

Instituições corporificadas: as diferentes experiências de duas pacientes com transtornos alimentares¹

Embodied institutions: the different experiences of two patients with eating disorders²

Marisol Marini

Mestre em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo – USP

RESUMO

O intuito deste artigo é comparar as trajetórias de duas *pacientes* atendidas por uma instituição psicanalítica especializada em *transtornos alimentares*. Trata-se de investigar de que maneira as experiências e o acesso a determinados espaços sociais contribuem para a constituição de subjetividades. Regina e Mônica eram ambas atendidas pela mesma instituição, porém Regina havia passado anteriormente por uma instituição psiquiátrica onde recebeu um diagnóstico de *bulimia nervosa* (apesar de ser tratada como *anoréxica*), enquanto Mônica foi diretamente atendida pela instituição psicanalítica, onde não recebeu nenhum diagnóstico, embora tenha passado por um processo de triagem, uma espécie de anamnese, necessária para ser atendida naquela instituição, uma vez que se tratava de uma clínica especializada. Para compreender os diferentes efeitos e apropriações dos discursos médicos e psicanalíticos por essas *pacientes*, bem como a elaboração particular das concepções do que é a *anorexia*, faz-se necessário caracterizar essas instituições, suas abordagens e métodos, além de apresentar dados sobre a história de vida desses sujeitos.

Palavras-chave: Biossociabilidade. Transtornos alimentares. Subjetividade.

ABSTRACT

The purpose of this article is to compare the trajectories of two *patients* treated by a psychoanalytic institution specializing in eating disorders. Its objective is investigating how the experiences and the access to certain social spaces contribute to the constitution of subjectivities. Regina and Monica were both treated by the same institution, but Regina had passed earlier by a psychiatric institution where she was diagnosed with *bulimia nervosa* (despite being treated as anorexic), while Monica was directly treated by psychoanalytic institution, which received no diagnosis, although it has gone through a screening process, a kind of historic required to be attended in the institution, because it is a specialized clinic. To understand the different effects and appropriation of psychoanalytic and medical discourses by these *patients*, and the development of particular conceptions of what is *anorexia*, it is necessary to characterize these institutions, their approaches and methods, and present data on the history of life of these individuals.

Keywords: Biossociability. Eating disorders. Subjectivity.

“Se comes, te aceito e te analiso. Mas se não o fazes te rejeito e te dispenso”. Porém, além disso, se concebermos o sintoma como uma solução que poupa os pacientes de se defrontarem com intensos sofrimentos depressivos, evitando o trabalho psíquico que se lhes impõe a puberdade, como poderíamos simplesmente pedir-lhes que renunciem ao sintoma? Realizar um contrato de peso significa pôr ênfase no problema alimentar, e nossa intenção – pelo menos a minha – é precisamente a oposta: é poder descentra-me dessa problemática. Que fazer, então? Não se pode deixar de considerar o risco de vida que estas afecções pressupõem, para quem delas padece. Mas deste aspecto pode encarregar-se um nutricionista. O trabalho do analista deverá centrar-se no sofrimento psíquico que o sintoma anoréxico sinteticamente oculta. Se, pelo contrário, propusermos uma análise baseada num contrato de peso, correremos o risco de estabelecer com a paciente uma luta pelo poder, tão estéril e infrutífera como a que ela vem mantendo com seus pais (VIGLIETTI, 2001, p. 100).

Introdução

O trecho citado, extraído de um artigo de autoria de um psicanalista uruguaio a respeito da abordagem psicanalítica e o papel dos pais nos casos de *anorexia nervosa*³, aponta para as problemáticas diante das técnicas recomendadas no tratamento de *pacientes*⁴ com *transtornos alimentares* e a relação com outras especialidades e técnicas. Assim como o uso do *diário alimentar*⁵, o *contrato de peso*⁶ é uma técnica utilizada para o controle alimentar e da perda de peso, especialmente em *pacientes* com *anorexia nervosa*. O uso dessas técnicas, entretanto, não se dá sem conflitos e controvérsias.

Os argumentos e as categorias biomédicas e psicanalíticas são tomados aqui como categorias nativas e lógicas associadas a esse campo de estudos, sem no entanto serem tomadas como categorias analíticas. Daniela Ferreira Araújo Silva (2004) propõe a utilização da categoria “perturbação físico-moral” formulada por Luiz Fernando Dias Duarte (1998), considerando-a apropriada por subentender a imbricação entre os aspectos “espirituais” ou “psíquicos” com os “físicos” ou “corporais”, além de remeter à experiência de aflição dos sujeitos afetados, sem reduzi-la à noção de *doença*, *patologia* ou *transtorno*. Trata-se, no entanto, de apresentar essas categorias e lógicas, que serão retomadas ao longo do artigo, considerando o efeito desses saberes em trajetórias individuais.

Além de apontar para o uso problemático de algumas dessas técnicas que serão retomadas ao longo do artigo, faz-se necessário uma apresentação e introdução mais detalhada ao tema, capaz de elucidar o que são esses *transtornos* muito comentados atualmente, especialmente por conta do crescente número de casos e surgimento de centros de saúde especializados, produtores de saberes sobre o tema.

Do ponto de vista biomédico, os *transtornos alimentares* são tidos como distúrbios psiquiátricos cujo modelo mais aceito de explicação é aquele que considera as múltiplas causas, incluindo fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, cuja abordagem legitimada recomenda tratamento multidisciplinar e a formação de equipes compostas principalmente por psiquiatras, psicólogos e nutricionistas. A *anorexia* e a *bulimia nervosa* são as duas principais *entidades nosológicas* incluídas na categoria dos *transtornos alimentares*. Apesar de classificadas separadamente, apresentam uma *etiologia* comum relativa à excessiva preocupação com o peso e *distorção da imagem corporal*.

Na cidade de São Paulo há dois centros multidisciplinares especializados no tratamento dos *transtornos alimentares*, ambos situados em hospitais públicos de referência na cidade, vinculados a escolas de medicina renomadas. Além dessas clínicas multidisciplinares, há a instituição psicanalítica onde realizei parte da minha etnografia, que se caracteriza como uma clínica bastante peculiar nesse campo, por se tratar de uma instituição focalizada nos saberes e técnicas psicanalíticas, embora especializada em um *transtorno* cuja abordagem “oficial” demanda tratamento com equipe multidisciplinar.⁷ Apesar de não negar as outras abordagens e importância das outras especialidades, trata-se de uma instituição que oferece apenas psicoterapia psicanalítica, cujo propósito é buscar na psicanálise um referencial teórico-clínico para o atendimento de pessoas com *transtorno alimentares*.

Considerando as outras especialidades e a abordagem multidisciplinar legitimada, as psicanalistas dessa instituição consideravam que cada profissional deveria atuar de acordo com sua especialidade para o sucesso do tratamento. Nesse sentido, apesar de oferecer apenas psicoterapia psicanalítica, essa instituição não se distanciava muito das outras, pois recomendava acompanhamento com psiquiatras e nutricionistas a alguns *pacientes*, supondo que cada profissional ocuparia seu papel dentro da “equipe”, assim como sugere Viglietti, citado anteriormente, a respeito da atribuição do *contrato de peso* à nutricionista. Desse modo, se o estabelecimento de um *contrato de peso* implica no risco de colocar o psicoterapeuta numa disputa de poder com sua *paciente*, Viglietti espera que possa haver uma nutricionista encarregada por tal técnica, uma vez que não se pode também ignorar o “risco de vida” presente. Nesse sentido, para que possa se ocupar da psicoterapia adequadamente, sem estabelecer disputa de poder ou dar ênfase ao problema alimentar, é necessário que algum outro profissional se ocupe das técnicas comportamentais e “métodos alimentares” em sua concepção.

As abordagens psiquiátricas e nutricionais são entendidas, portanto, como complementares à prática psicanalítica e psicoterápica, a despeito dos diferentes modos de concepção desses *transtornos*. Essas diferenças podem ser ilustradas pela elaboração da categoria *sintoma*. Os *sintomas* biomédicos são entendidos como alterações da percepção normal que cada pessoa tem do seu corpo, do seu metabolismo, de suas sensações. O *sintoma* biomédico, além de não ter seu significado dado pelo próprio *paciente*, mas sim pelo médico, é algo que deve ser eliminado. Por outro lado, os *sintomas* psicanalíticos (ou analíticos) não são necessariamente alterações e também não precisam ser eliminados, como os *sintomas* biomédicos. No *sintoma* psicanalítico, o significado é encontrado na experiência analítica pelo sujeito. Enquanto o *sintoma* biomédico é visto como mais “padronizado”, manifestando-se da mesma forma em muitos indivíduos, o *sintoma* analítico é particular de cada sujeito.⁸

Ainda que não se trate de analisar, menos ainda eleger as melhores técnicas ou as mais apropriadas, tal explanação parece ser fundamental para os desdobramentos do argumento do presente artigo. Trata-se, sobretudo, de explorar na narrativa de duas *pacientes*, Regina e Mônica, o modo como cada uma delas concebia o diagnóstico recebido e lidava com as categorias e técnicas biomédicas e psicanalíticas, bem como investigar o modo como essas “perturbações físico-mentais” contribuem para a formação de identidades, que podem ser atravessadas por certos saberes.

