

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ENTRE O SINGULAR E O COLETIVO:
narrativas sobre anorexias e bulimias no contemporâneo

por

Alexandre Costa Val

Belo Horizonte
2015

Alexandre Costa Val

**ENTRE O SINGULAR E O COLETIVO:
narrativas sobre anorexias e bulimias no contemporâneo**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Orientação: Dra. Celina Maria Modena

Coorientação: Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

V135e Val, Alexandre Costa.
2015

Entre o singular e o coletivo: narrativas sobre anorexias e bulimias no contemporâneo / Alexandre Costa Val. – Belo Horizonte, 2015.

VIII, 141 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 141 - 149

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Anorexia/psicologia 2. Bulimia/psicologia 3. Assistência à Saúde/utilização 4. Psicanálise/métodos I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação) III. Campos, Rosana Teresa Onocko (Co-orientação)

CDD – 22. ed. – 616.852 62

Alexandre Costa Val

ENTRE O SINGULAR E O COLETIVO:

narrativas sobre anorexias e bulimias no contemporâneo

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Celina Maria Modena (CPqRR/ FIOCRUZ) Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Marília Novais da Mata Machado (UFMG) Titular

Prof^ª. Dr^ª. Andréa Maris Campos Guerra (UFMG) Titular

Prof. Dr. Jeferson Machado Pinto (UFMG) Titular

Prof. Dr. Carlos Alberto Pegolo da Gama (UFSJ) Titular

Prof^ª. Dr^ª. Cristiane de Freitas Cunha (UFMG) Suplente

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 13 de novembro de 2015.

Aos narradores desta história que,
a partir do intercâmbio generoso,
me permitiram a construção desta experiência.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pela aposta. Ao meu pai, por me ensinar a subvertê-la com humor.

À Bernadete Carvalho, uma parceira que compartilhou comigo não só sua ideia de pesquisa, mas também seu saber, suas elaborações e sua delicada tessitura.

Às colegas que participaram de uma parte importante da investigação, Lúcia Grossi, Mônica Ribeiro e D'aura.

À Celina Modena, que acreditou em minha proposta e transformou uma orientação em um pungente gosto pela vida.

À Rosana Onocko, por me indicar as possibilidades de transposição de campos e experiências com uma boa dose de criatividade e generosidade.

Ao Leandro Matosinhos, por me ensinar a demora do tempo e segurar em minhas mãos durante os momentos mais duros da escrita.

Ao Jeferson Machado Pinto, Andréa Guerra, Marília da Mata Machado, Cristiane Cunha e Carlos Gama, pelas leituras e trocas refinadas que me reconduziram aos trilhos do meu desejo.

À Vivian Coelho e ao Fernando Siqueira que compartilham comigo, a cada dia, os desafios da clínica e da vida.

À Gabriela Gomes, ao Fernando Dias e ao Hugo Prais, por me acompanharem nos desdobramentos inusitados deste trabalho, permitindo a construção de uma nova história.

Aos amigos do René e companheiros da vida, em especial Fernanda, Juan, Ana Cláudia, Renata, Paula, Priscila, Alberto e Aauto. Sem eles, a vida seria menos leve.

RESUMO

As anorexias e bulimias nervosas são consideradas síndromes psiquiátricas caracterizadas pelo desconforto com a imagem corporal e por alterações nos comportamentos alimentares. Apesar dos prejuízos físicos, psíquicos e sociais, os sujeitos com esses sintomas raramente buscam por ajuda nos serviços de saúde. Os profissionais de saúde, por sua vez, dão indícios de não estarem instrumentalizados para sustentar o tratamento e o vínculo com esses pacientes.

