacidades do corpo, seus hábitos e modos de relacionar com o meio que formam o pano de fundo de todo ato de definição de fins (...) a definição de fins torna-se o resultado de uma situação em que o ator se encontra impedido de prosseguir com seus modos de ação guiados pré-reflexivamente. Nessa situação, ele é forçado a adotar uma instância reflexiva sobre suas aspirações pré-reflexivas”.

Essa idéia corresponde exatamente ao sentimento que Silvana tem sobre sua experiência quando diz que não consegue mudar sua atitude diante da comida, “o problema é com o corpo”, ou de Dinora quando conta que teve que “aceitar as coisas como são” ao referir-se sobre as refeições. Sueli fala que emagreceu quase sem perceber, como se falasse de uma força silenciosa agindo em seu corpo, uma mudança desordenada de estações. Para a anoréxica é pavoroso sentar-se à mesa, o medo de engordar é sua motivação para a recusa alimentar, entretanto o sentido para tanto medo parece um pouco nebuloso.

Às vezes soa como uma encruzilhada: tanta liberdade para agir e para transformar e ao mesmo tempo uma conduta que declina de uma lógica que parece tomar e ultrapassar o próprio indivíduo. Francine algumas vezes se faz acreditar o que início da doença partiu da sua decisão, diz arrepender-se de ter iniciado suas dietas e as caminhadas. Sueli também, e, por vezes renuncia a essa força misteriosa que teria provocado seu adoecimento; Sueli lembra que leu numa revista sobre a doença e “resolveu assumi-la”, descreve em seguida uma espécie de pedagogia corporal com os rituais de controle e disciplina a que submeteu seu corpo.

Para MERLEAU-PONTY (1999, p. 602) o sentido dos acontecimentos não está na idéia que os fez brotar, nem tampouco no efeito fortuito de sua combinação, mas está num projeto sólido de um porvir que nasce da coexistência social. Mais adiante o filósofo questiona:

“O que é então liberdade? Nascer é ao mesmo tempo nascer do mundo e nascer no mundo. O mundo já está constituído, mas também não está nunca completamente constituído. Sob o primeiro aspecto, somos solicitados, sob o segundo somos abertos a uma infinidade de possíveis. Mas esta análise ainda é abstrata, pois existimos sob os dois aspectos *ao mesmo tempo*. Portanto, nunca há determinismo e nunca há escolha absoluta, nunca sou coisa e nunca sou consciência nua. Em particular, mesmo nossas iniciativas, mesmo as situações que escolhemos, uma vez assumidas, nos conduzem como que por benevolência. A generalidade do “papel” e da situação vem em auxílio da decisão e, nesta troca entre a situação e aquele que a assume, é impossível delimitar a “parte da situação” e a “parte da liberdade”. (...) Escolhemos nosso mundo e o mundo nos escolhe. (...) Concretamente considerada, a liberdade é sempre um encontro do exterior e do interior...” (MERLEAU-PONTY, p. 608, 609).

É uma decisão tornar-se anoréxica ou é um desejo que brota de uma vocação? De qualquer forma, uma das dimensões da experiência anoréxica talvez possa ser descrita tal qual Kely sem embaraço algum propôs “eu tenho conseqüências daquilo que eu provei no meu corpo, porque ele é o meio mais forte de expressão daquilo que eu penso e daquilo que eu faço”. O corpo é o meio e o fim de tudo isso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das narrativas autobiográficas das anoréxicas pode-se entender como elas compreendem e se envolvem ativamente em situações concretas, e, de como o processo da enfermidade é sentido e compartilhado com outras pessoas significativas.

Do ponto de vista do ator, a busca de sentido para a sua experiência na doença está na sua própria trajetória biográfica. Às vezes ele define essa experiência como uma tragédia inexorável do qual ele fora vítima, e noutras aparece como o autor brilhante e original de uma história surpreendente.

É o ser-em-situação que explica sua doença através das relações concretas, onde, num retrocruzamento de subjetividades emerge o sentido da anorexia. São exatamente essas inscrições do social que tem assento no corpo, tipo de conhecimento prático que reorienta e mobiliza o indivíduo para a realização do seu projeto. Entende-se ao final, que a anorexia é uma forma de transcender essa situação, ou seja, o indivíduo numa tentativa de reelaborar seu esquema corporal, dilata e refaz suas capacidades corporais numa disposição única: transformar sua maneira de se colocar no mundo.