Desde Foucault e suas contribuições, que representam um marco instituído nos estudos sobre sexualidade e produção de sujeitos, a questão da “objetivação” dos indivíduos a partir de classificações determinadas por um parâmetro de normalidade e desvio da norma está posta. Para Foucault (2006), o que se dá na sociedade moderna não é apenas um processo de socialização, mas sim a produção de sujeitos no momento mesmo da classificação, o que possibilita pensar na produção de identidades sociais, colocados em sistemas mais gerais de classificação. O que Foucault nos mostra, então, é que as formações discursivas são produtivas, ou seja, criam sujeitos e

identidades. O que lhe escapa, no entanto, é pensar a agência dos indivíduos diante das interpelações, ou seja, levar em conta o modo como as identidades e interpelações são operadas pelos sujeitos.⁹

Para Judith Butler (2003, 2007), não há posições estáveis tanto no que diz respeito ao gênero quanto a outras formas de classificação e de identidades. Com isso, a fronteira que define o que é normal ou abjeto também é sempre móvel. É necessária, portanto, a existência de aparelhos regulatórios, que têm o papel de produzir interpelações, ou seja, convocar indivíduos a assumirem determinadas identidades. A interpelação não pode ser pensada como uma força exterior a um indivíduo já constituído, mas sim uma força que no momento da interpelação produz o sujeito, reiterando o ideal regulatório. Sobre a questão da interpelação, no que diz respeito aos direitos sexuais, especialmente os direitos de pessoas intersexuais e transexuais, Butler (2009) reflete sobre o estatuto do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero orientado por um manual psiquiátrico (DSM-IV).¹⁰ A autora defende que o diagnóstico pode ter efeitos diversos¹¹, servindo tanto como um instrumento de patologização, como um campo de possibilidade para o acesso a uma variedade de recursos médicos e tecnológicos, especialmente para aqueles que dependem da aprovação das companhias de seguros, dado que estas só aceitam arcar com alguns dos altíssimos custos da mudança de sexo e outras técnicas hormonais se considerarem que a mudança é medicamente necessária (e para isso é importante que a cirurgia não seja entendida como “eletiva”). O argumento daqueles que são contrários ao diagnóstico do transtorno de identidade de gênero é que este patologiza como doença mental o que deveria ser entendido como uma possibilidade de determinar o próprio gênero – prática essa que deveria ser entendida como um exercício de autonomia. Diante de tal quadro, na visão de Butler, haveria duas abordagens diferentes do que seria autonomia e, para entender essa diferença de perspectiva, é preciso se perguntar como o diagnóstico é vivenciado pelas diferentes pessoas.

Nesse sentido, procurarei explorar como o diagnóstico e as técnicas utilizadas no tratamento dos *transtornos alimentares* eram concebidas por Regina e Mônica, menos para responder se essas práticas representam interpelações e quais seriam seus efeitos, mas mais para apreender as possibilidades de elaboração em cada trajetória e a constituição da própria subjetividade, procurando investigar o que fazem os sujeitos do que é feito deles a partir de um diagnóstico de *transtorno alimentar*.

Breve narrativa de Regina –

“Emagrecer é tudo que eu quero! Objetivamente falando eu sei que eu não posso, mas não significa que eu não quero!”¹²

Regina iniciou sua narrativa falando que pertencia a uma família predominantemente de mulheres. Antes mesmo de falar sobre seu casamento, Regina contou que quando se separou do marido, como não estava bem de saúde por causa do *transtorno alimentar* e lesões renais, foi morar com a mãe, que morava com a avó, pois “já estava velha e não tinha condições de morar sozinha”. Moraram 11 anos juntas, reunindo quatro gerações de mulheres na mesma casa.

Segundo ela, a avó e a mãe “são pessoas muito detalhistas e perfeccionistas”, pessoas muito “estéticas, que se ligam muito naquilo que é bonito, que combina”. Em seguida, Regina apontou para o fato de a família do pai biológico ser formada por pessoas obesas e hipertensas, que tem uma “genética complicada”. Ela disse que sua irmã herdou as características genéticas dessa parte da família, pois estava hipertensa e obesa. Desse modo, Regina relacionou o perfeccionismo da mãe e da avó à “genética complicada” da família do pai para justificar porque a mãe e avó as levaram no

endocrinologista aos dez, doze anos aproximadamente, por acharem que as duas estavam ficando gordas e não estavam crescendo adequadamente. Ela contou que até os dezessete anos era “um pouco gordinha”. Por isso, o médico prescreveu um remédio de fórmula “superforte”, para que elas perdessem apetite e emagrecessem.

Regina manifestava incompreensão e indignação diante da atitude da mãe e da avó, pois em sua opinião ela e a irmã eram muito jovens para tomar esse tipo de “medicamento forte”, sendo que, afinal, “nem eram tão gordas assim”. Perguntei se a mãe e a avó costumavam fazer dietas e restrições alimentares e ela disse que não, que “só faziam nas filhas”, pois achavam que elas eram gordas.

Regina considerava que sua “complicação alimentar” era antiga e surgiu quando ainda era bem pequena, pois ela “não comia nada” na infância. Ela dizia que, do alto dos seus 44 anos, conseguia imaginar que era “uma manipulação desde a infância” e sua avó e sua mãe achavam que ela já era *transtornada* desde então. Porém, ela entendia que ambas ajudaram muito em seu *transtorno*, talvez por conta do perfeccionismo ou por levá-las ao médico tão cedo, o que afetou a ela e à irmã, uma vez que considerava que sua irmã também sofria de algum *transtorno alimentar*, inverso ao seu:

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

Marisol: Você acha que ela tem o que?

Regina: Não sei, mas alguma coisa ela tem!

Regina aproveitou esse comentário sobre o “transtorno da irmã” para me dizer que achava que existe uma predisposição para o *transtorno alimentar*, assim como existe uma “questão genética”, uma “questão ambiental” (o entorno), uma “questão familiar” e uma “questão da mídia”. Seu esclarecimento e sua explicação são elucidativos no que diz respeito à reprodução e/ou ressignificação - adequadas à sua própria trajetória - das explicações biomédicas veiculadas tanto nos centros especializados em *transtornos alimentares*, em artigos de divulgação científica, quanto na mídia, em geral.¹³

Para Silva (2004), um dos traços marcantes do contexto etnográfico de sua pesquisa sobre *anorexia* e *bulimia* é a influência das disciplinas da saúde e o grau de medicalização relativamente elevado da população estudada, o que podem ser aqui associados às explicações de Regina, ilustrados pelo emprego frequente de termos técnicos e categorias biomédicas, que, segundo Silva, são reapropriados e ressignificados para compor um vocabulário capaz de elaborar a noção de pessoa tal como concebida por esses sujeitos.¹⁴

Desse modo, Regina associa o fator genético e familiar aos hábitos alimentares da família para justificar os “problemas alimentares” dela e da irmã, dizendo que nunca tiveram costume de comer fritura, gordura, não comiam muita carne, e, segundo ela, a avó odiava feijão, por isso não foi acostumada a comer grãos. Além disso, sobre a “questão social” ela disse que os padrões de beleza mudaram radicalmente, pois antes o padrão era ser uma “baleia”, que era sinal de prosperidade no início do século 20, e que, depois dos anos 1960, as mulheres afinaram. Em sua concepção, entretanto, o papel da mídia seria reforçar esses padrões. Para exemplificar ela citou programas de televisão que falam sobre alimentos e sua relação com a saúde (alimentos para evitar câncer, alimentos bons para quem tem hipertensão etc.), que, segundo ela, atualmente são assuntos de “domínio público”. É notável a associação que

ela faz entre os padrões de beleza e as orientações sobre saúde e doença, ambos temas recorrentes na mídia, cujo papel, em sua opinião, é reforçar algo que existe na sociedade. Ao analisar revistas voltadas ao público feminino em pesquisa anterior pude notar uma intersecção entre as categorias de saúde e beleza, que muitas vezes se confundem e se aproximam, sendo usadas até como sinônimos.¹⁵

Regina apontou para uma incompatibilidade no conteúdo encontrado na mídia, pois, segundo ela, “a mídia mostra uma atriz assim [mostrando o dedo mínimo como indicador de magreza] comendo um *Big Mac*”. Para exemplificar essa “incompatibilidade” da mídia, ela citou sua sobrinha que estudava em Boston, que foi criada como americana e que adorava comer. Ela contou que a sobrinha “come, engorda e fica mal assistindo aos desfiles da *Victoria's Secret*¹⁶, que é um *supershow*, uma *superprodução*”. Então, se por um lado é uma sociedade que incentiva o consumo e disponibiliza quase ilimitadamente alimentos calóricos, por outro é uma sociedade que valoriza a magreza como padrão de beleza hegemônico. Segundo ela, comer *Big Mac* e batata frita é incompatível com o perfil que se quer vender. Por isso, ela considerava que o papel da mídia era “bombardear duas coisas altamente incompatíveis”.

Quando eu lhe perguntei como esse papel da mídia de reforçar perfis e comportamentos e bombardear imagens altamente antagônicas afetaram sua vida, Regina primeiro disse não saber se a mídia a afetou, mesmo porque esse não seria um processo “consciente”. Além disso, ela considerava que tinha *transtorno alimentar* há tanto tempo, “uma vida inteira”, manifestando desde cedo, que não sabia nem dizer se a mídia a afetou e como. Considerava que podia até tê-la afetado aos 17 anos, mas que não afetava mais, pois o *transtorno* estava “muito arraigado”. O que ela parece querer dizer, portanto, é que os padrões de beleza e ideal de magreza podem até tê-la afetado quando era adolescente, mas que agora pouco afetavam, pois o *transtorno* estava plenamente “desenvolvido” e incorporado em sua subjetividade, de tal modo que mesmo que ocorresse uma “revolução instantânea” dos ideais de beleza, ela ainda assim estaria “aprisionada” à *anorexia*, à busca de um corpo magro, à valorização da magreza e ao prazer em perder peso, bem como aos hábitos alimentares que, em seu caso, precisavam sempre ser controlados para que a ingestão de alimentos se ajustasse minimamente à orientação da nutricionista.