Esta pesquisa teve como objetivo investigar os itinerários terapêuticos de sujeitos com esses sintomas, através das narrativas dos pacientes e trabalhadores da saúde, como meio para qualificar os elementos que intervêm sobre a possibilidade de seu tratamento no contexto dos avanços do biopoder. Para isso, entrevistamos 20 sujeitos que estavam em acompanhamento em um serviço de referência e 13 profissionais de um pequeno município que tiveram contato com um paciente. As entrevistas tiveram como eixo a proposta dos itinerários terapêuticos, suscitando, junto aos entrevistados, narrativas sobre a sucessão de movimentos desencadeados a partir da identificação de seus sintomas como um problema. A análise foi realizada de forma a localizar pontos de conexão entre os relatos obtidos e o contexto social de sua ocorrência (organização dos serviços de saúde, características do saber médico e da subjetividade contemporânea), tendo como referencial teórico estudos da Saúde Coletiva e da Psicanálise.

As narrativas mostraram que os itinerários são atravessados pela recusa. Por parte dos sujeitos, o estatuto de doença, assim como as possibilidades de tratamento, são recusados devido ao caráter de funcionalidade que essas práticas assumem para cada um. Por parte dos profissionais, a recusa relaciona-se aos afetos de frustração e impotência diante de sintomas que não se deixam capturar pelo discurso biomédico, suscitando encaminhamentos rápidos, posturas ameaçadoras, de força ou resistência. Isso se deve à tendência à homogeneização e à exclusão das singularidades que predomina na lógica do biopoder.

As anorexias e bulimias, tomadas como paradigmas do sofrimento psíquico no contemporâneo, revelam que há algo do sujeito que sempre escapa às investidas de normatização. Se, por um lado, a nomeação de particularidades permite pensar e intervir na dinâmica coletiva, por outro, o desconhecimento da singularidade pode impedir que cada sujeito reencontre, à sua maneira, a possibilidade de reinscrição no laço social.

Palavras-chave: Anorexia/psicologia, Bulimia/psicologia, Assistência à Saúde/utilização, Psicanálise/ métodos.

ABSTRACT

Anorexia and bulimia nervosa are considered psychiatric syndromes characterized by a distortion of body image and by disturbances in eating behaviours. Despite the physical, psychic and social damages, people with those symptoms rarely seek for help in medical services. Health professionals, on the other side, seem to be poorly prepared to both maintain treatment and follow these patients.

This research aims to study the therapeutic itineraries of people with these symptoms through the narratives of the patients and the health professionals, as a way to qualify the elements that intervene upon the possibility of their treatment in the context of the advances of the bio-power. In order to do so, we interviewed 20 outpatients who were being treated in a specialized health service and 13 professionals from a little town that had contact with one particular patient. The interviews were conducted according to the proposal of therapeutic itineraries, which brought us narratives about the sequence of actions from the patients that were triggered when they identified their symptoms as a problem. The narratives were analyzed in order to find the connections between the stories obtained and the social context of their occurrence (organization of the health services, characteristics of the medical knowledge and the contemporary subjectivity), having as theoretical reference the studies of Public Health and Psychoanalysis.

The narratives showed that the itineraries are characterized by refusal. The patients refuse the status of illness and the possibility of treatment, particularly because they feel functional with those symptoms and their behaviors. On the professionals' side, the refusal is associated to the feelings of frustration and impotence against symptoms that are not usually apprehended by the biomedical speech which results in premature referrals and attitudes of threat, force or resistance, which are caused by the tendency of homogenization and the exclusion of singularities that prevail in the logic of biopower.

Anorexia and bulimia, currently seen as paradigms of psychic suffering in the contemporary, reveal that there is something within the subject that always escapes from the attempts of standardization. If, on the one hand, the pointing out of particularities allows thinking and intervening in the group dynamics, on the other hand, the ignorance of the singularity can prevent each subject from finding, in their own way, re-attachment with their social ties.