As práticas corporais na anorexia refletem uma dinâmica específica: a realidade corporal adquire o *status* de norte orientador para a existência do sujeito anoréxico. Esse tipo de experiência social de acordo com TEIXEIRA (2000:21) “aos olhos daqueles com quem convive, e freqüentemente aos seus próprios, o que antes fora um momento do fluxo da vida torna-se um elemento intrínseco e constitutivo de sua personalidade, um traço permanente de sua identidade no mundo”. A figura do corpo é a problemática central sobre a qual se debruça inteiramente a anoréxica.

O corpo que protagoniza essa história por vezes é instrumento, outras tantas é o sentido que move o sujeito. As falas comunicam a força do corpo, de uma intencionalidade que opera a partir do corpo e através dele. O corpo é o ancoradouro do homem no mundo, lugar onde as marcas do social – o retrato do

seu entorno, do microcosmo social – são inscritas. Daí se constituiu a auto-imagem corporal da anoréxica, onde a gordura mais do que estrutura física é o significado de um vivido relacional que se cristaliza na imagem do corpo. A obesidade “presença ausente” na imagem de um corpo que se mostra tão diminuído, metaforiza significados elaborados nas interações cotidianas do indivíduo.

Os significados atribuídos pelos indivíduos à sua experiência são resultado de um cruzamento entre, sua história biográfica e o conhecimento apreendido por meio dela, juntamente com aquilo que foi experimentado através do corpo num mundo intersubjetivo. É na troca relacional e social que emerge o sentido que lança o indivíduo para a renovação do seu hábito corporal e as práticas corporais são a manifestação desse desejo de transformação da realidade.

As práticas corporais nascem de uma movimentação do corpo, de um desejo misterioso de emagrecer e de uma repulsa à comida. Tantas vezes ouvi que o seu desejo não era aniquilar-se através da recusa deliberada pela alimentação. Ao contrário, esse regime a que as anoréxicas se submetem, forma bizarra de dirigir sua vida, é uma possibilidade auto-investimento.

Admitir que não existe um sentido único e irredutível para as coisas, bem como acolher a idéia de que os meios e os fins não são fases separadas do processo de agir, implica recuperar uma dimensão da ação onde consciência e corpo se imbricam mutuamente e a cultura é vivida através de um aprendizado corporal. No movimento da ação, as intenções futuras do indivíduo são tonalizadas pelo conhecimento apreendido através do seu corpo, e ao mesmo tempo estão entrelaçadas pela história biográfica e pelas circunstâncias em que o indivíduo se encontra. No início, o indivíduo não conhece claramente seu projeto, mas diante das possibilidades que se apresentam a ele, o seu projeto vai sendo delineado ou até mesmo transformado (ALVES & RABELO, 1998).

Como se fosse algo fora do seu controle, elas afirmam que não “conseguem” comer e que o medo de engordar é maior do que a sua fome. Secretamente e anonimamente elas não negaram que sentem vontade de comer, mas apenas

confessaram o seu domínio sobre esse desejo: as anoréxicas são poderosas nessa convicção. Dilaceram-se nessa tentação, o pensamento no alimento é constante e é interpretado como se fosse uma secreção de pensamento que a qualquer momento pode transformar-se num ato (BIDAUD, 1998): nessa constante que as atormenta, pensam ser melhor negar-lhe a possibilidade de se concretizar e daí nasce a sólida convicção de recusar a comida.

Qual é exatamente a natureza desse medo de comer? Sugiro que a dimensão simbólica do alimento, dos rituais de comensalidade e de compartilhamento alimentar no caso da anorexia são imagens que estão na gênese deste transtorno. Se tomarmos a alimentação como uma expressão da socialidade, um laço tão poderoso do vínculo social, não seria a anorexia nervosa é uma forma de transgressão social? Creio que essas perguntas merecem ser foco de maior atenção.