Questionei-lhe a respeito das razões que a levaram a procurar tratamento e ela falou que sua irmã era psicóloga e que sua família sempre foi aberta à terapia, por isso ela fez terapia individual por muito tempo, mesmo antes do *transtorno*. Porém, quando ela teve uma perda de peso acentuada sua irmã fez contato com uma psicóloga de uma dessas instituições, que recomendou tratamento na instituição psiquiátrica especializada em *transtornos alimentares*. Essa psicóloga foi quem colocou o nome de Regina na fila de espera. Tempos depois ela foi chamada para fazer parte de um grupo de estudo cuja exigência era não fazer nenhum tipo de tratamento e ter disponibilidade para participar das “atividades do grupo”. O grupo do qual fez parte era composto por 13 mulheres, todas maiores de 18 anos. Elas passavam por terapia em grupo, nutrição em grupo, consultas com psiquiatra e “ganhavam remédio” (aquelas que tomavam algum medicamento, tal como antidepressivo). Regina permaneceu nessa instituição cerca de um ano e saiu quando o grupo do qual participava acabou, pois a maior parte dos membros já tinha desistido e ela era praticamente a única que continuava. Foi-lhe recomendado que procurasse terapia individual na instituição psicanalítica, que estava surgindo naquele momento, como uma maneira de dar continuidade ao tratamento. Quando nos conhecemos Regina estava há mais de dez anos fazendo psicoterapia, e considerava que precisava sempre controlar-se para não perder peso:

Regina: Eu pesava 55 quando saí (da instituição psiquiátrica), aí eu perdi e fui pra 54. Você pensa: enquanto é só 1 quilo não tem problema, né? Cada vez que eu tinha que pesar (quando

treinava)... bom, de 54 para 53 é normal para quem tem uma vida corrida! Ai a psicanalista: “Não pode passar dos 50. Não pode abaixar dos 50”. Tá bom. Comecei a trabalhar, fui com 49 e meio, mais ou menos, trabalhar [...]. Cheguei a 45 e meio. Então quanto mais você emagrece, mais você quer emagrecer. Então, toda vez que eu vou na nutrição que eu tenho que me pesar eu já falo: “me pesa no começo porque eu vou chorar logo no começo!”. Entendeu? Muitas vezes eu tenho a sensação de que comi muito, de que engordei e quando chego lá emagreci 1 quilo e meio, sabe umas coisas assim?

Marisol: Mas porque você choraria?

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

As piores fases da doença, segundo ela, foram na época do seu casamento e no período posterior, no qual além de uma alimentação muito restritiva, ela ainda se *purgava* e provocava vômitos. Regina esforçou-se para lembrar o termo *purgação*, buscando explicar que sua *anorexia* era de tipo *purgativo*, caracterizada como aquela na qual além de restrição alimentar, se faz presente também purgações como a indução de vômitos, a ingestão de laxantes e diuréticos e/ou a prática de exercícios físicos em excesso. Ela se referia, na maior parte do tempo, à sua “condição” como um *transtorno*, em alusão ao *transtorno alimentar*.

Breve narrativa de Mônica – “Eu entrei na *anorexia* meio que sem querer”

Mônica começou sua narrativa dizendo que nasceu em São Paulo, tinha 23 anos no momento da entrevista¹⁷, dois irmãos mais novos e seus pais completavam 25 anos de casados. Naquele momento era recém-formada e, segundo ela, recém-desempregada, pois acabava de se formar em psicologia e ainda estava aguardando seu diploma e abrindo consultório. Essas pareciam ser as informações que a definiam ou pelo menos o que importava saber sobre sua vida, do seu ponto de vista, num breve contato, ou seja, falar sobre si é falar sobre sua origem, sua família, sua idade, sua formação e ocupação.

Eu questionei se a decisão de estudar psicologia tinha alguma relação com o *transtorno* e ela disse que não, pois resolveu estudar psicologia na sétima série, quando fez um trabalho de ciências sobre orientação sexual. Naquela situação ela havia sido a única aluna da sala a tirar a nota máxima no trabalho e seu desempenho motivou-a a estudar psicologia.

Apesar de não ter influenciado a escolha de sua carreira, Mônica considerava que “um pouco do *transtorno* verteu para a prática esportiva”, pois dizia ser muito *viciada* em exercício físico, tanto que atrasou sua faculdade e acabou se formando em seis anos, pois não queria interromper suas atividades físicas, que ocupavam bastante tempo. Ela contou que sua paixão por esportes surgiu desde a infância. Não se importava de acordar cedo para praticar esportes e nem de dormir tarde para ficar assistindo esportes pela TV. Disse que se pudesse escolher o que ser da vida, qualquer coisa, escolheria ser atleta. Já jogou vôlei, tênis e no momento do meu contato com ela jogava pádel, esporte que utiliza raquetes, disputado em duplas, pouco conhecido e que não tem visibilidade no Brasil. Considerar-se *viciada* em exercício físico denota um

exagero na prática em termos de quantidade, bem como sua dependência e sua excessiva relação com essas práticas.

Quando eu perguntei sobre como surgiram os primeiros *sintomas* da *anorexia*, como foi esse processo e por que decidiu procurar ajuda, ela disse:

Mônica: Eu lembro quando eu comecei a fazer dieta. Mas ainda não tinha muito a ver... eu entrei na *anorexia* meio que sem querer... eu nem sei como foi! Eu tava no 1º colegial. E, eu não era gorda... hoje eu vejo fotos e vejo que eu não era gorda. Eu tenho um tio... às vezes eu acho que tenho um pouco de trauma dele... ele é *personal trainer*... eu tinha 14 anos e eu tinha tipo uma gordurinha na barriga, mas não era nada-a... eu fico revoltada... e ele vinha, apertava minha barriga e falava: “Quando você vai perder essa gordurinha?”. Eu tinha a altura que tenho hoje, 1,69m e eu pesava 64kg. Eu não era gorda! Aí ele vinha: “quando você vai perder? Quando você vai perder?”. Eu falei: “Meu, tá bom, eu vou perder essa gordurinha!”. Aí eu comecei a fazer dieta pra emagrecer 3, 4 quilos. Eu falei: “Ah, quando eu emagrecer 2, 3Kg, quando eu tiver 58, 59kg eu paro com a dieta”. Aí eu comecei a fazer dieta, aí eu emagreci 3, 4Kg em 1 mês, 1 mês e pouco. Eu não tava fazendo dieta absurda... eu comprei uma [revista] Boa Forma e fiz a dieta que tinha na Boa Forma e deu certo.

Para explicar o processo que considerava ter desencadeado sua *anorexia* Mônica falou sobre ter “entrado na *anorexia* meio que sem querer”, depois de iniciar uma dieta, o que coincide com as teorias sobre o gatilho disparador dos *transtornos alimentares*. Segundo uma das nutricionistas de uma das instituições especializadas: “nem toda dieta resulta em *transtorno alimentar*, mas todo *transtorno alimentar* começa com uma dieta”. Na trajetória de Regina, apresentada anteriormente, a dieta feita na infância, acompanhada de remédios para emagrecer e diminuir o apetite também apareciam como um fator desencadeante.

Além da dieta, Mônica apontou para os comentários de um tio *personal trainer*, que aparecia como uma “voz autorizada”, “especialista”, alguém que entendia de “boa forma”, que lhe gerou certo *trauma*, mesmo posteriormente considerando revoltante, pois pôde enxergar que não era gorda e que a implicância do tio com sua “gordurinha” era incabível. Segundo ela:

Mônica: Quem eu mais ligo por ter começado a doença é esse meu tio *personal*, que implicava com a minha gordurinha... porque, eu não consigo ver uma causa, sabe? Tipo, foi assim, foi por causa disso... Eu comecei fazer dieta, e mais um pouquinho, mais um pouquinho e quando eu vi, eu já tava completamente fora do controle...

Ao decidir emagrecer depois de ouvir questionamentos do tio sobre perder a “gordurinha” ela, então, comprou uma revista “Boa Forma” e iniciou uma dieta, que não era, segundo ela, uma dieta absurda. No decorrer de nossa conversa ela lembrou-se de antes ter sido levada ao pediatra, que lhe passara a dieta dos pontos, pois ela era “gordinha” e sempre precisou emagrecer três quilos. No entanto, naquele momento não fez a dieta recomendada, pois ainda era criança.

A dieta dos pontos é bastante conhecida e divulgada em revistas e até nos blogs “Pró-Anna e Mia”, que é um movimento que “positiva” a *anorexia* e *bulimia*, considerando-as “estilos de vida” e não patologias. Abro aqui um parêntese para apresentar esse movimento, que, além de importante e significativo, está relacionado ao fenômeno dos *transtornos alimentares*, na medida que representa um espaço de “aprendizado” e compartilhamento de técnicas e concepções entre pessoas que se

identificam como *anoréxicas* e/ou *bulímicas*. O movimento “Pró-Anna e Mia” problematiza as concepções patológicas sobre a *anorexia* e a *bulimia*. No entanto, do ponto de vista dos profissionais da saúde, essa “negação da doença” pode ser considerada um dos *sintomas* (biomédico) dessas patologias; do ponto de vista do senso comum, são práticas consideradas absurdas, uma espécie de loucura coletiva ou tentativa de suicídio, muito condenadas e estigmatizadas. Trata-se de um estigma ainda maior do que aquele destinado às pessoas que “assumem” serem “doentes”, até porque há um esforço por parte dos profissionais da saúde em legitimar esses “doentes”, desde que suas práticas não sejam escolhas.