Keywords: Anorexia/psychology, Bulimia/psychology, Delivery of Health Care/utilization, Psychoanalysis/methods.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CONSTRUÇÃO DO CAMPO TEÓRICO	17
2.1 Saúde Coletiva e Psicanálise	17
2.2 Anorexias e bulimias contemporâneas: problemas para a Saúde Coletiva?	23
2.3 O corpo é uma realidade biopolítica	26
2.4 Da lei à norma: a subjetivação da lei no contemporâneo	35
3 JUSTIFICATIVA	41
4 OBJETIVOS	42
4.1 Objetivo geral	42
4.2 Objetivos específicos	42
5 PERCURSO METODOLÓGICO	44
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	50
6.1 Sobre as anorexias e bulimias: concepções e suposições etiológicas na perspectiva dos profissionais de saúde	50
6.2 As narrativas de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos sobre seus itinerários terapêuticos	64
6.2.1 Perfil dos entrevistados	64
6.2.2 Ema: uma moça decidida a “secar”	66
6.2.3 Aparecimento e funcionalidade do sintoma	67
6.2.4 Redes sociais e meios de comunicação de massa	72
6.2.5 Mía: do desconhecimento às perdas corporais	73
6.2.6 Quando a solução se transforma em problema	75
6.2.7 Mel: o julgamento do Outro	77
6.2.8 O estigma	78
6.2.9 Israel: uma pergunta sobre a posição sexual	83
6.2.10 Coisa de mulher?	86
6.2.11 Ebe: em busca de um sentido biomédico	91
6.2.12 A busca por tratamento	92
6.2.13 O encontro com os profissionais	93
6.2.14 O que favorece o vínculo terapêutico?	96
6.2.15 Notas sobre a investigação dos itinerários terapêuticos	98
6.3 As peregrinações de Marta: uma narrativa coletiva dos profissionais de saúde	101

6.3.1 A mulher que não conseguia engolir	101
6.3.2 O retorno do “problemão”	111
6.3.3 Marta: morta ou viva?	124
6.3.4 Um Outro rechaçante	126
6.3.5 Uma rede é uma porção de buracos, amarrados com barbante	129
6.3.6 O ensinamento de Marta para além das anorexias e bulimias	134
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141

Gosto de um modo carinhoso do inacabado,
do malfeito,
daquilo que desajeitadamente tenta um pequeno voo
e cai sem graça no chão.

(Clarice Lispector, *A Legião Estrangeira*)

1 INTRODUÇÃO

No século XIX, Charles Lasègue e William Gull descreveram quadros caracterizados pela recusa alimentar e ausência de uma causa orgânica definida. Desde então, as anorexias e, posteriormente, as bulimias têm sido objeto de interesses e controvérsias no campo médico e psiquiátrico. Sabemos que essas práticas estão presentes desde os primórdios da humanidade. No entanto, elas parecem ganhar um novo colorido no contemporâneo¹.

Vivemos em uma sociedade em que o corpo assume o protagonismo de uma maneira muito diferente de outros tempos. Igualado a um objeto de consumo, o corpo está pronto para ser manipulado e retificado com todo o aparato biotecnológico ofertado pelo capitalismo pós-industrial. Sua imagem, desancorada dos suportes simbólicos tradicionais, torna-se especialmente instável e mais susceptível às diversas intervenções e tentativas de normatizações. Se antes os sujeitos preocupavam-se com a harmonia do corpo, da alma e sua inscrição social, agora, é o trabalho sobre a pura imagem que ganha evidência.

Não é por acaso que o desconforto com a imagem corporal tenha se tornado o fenômeno fundamental para o diagnóstico das anorexias e bulimias no contemporâneo. Os comportamentos relacionados à alimentação e ao corpo presentes nesses quadros colocam em xeque todo o suposto saber do discurso biomédico e não se prestam às investidas reguladoras da biopolítica atual. Os prejuízos clínicos, sociais e pessoais na vida de sujeitos caracteristicamente jovens que adotam práticas anoréxicas e bulímicas são preocupantes. O curso longo e variável além do prognóstico reservado desses sintomas nos convocam a discutir sobre as possibilidades de planejamentos terapêuticos mais eficazes, tornando o tema relevante para o desenvolvimento de pesquisas.