A compreensão sobre a experiência corporal na anorexia nervosa sugere que há um sentido engendrado no interior desse fenômeno que comunica não somente um conteúdo experimentado solitariamente pelo indivíduo, mas revela também uma dimensão comunal da experiência (BENJAMIN, 1978, p. 119). Contar sobre essa experiência é de certa forma desvelar o microcosmo social desse ator, como também, comunicar os valores culturais da sua sociedade.

De acordo com MERLEAU-PONTY (1999, p. 603) “reconhecemos portanto, em torno de nossas iniciativas e desse projeto rigorosamente individual que nós somos, uma zona de existência generalizada e de projetos já feitos, significações que vagueiam entre nós e as coisas e que nos qualificam homem, como burguês ou como operário”. Podemos reconhecer em torno dessa iniciativa de auto-purgação que é a anorexia nervosa e desse projeto anoréxico que opera recortes na figura do corpo, um movimento normatizador das formas? Ou podemos ver nele um lançamento transgressor a romper com essa supervalorização do corpo-objeto em nossa sociedade? São proposições que ainda merecem uma reflexão mais intensa.

Debruçar-se sobre a questão da anorexia nervosa fez emergir e tomar consistência uma figura assustadora sobre onde nossos valores culturais com relação ao corpo podem nos levar. Esta pesquisa não responde isso. Não discorre sobre a gênese desse transtorno, mas certamente desafia sobre novos estudos que possam elucidar mais satisfatoriamente a relação entre as práticas corporais e alimentares – muitas vezes legitimadas pelo discurso científico e as imagens legisladoras de inclusão e exclusão em nossa sociedade que instigam formas de cuidado do corpo no mínimo discutíveis.

A relação entre o hábito corporal e as práticas corporais apontam para o fato que a mudança das atitudes e dos cuidados com a saúde expressam uma nova maneira do corpo se posicionar no mundo. Segundo ALVES; RABELO & SOUZA (1999, p. 12) “o domínio da prática se define essencialmente por um engajamento ou imersão na situação: não requer ou pressupõe, ordinariamente, o posicionamento de um sujeito que se destaca do mundo e o objetifica. (...) os fins da ação não são formulações abstratas que dominamos intelectualmente para depois pôr em prática”.

Da mesma forma, as representações não estão descoladas da concretude da vida, nem são sistemas fechados com os quais os indivíduos não podem negociar. ALVES E RABELO (1998, p. 112) afirmam que “há um vínculo mais estreito entre o original entre consciência e a situação que é dado pelo fato de nossa encarnação, de sermos um corpo”. Estas discussões seguramente problematizam a questão da adesão de um paciente ao tratamento e dos itinerários terapêuticos que ele pode adotar. Mostra também que a mudança de um hábito, seja ele, alimentar ou corporal, não depende exclusivamente do entendimento da prescrição do profissional da saúde.

A descrição fenomenológica da anorexia nervosa mostra cruamente uma dimensão da doença que não pode ser ignorada por todo aquele que pretende cuidar de um corpo doente (POLAK, 1996). Eu diria que o discurso sobre a anorexia - e de toda doença - é um discurso sofrido para verbalizar, mas também difícil para ouvir. A doença rompe com aquilo que é certo e confiável para o indivíduo, problematiza o seu cotidiano e faz com que ele tenha que reorganizá-lo e dar

sentido para tudo o que está experimentando. Quando o profissional entra em contato com esse indivíduo ele também é marcado pelo sofrimento do outro e da mesma forma tem que lidar com essas rupturas que chegam até sua vida.

Para MERLEAU-PONTY (1999) o corpo que sente, também é corpo sentido, e o profissional da saúde está envolvido numa troca relacional. Entendo que, reconhecer a dimensão humana desse relacionamento entre o paciente e o profissional que muitas vezes é tão institucionalizado, é uma condição necessária para o enfrentamento da enfermidade (POLAK, 1996). Reconhecer que o corpo é nossa inserção no mundo social e que a saúde e a doença são expressões de um constructo apontam para a integralidade do homem e podem renovar nossa visão acerca da prática profissional na área da saúde (POLAK, 1996).