Nesse sentido, as representantes e autoras de blogs e páginas na internet sobre o assunto parecem passar por experiências de estigma semelhantes, constituindo uma espécie de “carreira moral” (GOFFMAN, 1975), que faz com que desenvolvam elaborações que podem tanto ser consideradas como uma espécie de reação ao estigma, ou como um reforço, ao negar a relação entre doença, *anorexia* e *bulimia*, considerando-as práticas de emagrecimento e manutenção do peso. Para Goffman (1975), os “normais” constroem teorias sobre o estigma, ideologias que explicam a inferioridade do outro, buscando dar conta do perigo que ele representa para a sociedade. Nesse sentido, o que estaria explicitando esse movimento que provoca em “nós, normais”, tamanha repulsa? Em certa medida, considero que a repulsa pode ser causada pela explicitação e problematização do que é considerado normal em nossa sociedade/cultura, que se diferencia do que é considerado patológico mais por uma questão de grau do que pelas práticas em si.¹⁸

É curioso que ao longo da conversa com Mônica, quando lhe questionei sobre a influência da mídia nos *transtornos alimentares*, ela considerava não haver influência para desencadear, embora tenha “entrado na *anorexia* meio que sem querer” depois de fazer uma dieta da revista “Boa Forma”. No que diz respeito à mídia como “fornecedora de recursos” para os *transtornos alimentares* depois de desencadeados, Mônica parecia sugerir haver um fator particular, talvez interior, responsável por desencadeá-los, podendo ser “alimentado” por meio de técnicas que podem ser encontradas na mídia, como as dietas encontradas nas revistas. Desse modo, parece existir uma anterioridade de fatores, em sua opinião, para além da exposição às técnicas na mídia, que aparecem como recursos disponíveis, o que pode ser uma fonte explicativa para o porquê de nem todas as pessoas expostas às revistas e dietas desenvolverem *anorexia*, por exemplo. Sobre a dieta realizada, Mônica disse:

Mônica: [...] nessa Boa Forma, eu lembro que tinha a Solange Frazão na capa, tinham 4 dietas, dietas de emergência... uma pra você murchar, fazia 2 dias, era tipo uma dieta de líquido, tinha outra que era para emagrecer 3Kg em 1 semana, a outra 4Kg em 15 dias e a outra 5Kg em 1 mês. Eu fiz essa de 5Kg em 1 mês... tava escrito lá para fazer a dieta no tempo estipulado, porque mais do que isso prejudica o seu organismo. Aí eu fiz essa dieta, aí eu emagreci, só que aí eu continuei querendo emagrecer... mas eu não tava ainda na neurose da doença... eu tava, não sei... eu lembro que tinha uma lanchonete na esquina da minha escola, e de vez em quando eu almoçava lá com a minha mãe... tinha sanduíche natural. Aí eu comia sanduíche natural, frango, salada... eu lembro que eles tinham um musse, sei lá, de sonho de valsa, nem sei do que era... isso no 1º colegial... toda vez que eu ia eu olhava para esse musse e falava: “Quando eu chegar nos 58Kg eu vou comer um desses”. Aí passou, eu cheguei aos 58Kg... falei: “não, eu não vou comer um desses! Quando eu chegar nos 56kg eu como!”, aí passou, eu cheguei nos 56kg... e assim foi indo, toda vez que eu olhava eu diminuía tipo uns 2Kg do que

eu tava pra poder comer o musse... acontece que eu nunca comi esse musse. Eu cheguei aos 47kg e nunca comi. Eu lembro da cena, sabe quando você lembra da cena? eu lembro que eu fazia aquilo...

Ao longo da narrativa ela apontou para a perda do controle sob sua dieta e o desenvolvimento de certo “prazer” em emagrecer, o que a fazia reconsiderar e diminuir cada vez mais suas metas e peso considerado ideal e desejado. Apesar de ter seguido a orientação da revista de fazer a dieta por um período estipulado, ao terminar aquela ela procurou outras maneiras de continuar emagrecendo, diminuindo cada vez mais a ingestão calórica. Com isso, ao perceber uma “preocupação extrema” em relação à alimentação, a mãe de Mônica decidiu procurar a instituição psicanalítica especializada em *transtornos alimentares*, que conheceu através da psicóloga com quem fazia terapia. Questionei se ela achava que naquele momento sofria de alguma patologia, alguma doença, e ela me disse:

Mônica: Não, eu não pensava em doença... eu sabia o que eu tinha, mas eu achava que, sei lá, era uma coisa que você faz... é que nem ser morena, ter olhos verdes e ter anorexia... faz parte de mim, assim... e mesmo os sintomas que sobram, eu não me vejo sem eles... eu acho que nunca vou deixar de ter, pensar na alimentação...

Efeitos do diagnóstico e a constituição da subjetividade em trajetórias particulares

Quando questionada a respeito do diagnóstico recebido e os sentimentos que este lhe despertava, Regina disse que apesar de ter sido diagnosticada como *bulímica* na primeira instituição pela qual passou, todos os profissionais que a atenderam não aceitaram esse diagnóstico e a trataram como um caso de *anorexia purgativa*¹⁹. *No entanto, ela colocou a questão: “E quando os sintomas começam a se misturar?”. Regina, desse modo, abordou um dos problemas da classificação, uma vez que as patologias podem se “permeiar”, pois, como disse a psiquiatra Vanessa Pinzon certa vez em uma entrevista*²⁰: “as pessoas não leem manuais para ficarem doentes”.

Perguntei à Regina o que ela pensava que tinha antes de passar pela instituição psiquiátrica, como ela se percebia, e ela me disse que já considerava ter *anorexia*, uma vez que sabia sobre o assunto por causa da irmã psicóloga:

Regina: Eu acho que nunca tive dúvidas, sinceridade, acho que eu nunca tive dúvidas de que tinha isso!

Marisol: Mas como você se sentiu quando foi diagnosticada?

Regina: Como eu me senti? Estou doente, vou me tratar!

Marisol: Mas de certa forma você acha que foi bom porque você encontrou um lugar para o que sentia, ou não?

Regina: Foi né, porque eu me sentia muito mal, né. Mas não me sinto estigmatizada, não acho que carrego uma cruz. Eu tenho consciência que, assim como um alcoólatra, um dependente químico, é uma coisa que vou levar pelo resto da minha vida. [...] Eu nunca deixei de sair. Tinha colegas que não saíam de casa, tinha colegas que não iam para restaurante! Eu sempre fui! Podia não comer quase nada, mas eu ia! Eu não tinha problema de ver comida na mesa. Eu procuro tentar ser prática. É o que eu sinto agora! Eu não fico pensando que sou uma desgraçada na vida. Isso é se vitimizar. Esse negócio de ficar altamente assustado. Lógico, eu me preocupo. (pausa) Eu não tenho nada, só tenho esse problema no rim, fisicamente. Quer dizer, se eu não tivesse me

maltratado tanto imagina como eu seria saudável? Eu não tive nem problema de dente! Imagina o quanto eu seria saudável? (pausa) Tive parto normal! Seria um touro de saudável, se eu não tivesse me estragado! Eu procuro ver a parte boa da coisa e daqui pra frente.

Regina apontou para uma “agressão” cometida contra si própria ao praticar restrições alimentares extremas, bem como as práticas *purgativas*, considerando que se maltratou muito, mas que mesmo assim tem saúde²¹. Ela parecia considerar-se uma pessoa de sorte por não ter tido problemas comuns à *anorexia* e decorrentes das *práticas purgativas*, como perda e problemas nos dentes causados pelos vômitos, exceto por um inexplicável problema nos rins, que pode ou não ter sido decorrência da *anorexia*. Portanto, considerava que se não tivesse se “maltratado tanto”, seria um “touro de saudável”.

O uso de categorias e analogias com animais é recorrente na fala de Regina, assim como entre as autoras dos blogs “Pró-Anna e Mia”, movimento citado anteriormente. Em outro momento, ao falar de sua gravidez Regina apontou para o inchaço, o crescimento da barriga e dos peitos aleatório à sua vontade, comparando-se a uma “vaca leiteira”. Se por um lado, para falar sobre sua saúde refere-se a um touro, que é associado à força, rigidez, mas não à gordura, embora não se trate de um animal magro, por outro lado refere-se à vaca leiteira como sinônimo de gordura indesejável. O curioso é que a vaca é “negativizada” por sua gordura e excessos e trata-se de uma fêmea, enquanto a escolha para falar de força vista como um fator positivo é de um animal macho, o que indica uma distinção de gênero em relação às representações dos animais que ressoa nos distintos modos de conceber e representar os corpos de homens e mulheres.