Paradoxalmente, no Brasil, sobretudo a partir 2000, a obesidade ganhou o *status* de grande vilão da saúde. Desde então, várias pesquisas foram desenvolvidas no sentido de buscar intervenções efetivas para o seu controle (MATTOS, 2012). Nesse contexto, o estigma em relação aos sujeitos com um peso acima do normal ecoou por toda sociedade. Lembro-me quando trabalhei, em 2002, ainda como estudante de Medicina, em um serviço voltado para o

¹ Ao longo deste estudo, utilizo o termo “contemporâneo” para me referir à atualidade. Existem diversas nomeações e discussões sobre o período em que vivemos. A título de precisão, faço uma aproximação à ideia de hipermodernidade, desenvolvida por Lipovetsky (2004). O filósofo argumenta que, desde 1950, o mundo vive uma intensificação das características que marcaram a modernidade: o mercado, o individualismo e a ascensão técnico-científica. Essa exacerbação se fez ainda mais sensível a partir 1980, com o avanço da globalização e das inúmeras tecnologias de comunicação. Esse é o período que Lipovetsky denomina “hipermodernidade”, fazendo referência à velocidade dos acontecimentos e movimentos que interferem diretamente nos comportamentos e modos de vida dos seres humanos (LIPOVETSKY & CHARLES, 2004).

atendimento de crianças e adolescentes obesos. Uma investigação sobre um possível vírus causador da obesidade deixava, eu e meus companheiros de trabalho, especialmente fascinados. Já era notável a tendência da biopolítica contemporânea que promete tudo resolver através do conhecimento molecular da vida. Nada disso, no entanto, nos furtava das intervenções mais “artesanais” no cotidiano da clínica, em que as singularidades dos casos se impunham sobre os ideais cientificistas.

Essa experiência indicava-me que reduzir as práticas alimentares a uma mera necessidade biológica do ser humano era insuficiente para abordar esses quadros. Por mais que déssemos conselhos, fizéssemos orientações e participássemos das construções de certo saber que sustentariam algumas políticas públicas, por que os sujeitos continuavam se alimentando e adotando comportamentos considerados “inadequados”? Questionamentos como esse não vieram sem uma boa dose de frustração. Uma frustração produtiva que me levou a buscar diálogos com outros campos do saber, tensionando-os constantemente com a minha prática.

O meu cotidiano como médico generalista, durante os dois primeiros anos de formado, não foi isento de confrontos e incertezas sobre qual, de fato, era a saúde que eu buscava – para mim e para meus pacientes.

O encontro com a Psicanálise e, posteriormente, com a Psiquiatria forneceu-me um aporte para entender, definitivamente, que o ser humano não se reduz à suas necessidades e seus instintos. Em 2009, passei a integrar o Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (NIAB), um grupo de trabalho que se dedica a prestar assistência a sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. Foi a partir dessa experiência, marcada por um compartilhamento íntimo da clínica, que desenvolvi a minha dissertação de mestrado, apoiado por grandes parceiros que ainda permanecem como interlocutores em meus anseios clínicos e acadêmicos.

Mais do que nunca, a clínica (do singular) colocou-se como foco de investimento, algo que não veio descolado de suas relações com o coletivo. Era claro que os sujeitos que eu atendia, cada qual com o seu sofrimento singular, revelavam, através de seus sintomas, efeitos das mudanças sociais e culturais nas formas de manifestação do mal-estar. Tais singularidades, no entanto, constituíam-se como uma possibilidade para que esses sujeitos emergissem, destacando-se de certa homogeneidade do social e produzindo, por vezes, transformações no coletivo.