REFERÊNCIAS

- ALVES P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 268-269, jul./set. 1993.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Orgs.). **Antropologia da Saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM -IV**. Washington, 1994. p. 511-513.
- ASSIS, M. **Isaú e Jacó**. Rio de Janeiro. Ática, 1998.
- APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, sup. II, p. 28-31, 2000.
- BALLONE, G. J. **Anorexia nervosa**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html>> Acesso em: 2002.
- BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 70, 1995.p. 103-160.
- BERGER, P. L.; & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BEZERRA, B. O lugar do corpo na experiência do sentido: uma perspectiva pragmática. In: **Corpo, afeto, linguagem: a questão do sentido hoje**. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 2001. p. 13-42.
- BIDAUD, E. **Anorexia mental, ascese, mística**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 1998.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BOTERO, F. Mãe e filho. 1993. Reprod.: color.; 13,5 x 20 cm em papel. In: GLOBUS. **Grandes pintores do século XX. Botero**. Madrid: Globus, 1996. p. 54.
- BOTERO, F. Mulher com chapéu. 1986. Reprod.: color.; 14,5 x 22,5 cm em papel. In: GLOBUS. **Grandes pintores do século XX. Botero**. Madrid: Globus, 1996. p. 54.
- BOURDIEU, P. A ilusão biográfica. In: FERREIRA, M. M.; AMADO, J. (Orgs.). **Usos e abusos da História Oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 183-191.
- BOURDIEU, P. **Esboço de uma Teoria da Prática**. Lisboa: Celta, 2002.
- BOURDIEU, P. **Meditações Pascalianas**. São Paulo: Bertrand, 2001.

BUENO, B. O. O método autobiográfico e os estudos com histórias de vida de professores. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 11-30, jan./jun. 2002.

CASTRO, A.L. **Culto ao corpo e sociedade**. São Paulo: Fapesp, 2003.

CLAUDINO, A. M. & BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl III, p. 07-12. 2002.

CORDÁS, T. A. & CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl III, p. 03-06. 2002.

DANIEL, M. J.; POSSE, Z. C. Reflexões sobre o corpo. **Boletim de Antropologia**. Curitiba, v. 1, n. 2. p. 17-22, mar. 1988.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva. 2001.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva. 1966, p.11-17.

DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 51-60, jan./mar. 2003.

FERRAROTI, F. Sobre a autonomia do método biográfico. In NÓVOA, A.; FINGER, M. (Orgs.) **O Método (auto) biográfico e a formação**. Lisboa: Ministério da saúde. Depart. de Recursos Humanos da Saúde/Centro de Formação e aperfeiçoamento Profissional, 1988. p. 17-34.

FERREIRA, J. O corpo signífico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. (Orgs) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.101-111.

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D. B. **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69-79.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 9-49.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 12 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996, cap V e IX.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Clínica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FREITAS, M. C. Educação nutricional em agonia: um ensaio. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 6, n. 2. p. 110-116, out. 1993.

FREITAS, M. C. S. Uma abordagem fenomenológica da fome. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v. 15, n. 1. p. 53-69, jan./mar. 2002.

- GARCIA ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- GIARD, L. Artes de Nutrir. In: CERTEAU, M.; GIARD, L. & MAYOL, P. **A invenção do cotidiano**. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 211-226.
- GOÉS, F.; VILLAÇA, N. **Em nome do corpo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record. 2 ed. 1997.
- GOLDENBERG, M (org). **Nu e vestido**. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 7-17.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, set./out. 2002.
- HAY, P. J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl III, p. 13-7. 2002.
- HERSCOVICI, C. R.; BAY, L. **Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- JACKSON, E. **Alimento e Transformação: imagens e simbolismo na alimentação**. São Paulo: Paulus, 1999. p. 151-158.
- JOSEPH, I. **Erving Goffman e a Microsociologia**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- JUVINIANO, J. B. M. **Percepção da imagem corporal entre universitários da área da Saúde**. São Paulo, 2003. 70f. Monografia-Faculdade de Medicina, USP.
- KAPLAN, H. I. et al. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LANGNESS, L. L. **História de Vida na ciência antropológica**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1973.
- LABRONICI, L. M. **Corporeidade no cenário da Clínica Ortopédica**. Porto Alegre: Edições Est, 1999.
- LISPECTOR, C. **Água Viva**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- LISPECTOR, C. **A paixão segundo G. H.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- MACIEL, S.M. **Corpo invisível**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1997.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU, 1974. Cap I.