Além de ser associado à gordura, o feminino é também aquele censurado e impedido de possuir gorduras, como nos aponta Mônica, a outra entrevistada, numa ocasião em que seu pai comprou sorvete apenas para “os meninos” (seus irmãos e o vizinho), e não para ela e para sua mãe, pois considerava que estavam gordas. Ao argumentar para o pai que “os meninos” também estavam gordos, este se defendeu dizendo que eles eram “meninos” e ela era “menina”, e “meninas não podiam ficar gordas”. Assim, ainda que “meninos” e “meninas” estejam gordos, os “meninos” estão autorizados a tomarem sorvete, enquanto as “meninas” são censuradas. Essa distinção de gênero em relação à forma corporal e a maior exigência destinada às pessoas do sexo feminino podem ser vistos como um dos fatores para os altos índices de *transtornos alimentares* entre mulheres. Considerar que apenas os homens podem ser “gordos”, desautorizando a filha a comer certos alimentos, bem como a ter “excesso” de peso, pois ela é uma menina e “meninas não podem ficar gordas”, parece ser uma percepção do “senso comum” elucidativa dos altos índices de *transtornos alimentares* em pessoas do sexo feminino, embora a preocupação com o corpo e a aparência atinja também os homens, em diferente grau.

Em relação ao diagnóstico, Regina pareceu manifestar uma percepção ambígua, pois se por um lado entendia que este não coincidia com o que ela e os médicos que a trataram achavam que ela tinha, por outro lhe deu um lugar, um nome ao seu sofrimento, uma possibilidade de atendimento. Além do mais, a compreensão que tinha de seu *transtorno* era a de que se tratava de uma *patologia*, uma *doença* que deveria ser tratada, o que, no entanto, não acarreta em sentir-se estigmatizada, além de não ser motivo para se “vitimizar”. Regina considerava que “a doença se confunde com sua personalidade”, embora houvesse momentos em que conseguia ver uma distinção entre ela e o “eu doente”:

Regina: Eu enxergo como uma coisa que me acompanha... e quando eu tô desesperada, tem vezes que eu consigo ver que

essa não sou eu... tem vezes que eu sei que não sou eu, que é um **eu doente**, mas que eu não consigo controlar... isso tem sido bem menos frequente atualmente!

Sobre sua experiência na instituição psiquiátrica e com a psicoterapia na instituição psicanalítica, Regina disse:

Regina: Eu acho que pra época o [nome da instituição psiquiátrica], pra mim, foi muito bom. Mas agora, depois de me tratar no particular, eu acho que o [nome da instituição psiquiátrica] daquela época tinha falhas monumentais... eu via darem alta para umas meninas que eu ficava estupefata! Meninas que não tinham a mínima condição nem de ficar sozinhas. Então... PRA MIM foi bom! Eu acredito que pra muita gente foi bom! Na época eu achei maravilhosos! Mas, olhando pra trás, hoje, se eu tivesse uma filha com *transtorno alimentar* eu procuraria tentar o particular em vez do [nome da instituição psiquiátrica]. Não sei como é que tá agora! Cada vez é um psicólogo, cada vez é um médico... isso não funciona! Dar alta pra quem ainda se corta? Só porque diminuiu o vômito? Só porque diminuiu a depressão?

Marisol: E como é a experiência da psicoterapia?

Regina: Acho que a psicoterapia tem um processo a ser seguido, né... eu acho que é um processo pessoal! Tem o tempo que tem uma resistência... foge do assunto central... tem uma série de etapas para conseguir criar um vínculo de confiança. Então, eu acho... eu já tive vontade de largar a psiquiatra e a nutricionista uma época, mas a terapia eu nunca pensei em largar.

Marisol: E você passou por esses processos todos?

Regina: Passei! Negação... Irritada com a própria terapeuta e tal... mas nunca me passou pela cabeça largar a psicoterapia. Hoje eu tenho muita dificuldade para pagar, mesmo me fazendo um preço de mãe pra filho, sabe?!... mas, eu até tinha pensando ano passado: "Não tô aguentando pagar, está prejudicando o andamento das minhas contas da casa". [...] Ainda com a entrada do médico particular, por causa da paratireoide e tal, eu até pensei em não ir na nutrição e na psiquiatra, mas... primeiro que elas são conversáveis... eu não vou deixar de pagar! Mas, por exemplo, fiquei meses sem ir na psiquiatra pra poder economizar dinheiro pra pagar as consultas do nefro e do cirurgião ou coisa que o convênio não cobriria... remédio, suplemento etc. e tal... só que eu acho que uma coisa sem a outra não vai funcionar... E o principal, e o medo que eu tinha que se eu parasse as duas a [psicanalista] falasse: "Ah é, não vai fazer? Tá bom, então ninguém faz!". Eu não posso ficar sem de jeito nenhum...

Regina apontou para sua necessidade de acompanhamentos com diversos profissionais para "tratar seu *transtorno*", entre eles psiquiatra, nutricionista e a psicóloga/psicanalista, coincidindo com a recomendação legitimada para esses *transtornos*. Entretanto, ela admitiu já ter pensado em abdicar da psiquiatra e da nutricionista, mas receava que diante disso a psicóloga se negasse a atendê-la, por considerar esse acompanhamento necessário para sua "estabilidade". Além disso, ela falou sobre sua adesão ao tratamento e que mesmo diante de dificuldades financeiras ela procurava negociar com os profissionais. Por outro lado, citou pessoas que não aderiam a tratamento algum, tal como uma colega que "não parava com médico nenhum". Quando lhe perguntei por que ela achava que isso acontecia, ela disse:

Regina: Eu acho que é porque não cura, né? Gente, eu passei a minha vida inteira assim! Como é que é não ser? [...] Vai que cura, né? Aí você não tem mais uma série de desculpas! [...] Eu estou a vida inteira me portando com essa identidade, a identidade doente, e depois não vou ter desculpa nem pra fazer uma cagadinha? É o que eu sinto! Então muitas vezes eu sinto que fico com um pé aqui e outro lá... eu nem tô totalmente sã, mas eu não me identifico com as outras *pacientes*. Eu senti isso no [nome da instituição psiquiátrica] depois de um tempo... e você fica no meio... fica com um pé na doença e outro no são, né, na saúde.

Em sua opinião, as pessoas que não aderiam ao tratamento o faziam por receio de curar-se e não ter mais “desculpas”. Ao falar dessas pessoas que não aderiam ao tratamento para não se curar, ela parece falar de si própria que, apesar de aderir integralmente ao tratamento, mantinha seus *sintomas* como pretexto para certas ações. Esse temor de abandonar os *sintomas* poderia ser interpretado por uma psicanalista como uma resistência à mudança, à insegurança relativa à transformação, pois o que ficará se esse *sintoma* for eliminado? Ou, nos termos de Regina: “depois não vou ter mais desculpa nem pra fazer uma cagadinha?”. Ela referia-se à dificuldade de alguém que “a vida inteira se portou com uma identidade, uma identidade doente”, e que ficaria sem saída na ausência dessa identidade. Diferentemente da colega citada, Regina dizia aderir totalmente ao tratamento, ainda que para “agradar” a psicanalista ou manter um nível “aceitável do *transtorno*”, uma vez que se alimentava minimamente para manter corpo em funcionamento, mantendo “um pé na doença e outro na saúde”.

Regina, assim como muitas pessoas que dizem ter ou identificar-se com os *transtornos alimentares*, sentia que este era incorporado à sua vida e à sua rotina de maneira tão intensa e essencial que se habituava a conviver com ele, passando a constituir quem ela era e organizar sua existência e seus hábitos. Seu *transtorno* era algo que a acompanhava e se confundia com sua personalidade, no entanto, esses momentos em que percebia que não era ela pensando ou agindo, mas um “eu doente” estavam menos frequentes, o que apontava para sua melhora e um controle sobre o *transtorno*. Tudo se passa como se não fosse mais o “eu doente” a controlando, mas ela controlando o “eu doente”, que sempre existirá.

Quando perguntei à Mônica, que não passou por uma instituição psiquiátrica anteriormente, se ser atendida em uma instituição especializada em *transtornos alimentares* tinha mudado sua maneira de se perceber ela me respondeu que não, pois no fundo já sabia o que tinha e “achava que, sei lá, era uma coisa que você faz... é que nem ser morena, ter olhos verdes e ter *anorexia*”. Apesar de não ter recebido um diagnóstico, pois não é uma prática comum nessa instituição psicanalítica informar a *paciente* a respeito da hipótese diagnóstica determinada a partir da triagem, Mônica foi aceita na instituição. No entanto, a despeito de ter passado pela triagem e ter sido aceita, Mônica entendia sua condição mais como uma característica, do que como uma patologia. Nesse sentido, por entendê-la como uma característica, Mônica parecia, de certa forma, naturalizar sua *anorexia*, como algo intrínseco à sua personalidade.

Aparentemente Mônica não teve acesso às explicações biomédicas e psiquiátricas, entre elas explicações sobre a causa e as características dos *transtornos alimentares*, pelo menos não através da instituição psicanalítica; ou mesmo que tenha tido por outros meios, já que são discursos encontrados facilmente, parece que eles não contribuíram para constituir o modo como ela se percebia. No entanto, quando lhe perguntei sobre os motivos que ela considerava terem contribuído para a *anorexia*, ela disse: “De acordo com as teorias da psicanálise a culpa é da minha mãe... (risos). Mas eu não acho que a culpa seja da minha mãe... ah, eu não sei... acho que foi uma coisa involuntária, eu comecei a fazer a dieta e aí foi indo sem eu me dar conta do que estava

acontecendo...”. Mônica parecia conhecer algumas das explicações psicanalíticas, não por ter sido informada em uma de suas sessões de psicoterapia, provavelmente, mas porque ela era estudante de psicologia e tinha certa familiaridade com alguns conceitos e explicações. Ainda que praticamente não tenha tido acesso especificamente ao tema dos *transtornos alimentares* ao longo de toda a formação em psicologia, tal como foi dito por ela, Mônica pode ter se interessado pelo assunto e buscado explicações. No entanto, a hipótese psicanalítica parecia não ser apropriada ao seu caso, no seu ponto de vista, uma vez que identificava os comentários do tio (que a levou a fazer dietas) como fator mais impactante para desencadear a *anorexia*.

Desse modo, apesar de reconhecer-se como alguém que tinha (ou teve) *anorexia* e recebeu atendimento em uma instituição especializada em psicoterapia psicanalítica voltada a pessoas com *transtornos alimentares*, consideradas patologias, Mônica entendia sua *anorexia* como um atributo, uma característica e reagia às hipóteses psicanalíticas que atribuem culpa a mãe.

Sobre frequentar a nutricionista e sua relação com seus *sintomas* (biomédicos e psicanalíticos), ela disse:

Mônica: Quando eu fui na [nutricionista], eu tava tipo voltando a apresentar alguns sintomas... não voltando a apresentar... eu acho que nunca deixei de apresentar... mas acho que eu comecei a me questionar sobre os sintomas que eu ainda apresento e não deixar isso afetar a minha alimentação, não voltar a fazer o que ela fazia antes... aí eu fui na [nutricionista] justamente pra isso, tipo... eu acho que nunca vou deixar de ter sintoma, realmente... eu não me imagino vivendo sem pensar na estrutura da minha alimentação do dia, o que eu vou fazer, como que vai ser...

Marisol: Mas você acha que isso é normal?

Mônica: Eu acho que é normal isso... eu acho que faz parte de mim, vai ser assim pra sempre... eu não me imagino sem isso... mas ao mesmo tempo, eu acho que tô num estado que eu convivo com isso de forma saudável... e quando eu comecei ir na [nutricionista] foi justamente pra manter isso... apresentar isso, tudo bem, contanto que você fique **saudável**... contanto que isso não me domine... EU controlo a minha alimentação e não ela me controla, sabe? Acho que a diferença é essa... na *anorexia* ela controla... se eu tivesse *anorexia*, no sábado eu não teria ido no aniversário... eu tinha um churrasco e um aniversário... por isso eu acabei bebendo tanto, porque eu tinha duas festas no mesmo dia... eu não teria ido em nenhuma das duas... eu não iria... e hoje eu vou... eu vou em qualquer coisa... antes se os meus pais quisessem sair eu achava que estavam conspirando contra mim, sabe?

Sua flexibilidade e o fato de permitir-se ir a uma festa, não comprometendo, portanto, sua vida social aproxima-se bastante da definição da fronteira entre o que é considerado *normal* e o que é *patológico* do ponto de vista psicanalítico, como pude observar em minha etnografia. Significava para Mônica um sinal de sua melhora, por representar uma capacidade de enxergar e discriminar o que é um *sintoma*. Mônica considerava que o controle que exercia ainda sobre a alimentação era parte da sua vida e seria possível conviver com ele, desde que esse controle não a dominasse, aproximando-se, em termos, ao que foi narrado anteriormente por Regina.

Mônica contou que tinha *mania* de olhar as informações nutricionais de tudo que ia comer e, segundo ela, isso também fazia parte do seu *sintoma*. Além disso, planejava sua alimentação do dia e procurava não fugir dessa “programação”:

Mônica: No geral de manhã eu planejo o que vou comer durante o dia e é muito difícil fugir daquilo... eu acho que pensar nisso antes é um controle maior, porque eu vou pro clube e sei que lá na lanchonete vai ter pão de queijo, vai ter, sei lá, N coisas que eu gosto, vai ter açaí... mas na minha cabeça eu já sei que na hora do lanche eu vou comer, sei lá, banana... eu sei que aquilo vai estar lá e eu já sei que eu não vou comer aquilo, então eu não passo tanto vontade... o problema maior é eu ir num lugar onde eu não sei o que vai ter...

Programar sua alimentação era uma forma de controlar-se e não fugir do controle, pois mesmo que ao longo do dia se deparasse com alimentos que gostava de comer e sentisse vontade, havendo uma “programação” ela não “se perderia”. Essa era uma estratégia para “não passar tanta vontade”, pois se programando previamente não haveria espaço para as “tentações” ou “imprevistos”. Vale ressaltar, no entanto, que esse controle e planejamento assemelham-se muito ao controle exercido por alguém que está de dieta, ou seja, um controle bastante restrito e organizado a partir de princípios nutricionais (ainda que não exista consenso sobre dietas entre nutricionistas).

Além da relação com o diagnóstico, Mônica e Regina pareciam ter percepções diversas no que dizia respeito também às “técnicas terapêuticas”, como, por exemplo, em relação ao uso do *diário alimentar*. Regina, que fazia seus *diários alimentares* disciplinadamente, aprendeu a fazer quando frequentava a instituição psiquiátrica e voltou a fazê-los em 2006, quando retornou à nutricionista depois ter perdido muito peso. Para ela, fazer o diário era algo que estava completamente inserido à sua rotina, tanto que ela fazia as refeições já pensando no que iria registrar no *diário alimentar*. Esse controle externo era visto por ela como necessário para que não perdesse noção das quantidades que deveria ingerir.

Já Mônica, que frequentava uma nutricionista que pedia para que ela fizesse o *diário alimentar*, considerava tal atividade “infernai”, pois aumentava seu controle, ou causava-lhe um controle indesejado:

Mônica: [...] não me peça para escrever... É muita tortura pra mim fazer o diário. Porque eu sinto que eu acabo tendo esse controle que eu não quero ter... porque não é um controle natural, é um controle neurótico... e eu não quero ter, eu sei que é pior pra mim... eu tava muito na fase da doença... eu era assim, sabia tudo que comia, todos os dias... quando eu comia alguma coisa absurda... teve uma fase bem crítica da anorexia e depois eu comecei ter ataque de compulsão... então o que acontecia, eu escrevia o que eu comia dois dias aí um dia eu tinha uma compulsão... só que era uma compulsão absurda, eu comia muita coisa ao mesmo tempo... e eu nunca consegui vomitar...

Fazer o *diário alimentar* era para Mônica uma atividade incômoda, enquanto para Regina parecia ser uma atividade bastante naturalizada e integrada à sua rotina (ainda que não tivesse manifestado incômodo ou prazer em fazê-lo). Para Mônica, ter que pensar em tudo o que comeu e materializá-lo no papel era torturante, pois a fazia rever suas escolhas, o que poderia ter um efeito perverso, pois poderia causar-lhe restrições ou compulsões. Além disso, tratava-se de um controle sobre a alimentação, em parte similar ao controle que as pessoas com *anorexia* já exercem sobre os próprios hábitos, porém baseados em princípios nutricionais a respeito das necessidades de seu organismo. O diário lhe provocava um ciclo de restrição-compulsão, pois a fazia avaliar suas escolhas e, nas situações que considerava que havia controlado muito, em seguida “descontrolava-se” e tinha compulsões e, inversamente, dar conta das compulsões a levava a um controle restrito e, como ela própria disse, não um controle “natural”, mas um controle “neurótico”. Fazer o *diário alimentar*, portanto, aumentava seu controle sobre

sua alimentação. Nesse sentido, é possível questionar até que ponto essa técnica não reforça, para algumas *pacientes*, justamente o *sintoma* que busca eliminar. Embora funcionasse para Regina, que necessitava de um controle externo para alimentar-se minimamente, era torturante e ineficaz para Mônica, reforçando seus *sintomas*.

Ao falar sobre suas compulsões, em seguida Mônica falou sobre suas tentativas de induzir o vômito, declarando sua “incapacidade” para os *sintomas bulímicos*:

Mônica: [...] eu não tive bulimia por uma imposição do meu organismo, que não deixava eu vomitar...

Marisol: Mas você tentava?

Mônica: Tentava... tentei várias vezes, mas nunca deu certo... Ainda bem... hoje as vezes eu acho que não tão bem, porque às vezes eu quero vomitar de bêbada e também não consigo... (risos). Eu nunca consegui, mas foi até bom, pois senão tenho certeza que eu teria tido bulimia também, porque teve uma época que eu tinha muita compulsão... duas vezes por semana eu tinha compulsão... aí normalmente eu tinha compulsão, aí no dia seguinte não comia NADA, aí no outro eu comia normal, aí tinha compulsão, aí não comia nada, comia normal, compulsão...

Mônica entendia sua “incapacidade” de provocar vômitos como uma imposição do próprio organismo, que lhe preservou de desenvolver também bulimia. No entanto, falou sobre crises de compulsão e descontrole²², que não é considerada uma característica da *anorexia*, do ponto de vista dos manuais de diagnóstico. Desse modo, podemos pensar sobre seus *sintomas* particulares, que poderiam até ser entendidos como típicos de uma *anorexia* de tipo *purgativa*, devido ao excesso de exercícios físicos, mas onde se encaixariam as compulsões nesse diagnóstico? Obviamente, não se trata aqui de atribuir um diagnóstico, mas sim problematizar os critérios apresentados pelos manuais. Assim como problematizou Regina, a manifestação individual dessas patologias pode não “cumprir” a caracterização genérica dos manuais de diagnóstico, pois “e quando os sintomas começam a se misturar?”. Entretanto, o que interessa ressaltar aqui é a maneira como Mônica identificava-se e referia-se à sua *anorexia*.