MERLEAU-PONTY, M. **Signos**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MERLEAU-PONTY, M. **O visível e o invisível**. São Paulo: Perspectiva, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1996.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MOREIRA, A. R. L. Algumas considerações sobre a consciência na perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**. São Paulo, v. 2, n. 2, p. 399-405. 1997.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, sup III, p. 18-23. 2002.

PHILIPPI, S. T.. Guia Alimentar para o ano 2000. In: ANGELIS, R.C. **Fome oculta: impacto para a população do Brasil**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 163.

POLAK, Y. N. S. **A corporeidade como resgate do humano na Enfermagem**. Florianópolis, 1996. 135f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Rede de Pós-Graduação em Enfermagem. REPENSUL. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

RABELO, M. C. A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In: RABELO, M, ALVES, P. & SOUZA, I. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RABELO, M, ALVES, P. & SOUZA, I. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ROBELL, S. **A mulher escondida: a anorexia nervosa em nossa cultura**. São Paulo: Summus, 1997.

RODRIGUES, J. C. **O corpo na História**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo**. 3 ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

RODRIGUES, N.; CAROSO, C. A. Idéia de 'sofrimento' e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 12 ed. Porto: Edições Afrontamento, 2001.

SCHETTINI, C. L. **Aspectos sócio-culturais nos Transtornos Alimentares**. São Paulo, 2004. 32f. Monografia (Atualização em Transtornos Alimentares) – Departamento de Psiquiatria, Unifesp.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SENNETT, R. **Carne e Pedra**. Rio de Janeiro: Record, 2001. p. 15-26.

SCHILDER, P. **A imagen do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SOUZA, I. M. A. Um retrato de Rose: considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TAVARES, M. C. G. C. **Imagem corporal, conceito e desenvolvimento**. São Paulo: Manole, 2003.

TEIXEIRA, C. C. **Em busca da experiência mundana e seus significados. Georg Simmel, Alfred Schutz e a Antropologia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.

TUCHERMAN, I. **Breve história do corpo e de seus monstros**. Portugal: Veja, 1999.

TURNER, B. S. **El cuerpo y la sociedad, exploraciones en teoria social**. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.

WACQUANT, L. **Corpo e alma. Notas etnográficas de um aprendiz de boxe**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

ANEXOS

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	97
ANEXO 2 - FRAGMENTOS DO DIÁRIO DE FRANCINE	100
ANEXO 3 - CARTAS DE SUELI.....	106

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

3.5. -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

a) Você tem um tipo de doença denominado de anorexia nervosa e está relacionada com o medo intenso de engordar e por isso você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado "A experiência corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica". Sua participação é muito importante.

b) O objetivo desta pesquisa é conhecer a história da sua vida antes e depois da anorexia nervosa, qual a sua opinião sobre sua experiência durante a doença, o que você acha do seu corpo e sente em relação à ele.

c) Caso você participe da pesquisa não será necessário fazer exames ou consulta médica, mas somente dar entrevistas que serão gravadas em fita cassete. Mais tarde essas entrevistas serão transcritas para o papel para então serem analisadas pela pesquisadora Rubia Carla F. Giordani. Será mantido em sigilo sua identidade e quando partes da sua entrevista forem citadas no trabalho final, serão identificadas por outro nome ou por código só reconhecida a autoria pela pesquisadora, que terá responsabilidade sobre a confidencialidade e utilização das fitas cassete.

d) A sua participação na pesquisa não envolve riscos, pois não consiste em nenhuma forma de tratamento, como também não interfere no tratamento com seu médico e psicólogo.

e) A pesquisadora Rubia Carla F. Giordani, nutricionista, professora de Nutrição da UFPR, poderá ser contatada no telefone 264-7287, rua Dr Goulin 777, ap14, Curitiba/PR das 9:30hs às 18:00hs para tirar suas dúvidas com relação à pesquisa, conforme consta no Padrão Ético Vigente no Brasil.

f) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção do seu tratamento médico, que está assegurado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos médicos que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

i) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.

p) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

q) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código

Eu, _____
li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a
participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a
qualquer momento, sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu
tratamento com o meu médico. Eu entendi que a pesquisa que vou participar não faz parte
do tratamento médico e que também não interfere nele.
Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____ Data ____/____/____
Assinatura do paciente ou responsável legal

_____ Data ____/____/____
Nome do pesquisador

ANEXO 2 - FRAGMENTOS DO DIÁRIO DE FRANCINE

Amor (autor)

Amor é vida

Amor é paixão

Amor é vida

Em nosso coração

Amor é o sentimento

mais lindo da perfeição

Ele traz momentos

de grande união

Amor que procuramos

Amor que encontramos

Amor que fazemos a
cada momento

Amor que começa

Amor que acontece

Amor que não tem fim,
e nem pressa.