Sobre o hábito de se pesar, Mônica contou que evitava balança, a não ser quando ia à nutricionista. Entretanto, no pior período de sua *anorexia* ela pesava-se toda hora, em qualquer balança por onde passava. Já Regina disse que nunca se pesava fora do consultório e essa era uma recomendação médica, além de ser algo que ela aprendeu com a experiência, pois cada balança poderia ser aferida de um jeito e indicar um peso diferente, o que poderia gerar uma angústia por ter engordado, quando na realidade poderia se tratar de um erro da balança. Para evitar esse problema aprendeu que era preciso pesar sempre na mesma balança, no mesmo horário, com a mesma quantidade de roupa, pois só assim seria possível saber a real variação de peso.

Além de relacionarem-se com a balança de maneira similar, Regina e Mônica também compartilhavam a certeza de sempre “saber o que tinha”, mesmo antes de terem seus *sintomas* nomeados. Do mesmo modo, ambas carregavam a percepção de que algumas dessas características, entendidas nos termos biomédicos como *sintomas* da *anorexia*, eram “estruturantes”, faziam parte de suas vidas e as constituíam.

Controlando o “eu doente”

Tanto Regina quanto Mônica demonstravam estar numa fase “controlada” da *anorexia*, ou seja, fase na qual conviviam com os *sintomas* alimentares²³, exercendo um controle sobre o controle restrito à alimentação, o que não deixava de ser uma forma de controle, mas que lhes permitiam alimentar-se minimamente, de acordo com as

recomendações das nutricionistas, sem deixar que o “eu doente” ou o “controle da *anorexia*” as dominassem. Trata-se, portanto, de um controle inverso: no período da *anorexia* ou nas piores fases do *transtorno* o controle caracterizava-se pela restrição alimentar, na fase “controlada” o controle passa a ser sob a não restrição alimentar, alimentando-se o minimamente para manterem-se “saudáveis” e “controlarem os *sintomas*”, ou seja, o controle.

Mônica em alguns momentos referia-se à *anorexia* como algo superado, embora percebesse a sobrevivência de alguns *sintomas*, considerando que estes não haviam desaparecido, dado que faziam parte de quem ela era. Regina falou sobre o *transtorno* como uma condição permanente, que, embora controlado, a acompanharia. Ambas consideravam que teriam de conviver com o controle da alimentação e hábitos alimentares remanescentes, mas em diferentes graus. Quando perguntei à Mônica se ela se considerava “curada” ela disse que dentro do possível sim, apesar de sentir uma ameaça e temor de uma “recaída”. Regina considerava-se uma pessoa doente, apesar de não ver motivos para se vitimizar. Ela continuava a “portar-se com uma identidade doente”, enquanto Mônica talvez nunca o tivesse feito, ou talvez considerasse que tinha superado o pior período, apesar dos *sintomas* que sobreviviam e a acompanhavam. Mônica e Regina afirmavam sempre ter tido consciência sobre o que tinham, mas para Mônica sua condição e *sintomas* eram características e atributos de sua personalidade, enquanto Regina referia-se ao seu *transtorno* em termos mais *patológicos*.

Apesar de algumas semelhanças entre as duas narrativas a respeito da vivência com a *anorexia*, notava-se uma diferença marcante: Regina referia-se ao seu “problema” como *transtorno alimentar* (ou *transtorno*), enquanto Mônica normalmente referia-se à sua *anorexia* (apenas *anorexia*, e não *anorexia nervosa*, que é a categoria utilizada nos manuais de diagnóstico). O que essa simples distinção pode significar? Essas diferentes maneiras de classificar e nomear suas “questões” parece apontar para experiências distintas, o que implica no modo de constituírem suas subjetividades e trajetórias. Faz-se necessário refletir, portanto, sobre a experiência anterior de Regina na instituição psiquiátrica, anterior à experiência na instituição psicanalítica, o que talvez possa ter contribuído para a constituição de um discurso marcado por uma linguagem mais *patologizada*.

Apesar de não conhecer intimamente o funcionamento dessa instituição psiquiátrica, posso inferir pela experiência de Regina e pelo que conheço do discurso biomédico dessa instituição que parece haver uma linguagem *patologizada*, em que o diagnóstico, as explicações e as técnicas são apresentadas e discutidas com as pacientes, diferentemente do que ocorre na instituição psicanalítica. O discurso psiquiátrico *patologizado* pode ser ilustrado pela fala da Dra. Vanessa Pinzon, psiquiatra citada anteriormente, quando compara os *transtornos alimentares* a outras patologias, como alcoolismo ou hipertensão. Trata-se de uma estratégia para afastar certos preconceitos em relação a esses *transtornos*, apontando para o fato de tratar-se de verdadeiras patologias, e não simplesmente “frescura”.

Além do mais, pode-se perceber na narrativa de Regina que o diagnóstico foi exposto abertamente e compartilhado com os *pacientes*, bem como havia uma preocupação explícita em modificar os comportamentos, especialmente no que dizia respeito às “crendices” sobre alimentação. A partir de sua fala é possível inferir que lá as *pacientes* eram ensinadas a livrarem-se ou ao menos controlarem seus *sintomas*, sobretudo a partir do aprendizado de novas técnicas alimentares. Regina disse que no grupo de nutrição que frequentou na instituição psiquiátrica, as nutricionistas ensinaram a respeito dos grupos alimentares. Uma das lições foi aprender que não era possível deixar de comer carboidrato, pois é um “combustível necessário para o corpo”. Ela aprendeu também sobre a importância de se comer alimentos integrais, pois além de ser mais saudável, proporciona uma sensação de saciedade, sem provocar “estufamento”.

Além disso, aprendeu sobre o fracionamento das refeições, o que ela considerava ter mudado bastante os seus hábitos alimentares. Com essas técnicas ela notou que sua alimentação era muito pobre, antes, quando não tinha essas informações, e que depois passou a ter mais **qualidade** na alimentação. Entretanto, as nutricionistas costumavam falar que o problema estava na **quantidade**, que era insuficiente.

Regina considerava que poderia dar uma aula sobre nutrição, pois objetivamente sabia tudo. No entanto, o problema, para ela, era o que ela sentia subjetivamente. Embora soubesse sobre nutrição, não sabia medir as quantidades adequadas. Não bastava, portanto, ter conhecimento, era preciso alguém que vigiasse suas quantidades. Desse modo, Regina era capaz de reproduzir o conhecimento nutricional aprendido ao longo do período do tratamento, mas era incapaz de avaliar se sua alimentação estava adequada devido à sua dificuldade de dosar.²⁴

As concepções sobre o diagnóstico, relação com as técnicas e saberes sobre os *transtornos alimentares* apontam para proximidades, mas também para importantes distanciamentos nas narrativas de Regina e Mônica, assinalando formas diversas de constituição da subjetividade em cada trajetória. Os espaços sociais e experiências em instituições marcam essas trajetórias, porém não de modo definitivo, pois há outros fatores e vivências significativas. Não se pode desconsiderar, no entanto, elementos que incitam a formação de uma espécie de identidade (e ao mesmo tempo uma reação a esta), bem como o estabelecimento de biossociabilidade (RABINOW, 2002), responsável por modos particulares de percepção do corpo a partir de características descritas pela biomedicina (e nesse caso também pela psicanálise), tanto no que diz respeito ao convívio nas instituições como à interação possibilitada pelos meios virtuais, representados especialmente pelos blogs e páginas Pró-Anna e Mia.

Desse modo, a respeito dos efeitos dos diagnósticos (BUTLER, 2009) e técnicas terapêuticas na vivência dessas *pacientes* em contraste, Regina parecia apresentar uma linguagem *patologizada*, pois se comparava a alcoólatras e dependentes químicos, referindo-se à sua condição como um *transtorno* e tratando-o com certa praticidade, dizendo que reconhecia estar doente e que era preciso se tratar, aproximando sua “questão” a uma doença orgânica, como uma cardiopatia, no sentido de que não era algo que se escolheu e que, ao descobri-la, só restava tratá-la. Já Mônica considerava que, de certa forma, sempre soube “o que tinha”, por isso a aprovação e possibilidade de ser atendida por uma instituição psicanalítica especializada apresentava-se apenas como confirmação e também como um requisito para receber atendimento, embora não se considerasse doente, percebendo sua anorexia menos como uma doença e mais como uma característica, um atributo, algo que a constituía.

NOTAS

¹ Trabalho apresentado na 28ª Reunião Brasileira de Antropologia, em 2012. Agradeço aos comentários e sugestões dos coordenadores Carlos Guilherme do Valle e Horácio Sivori, assim como as leitoras da minha orientadora Heloísa Buarque de Almeida e da amiga e colega de orientação Marcella Uceda Betti.

² Agradeço especialmente à Marcio Zamboni por suas constantes contribuições ao meu trabalho.

³ Utilizarei itálico para as categorias “nativas” e conceitos ênicos, das quais fazem parte terminologias biomédicas e psicanalíticas.

⁴ Há um debate sobre a inadequação ou insuficiência do uso da categoria “paciente” na psicanálise, porém reproduzo aqui o termo utilizado na própria instituição.

⁵ O *diário alimentar* é uma técnica comportamental de automonitoração, na qual os sentimentos associados aos momentos de alimentos são registrados, possibilitando controle, disciplina e avaliação constantes (ALVARENGA; LARINO, 2002).

⁶ O *contrato de peso* é uma técnica utilizada no tratamento de *transtornos alimentares* que consiste no estabelecimento de um acordo com os *pacientes*, em que um peso mínimo é fixado. No caso de uma redução do peso fixado o profissional pode negar-se a dar continuidade no atendimento. De acordo com Viglietti (2001), o *contrato de peso* é uma prática difundida, tanto na psicanálise como fora dela. Ele faz referência à primeira psicanalista que em 1940 estabeleceu um contrato com uma *paciente*, motivado por um incidente com outro *paciente* que morreu, apesar de seu “tratamento psicanalítico” transcorrer bem.

⁷ Para uma análise mais detalhada da especificidade dessa instituição e do campo dos *transtornos alimentares* em São Paulo, bem como as lógicas a eles associadas ver Marini (2012).

⁸ Apesar dos modos diversos de compreender os *sinomas*, cabe esclarecer que nem sempre essas distinções são evidentes nas falas dos profissionais e das *pacientes*, uma vez que essas concepções podem ser mescladas e aparecem embaralhadas, como veremos a seguir.

⁹ Embora Foucault esteja interessado em compreender o duplo processo de sujeição/ subjetivação – uma vez que as pessoas se submetem ao serem sujeitadas –, ele o faz apenas quando se volta para o passado do Ocidente. Então, Foucault não problematiza a agência das identidades e classificações por parte dos “indivíduos modernos”.

¹⁰ Essa reflexão da autora me interessa na medida que, assim como o transtorno de identidade de gênero, os *transtornos alimentares* também são considerados distúrbios psiquiátricos. Além disso, as mesmas questões sobre as “vantagens” de ser classificado e poder receber atendimento e, por outro lado, receber um rótulo patologizante estão postas.

¹¹ A despeito dos efeitos diversos do diagnóstico, não se pode desconsiderar o processo de “biologização” sofrido por esses manuais. Jane Russo (2003) aponta para uma importante transformação no campo psiquiátrico nas últimas décadas do século XX, cujo marco seria a publicação da terceira versão do DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders), em 1980, pela Associação Americana de Psiquiatria, passando de uma visão psicossocial dos transtornos mentais a uma visão estritamente biológica. Segundo Russo, a mudança terminológica do DSM III atingiu de modo especial os transtornos/desvios relacionados à sexualidade e ao gênero, que é o foco da sua análise nesses trabalhos. Porém, essa transformação teria atingido todo o manual, assim como a forma de interpretá-lo. Além do mais, esse não era um fenômeno isolado, mas sim, segundo a autora, fazia parte de uma espécie de “re-biologização” de temas e discussões antes circunscritos ao campo do debate político, ocorrendo o que ela denomina de “biologização” do humano a partir da psiquiatria e da neurociência e um processo de medicalização de quadros antes interpretados psicologicamente. Assim, essa “biologização” das classificações psiquiátricas se articula a uma tendência “biologizante” mais ampla, que leva a uma compreensão fiscalista do ser humano.

¹² Entrevista realizada em Fevereiro de 2011.

¹³ Uma rápida busca pela internet nas páginas das instituições especializadas em *transtornos alimentares* permite encontrar inúmeros artigos e matérias de jornal que explicam cientificamente ou não o que é *Transtorno Alimentar*, quais são as causas, sintomas etc. Entre as explicações está o “modelo multifatorial”, composto pelo fatores genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares. Regina parece estar convencida de que essa é a explicação “correta”, buscando dados em sua própria trajetória que espelhem esse argumento.

¹⁴ Em sua dissertação, Daniela Ferreira Araújo Silva (2004) aponta para três elementos da concepção de pessoa no contexto etnográfico explorado por ela, relativo à anorexia e à bulimia, que são: centralidade da “boa” imagem corporal e do cuidado com a aparência como mecanismo de valorização social na cultura de consumo contemporânea, a relação complexa entre corpo, mente e agencialidade e a economia do fluxo de substâncias entre os alimentos e a composição do corpo.

¹⁵ Pesquisa de iniciação científica realizada por mim durante a graduação em Ciências Sociais, na USP, na qual analisei as revistas: Boa Forma, Corpo a Corpo, Dieta Já, Claudia, Uma, Ana Maria, Viva Mais! e Capricho ao longo de um ano. Embora nem todas as revistas sejam especializadas em dietas, orientações nutricionais e exercício físico, em todas elas, em maior ou menor grau, havia uma preocupação com o corpo, alimentação e a forma física. Além do mais, há uma coerência entre as orientações para se alcançar a saúde, boa forma e a beleza, que são categorias que se confundem.

¹⁶ *Victoria's Secret* é uma marca americana de *lingerie*, cosméticos e produtos de beleza conhecida por realizar o *The Victoria's Secret Fashion Show*, que é um evento de moda, um desfile que conta sempre com a participação de modelos famosas, algumas inclusive são as mais bem pagas do mundo, como, por exemplo, a brasileira Gisele Bündchen. Essas modelos são chamadas de “Angels”, e são vistas como sensuais, ainda que magras.

¹⁷ Entrevista realizada em Fevereiro de 2011.

¹⁸ Desenvolvo uma explicação mais aprofundada sobre essas questões em minha dissertação de mestrado (MARINI, 2012).

¹⁹ Ela diz que atualmente não está rolando o “barato” (referindo-se à *purgação*), mas que “já rolou muito”, o que justificaria ser tratada como um caso de *anorexia purgativa*.

²⁰ Entrevista concedida ao programa “Bem a Vontade”. Disponível em: <<http://video.google.com/videoplay?docid=-4117534842897938227>>.

²¹ Regina refere-se às restrições alimentares como maus-tratos realizados contra o próprio corpo, como uma forma de agressão, uma violência contra si própria. Vale ressaltar que as agressões a que se refere são os próprios hábitos alimentares e práticas *purgativas*, características dos *transtornos alimentares*, como a indução ao vômito ou excesso de exercício, e não ao exercício de mutilação, em alguns contextos e situações também associados aos *transtornos alimentares*.

²² Alguns profissionais envolvidos no tratamento de *transtornos alimentares* apontam para a importância de se investigar o que cada um considera compulsão ou descontrole, pois às vezes o que é descrito como compulsão e ingestão exagerada de alimentos em um curto período pode não ser considerado exagerado para um olhar externo, ou seja, pode não ser de fato uma compulsão, pode ser uma ingestão descontrolada de alimentos, mas nem por isso exagerada.

²³ Regina parece referir-se mais aos *sinomas biomédicos*, enquanto Mônica refere-se mais aos *sinomas psicanalíticos*.

²⁴ Em suas palavras: “Eu tenho uma dificuldade eterna de dosar: dosar comida, dosar exercício, dosar tudo”.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Marle; DUNKER, Karin Louise Lenz; ROMANO, Érika Checon Blandino; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. Terapia nutricional para Transtornos Alimentares. In: ALVARENGA, Marle; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. *Transtornos Alimentares: uma visão*. Barueri: Manole, 2004.
- ALVARENGA, Marle; LARINO, Maria Aparecida. Terapia Nutricional da Anorexia e Bulimia Nervosas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, n. 24, Supl. III, p. 39-4, 2002.
- BUTLER, Judith. Inscrições corporais, subversões performativas. In: *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 185-201.
- _____. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". In: LOURO, Guacira Lopes. *O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
- _____. Desdiagnosticando o Gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. A Outra Saúde: Mental, Psicossocial, Físico Moral? In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico, 1ª reimpressão*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 83-90.
- FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade 1: A vontade de Saber*. 17. ed. São Paulo: Graal, 2006.
- _____. *História da Sexualidade 2: O uso dos prazeres*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984 (13. ed., 2009).
- _____. *História da Sexualidade 3: O cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1985 (10. ed., 2009).
- _____. *Vigiar e Punir*. Histórias da violência nas prisões. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- MARINI, Marisol. *Diário de Peso: Saberes e Experiências sobre os Transtornos Alimentares*. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- PINZON, Vanessa Dentzien. Anorexia e Bulimia Nervosa: quadro clínico e comorbidades. In: Weinberg, Cybelle. (Org.) *Transtornos Alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá Editora, 2008.
- RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: *Antropologia da Razão: ensaios de Paul Rabinow*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.
- RUSO, Jane. Do desvio ao transtorno: A medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: CARRARA, Sérgio; GREGORI, Maria Filomena; PISCITELLI, Adriana (Org.). *Sexualidade e Saberes: Convenções e Fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- _____; VENÂNCIO, Ana Tereza A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM-III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.
- SILVA, Daniela Ferreira Araújo. *Do outro lado do espelho: anorexia e bulimia para além da imagem: uma etnografia do virtual*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, Campinas, 2004.
- _____. Contextos socioculturais dos transtornos alimentares: gênero e interseções. *Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder*, 2008.
- _____. Histórias de vida com Transtornos Alimentares: Gênero, Corporalidade e a Constituição de Si. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, Campinas, 2011.
- VIGLIETTI, Gonzalo Varela. Os pais na anorexia nervosa. Uma abordagem psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 35, n. 1, p. 97-106, 2001.
- WEINBERG, Cybelle e Gonzaga, Ana Paula. Transtornos alimentares: uma questão cultural? A negatização do corpo na Bulimia e Anorexia Nervosa. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, VIII, 1, p. 30-39, mar/ 2005. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/3.pdf>>.