Que acontece nas vidas (TEXTO)

A solidão no mundo atual é algo que as pessoas convivem no seu dia a dia, porque não tem ninguém para contar os seus problemas. É comum em nosso dia a dia ver pessoas convivendo com a solidão.

Deixa a vida sem cor, sem esperança e principalmente sem felicidade porque as pessoas sem amigos não conhece a amizade.

Algumas pessoas se sentem rejeitadas pelo mundo, pois se tornam desanimadas, tristes e resignadas.

Deve lutar pelos seus sonhos, quem quer sair da solidão, e arrumar amigos para compartilhar de sua vida e se transformam numa bela união.

Domingo

Hoje passei o dia bem, só de manhã que eu estava um pouco desanimada. Na hora do almoço eu pensei, mas vou almoçar, de medo de engordar, mas acabei provando umas roupas e percebi que estava magra demais e tinha que engordar um pouco, então almocei. Mas de noite, comecei a sentir medo e acabei comendo pouco. Mas estou legal hoje. Só agora de noite que comecei a mais sentir as partes do meu corpo.

Fiquei triste a tarde, por causa...

Segunda - feira

Hoje acordei desanimada, triste, ontem foi dia dos pais e eu não tenho pai, para dizer Papai Teamo por isso fiquei triste ontem, e hoje estou triste por causa, que eu queria ir embora

segunda-feira 28/07/23

Hoje meu dia foi horrível, pois fiquei muito nervosa, tive uma discussão horrível com minha mãe e meu tio.

Cacoei comendo um monte de coisa, depois vomitei, de tanto nervoso que eu fiquei. Brevequise vomite e agora estou com medo de mover, medo de perder meus cabelos. É só eu ficar nervosa que eu penso em mover, estou tão desanimada agora assim, triste, me sentindo uma pessoa vazia. Tivei até para rir, para tentar esquecer os problemas. Agora estou tão mal, queria ter minha casa, minha vida. Queria esquecer os problemas. É tão ruim aqui, chasso. Agora estou com medo de comer, medo de engordar, não sei se eu tô gorda ou magra.

rueda - Jira 08/08/03

Hoje passei o dia viajando,
mas aguentava mais ficar
dentro do ônibus, que dia
terível. Peguei o ônibus 1:00 hrs
e cheguei em casa 7:45. Estava
muito cansada. Nem tive tempo
em pensar no meu corpo de
tanto estresse que eu estava.
Nem tempo de pensar o que comi.

Volado 09/08/03

Hoje de manhã eu estava mal
fiquei na cama até 12:15 hrs
eu estava com enjôo, barriga
cruzada e mal estar. Comi tanto
que eu nem sei, se eu estava
comendo de fome ou de medo de
morrer. Já a hora de não voltar
a viver mais, já mal que
eu estava. De tarde que comecei
mal. Mas de noite, meu pai chegou
volado e me segurou bastante, eu chorei,
chorei, fiquei muito nervosa.

ANEXO 3 - CARTAS DE SUELI

Nunca vai entender uma deante, quem já não teve a mesma deante. Ninguém vai entender uma bulímica, somente ela mesma vai se entender. Mesmo as que estudam isso não vão conseguir entrar na cabeça de uma pessoa que passa por isso. Eu me tem bulimia tenta supor algumas lacunas com alimento. Fiquem sajas antigas, tão antiga e tão sem importância, ignorado na hora que deveria ser discutido que até se tornou inconsciente. Não não ~~em~~ 3, 4 anos que não liam uma deante desse diagnóstico, fossem mesmo porque para o tratamento, a pessoa se submete a efeitos de medicamentos que maquiavam a situação. Não critico o uso dessas drogas, mas elas não são o que vai curar um mal que afeta o mente, uma ferida ainda da própria educação previda pela família e pelo meio em que o indivíduo vive. Já li que uma bulímica pode ingerir até 6000 calorias em uma "refeição", não duvido de estar com o nome da lista das quais já passavam pela experiência. Mas o que 6000 Kcal pode preencher além do estômago é o que eu me pergunto. Não quero ler nunca porque acabei com o estôque de comida ou porque me acho gorda (e no fundo sei que estou). Isso ouvia o mesmo que reclamar do trabalho das fêmeas de um tuberculoso. Quanto menos quero que alguém venha me dizer para parar com esta "neura", que mesmo "neura", é minha e não é compreendida. Minhas amigas, até minha família, tanto não entendem minha situação que ao longo ficaram brabo e se revoltam, mesmo eu explicando que eu não consigo lutar contra isso. Eu quero e vou me curar, me entender e pôr um fim nisso, mas nunca vou conseguir explicar, curar alguém, e nem ter vontade de explicar, o que realmente ocorreu. Quero fechar o livro nessa página e não deixar ninguém ler, nem vou ler pra mim mesma, se quiser eu não. Não quero como é ruim anotar as comidas e ainda comê-las.

Nutrição era "meu curso" desde que comecei a ler revistas de beleza, colecionar *Elle*, *Forma*, *Corpo a corpo*, contatei coloristas ou "pontos", cuidei um pouco mais do meu corpo que não me satisfazia, me frustrava. Esse cuidado saiu do meu controle. Perdi 6 kg e cresci alguns centímetros em torno de um mês. Fiquei feliz. Mas a mudança foi tão rápida, que chocou. Coloquei um calção que costurava usar e ela caiu direto no chão. Minha mãe assustou-se, mas eu pulsei de alegria por dentro. Talvez pela mudança tão rápida, inédita e significativa na minha aparência e nas minhas dimensões eu tenha perdido a noção de que eu já estava "magra". É como se fosse a transição do inverno para o verão ser a primavera. De repente você está magra! mas você começa a achar que não está suficientemente magra. Você também quer que ao perguntar "eu estou gorda?" uma resposta absolutamente negativa seja devolvida. No meu caso, quando era minha mãe que falava "como eu estava magra", eu sempre negava propositalmente, não para parecer modesta, mas para "me divertir". Eu não queria ser magra, queria ser seca, ser um pinga de gordura. Adorava ter que comprar roupas em lojas infantis na 16. Parecia ao mesmo tempo que eu não queria crescer, nem ficar menstruada, nem ter peitos (que absurdo). Gostava que tivessem pena de mim. Achei até que queria chamar atenção. Desse modo eu achei um jeito de aparecer mais na vida da minha família, gerar preocupação, "comprovar minha existência".

Desde pequeno meu irmão foi o mais elogiado, claro, ele era o primeiro e quem ficava a maior parte do tempo em casa era a mãe, que geralmente (pelo menos no meu caso) da mais atenção para o menino, o "homem da casa" enquanto meu pai estava trabalhando.

A relação dos meus pais foi ruim desde que me lembro. Não culpo eles por nada disso. Certamente esta "família" fez mto do que eu sou hoje em dia. Porém eu sei que não foi intencional e que eu era um criança.

Sobre as amizades, cheguei a mudar de colégio por me sentir ml no meio em que eu vivia. Sempre fui a "gordinha" do grupo (exceto na 7ª série). Resolvi mudar e encontrar amigos que não subissem que um dia fui desse jeito.

Isso foi bom. No mesmo ano que mudei de colégio comecei meu tratamento e melhorei um pouco. Até hoje nunca me livrei do medo de voltar a ser excluída. Atribuo mto isso à minha imagem corporal, aparência física. Muito mais do que me preocupa com a aparência como pessoa. Em todo caso, são as aparências que dominam minhas ações, reações e as vezes emoções. Estou entrando nos eixos agora, acredito. Não é um processo fácil, mas voltando ao assunto inicial, nutrição eu não faço mais, agora quero meditar. Quero me preocupar com a saúde e não com a aparência. Não critico os nutricionistas, mas eu ficaria Louca fazendo um curso, indiretamente, para mim.