Foi nesse contexto em que me deparei, contingencialmente, com o campo de investigação que se convencionou chamar de Saúde Coletiva. Esse campo, caracterizado pela

interdisciplinaridade, toma, inicialmente, as coletividades como categoria de análise, constituindo-se como um foco de resistência ao modelo biomédico hegemônico. Seus investimentos direcionadas ao coletivo, sem dúvida, foram decisivas para o avanço e sedimentação de políticas importantes que estabeleceram, nada mais, nada menos, que o Sistema Único de Saúde. Este transformou a realidade de milhões de brasileiros, evidenciando como a convivência dos princípios da universalidade e da equidade² pode, potencialmente, mudar a realidade em que vivemos. Há, nessa proposta, algum reconhecimento de que encarar as diferenças constitutivas da sociedade é fundamental para sustentarmos nossas práticas em saúde. É possível constatar, contudo, certa timidez nas pesquisas da Saúde Coletiva na abordagem das diferenças radicais ou, escrito de outra forma, as singularidades.

Neste estudo, me refiro às coletividades como classes que contemplam características comuns a um grupo particular de sujeitos. Nessa concepção, uma coletividade se consiste a partir de predicados descritivos (GARCIA, 2015), dando a impressão de um conjunto homogêneo. Transpondo essa categoria para a lógica da saúde, lembremos com Michel Foucault que a Medicina do século XIX começou a mapear e precisar muito bem o que eram as doenças a partir do agrupamento dos fenômenos observados (FOUCAULT, 2008).

A essência nosológica que tenta fixar e esgotar as doenças em certas classes, no entanto, é frequentemente perturbada pelo doente. Podemos dizer que isso que, pelo menos a princípio, rompe com a ideia de um grupo homogêneo, refere-se à dimensão do singular. Ou seja, algo que não faz parte de um conjunto, o “Um sozinho”, disjunto do universal classificatório (GARCIA, 2015). Esse elemento singular, ao apontar para aquilo que escapa à lógica discursiva, parece revelar justamente o *locus* em que o saber biomédico não opera. Por isso, muitas vezes, a singularidade é entendida como um erro, algo que impede o bom andamento da Medicina, devendo ser descartada – situação habitual nas práticas e pesquisas em saúde. No entanto, acolher isso que escapa pode abrir portas para a construção de novos saberes e implicar efetivamente os sujeitos nesse processo – sejam profissionais, pacientes ou o seu entorno.

Nesta investigação, não mantereí o foco exclusivamente no singular, mas me esforçarei para articular esse “Um sozinho” ao coletivo. Para isso, partirei da análise do itinerário de cada um, como um sujeito único, que não se repete, sem, no entanto, fixar-me

² Os princípios da universalidade (garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços e dispositivos de saúde) e da equidade (“tratar desigualmente os desiguais”) se constituem como grandes pilares do Sistema Único de Saúde brasileiro.

nesse ponto. Afinal, entendo que tais elaborações se tornam mais potentes se conseguirmos estabelecer uma construção em que ocorra a conexão do singular com o coletivo.

Tais indagações e suposições – entre o singular e o coletivo – nortearam esta pesquisa, inscrita na área de Ciências Humanas e Sociais do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. O meu interesse foi conhecer a convivência entre essas duas dimensões no contexto das práticas de saúde. Para isso, escolhi a clínica das anorexias e bulimias por entendê-la como um paradigma. Um paradigma que, como mencionei, desafia a lógica do raciocínio biomédico e que questiona qualquer proposta padronizada de tratamento, assim como as organizações e fluxos dos serviços e redes de saúde.

Na organização desta tese, comecei com o capítulo *CONSTRUÇÃO DO CAMPO TEÓRICO*. Embora essas elaborações tenham sido construídas *a posteriori*, optei por colocá-las já na introdução para fundamentar as discussões presentes nas análises dos resultados. Nesse texto inicial, localizei alguns conceitos fundamentais da Psicanálise, relacionando esse campo com o da Saúde Coletiva. Além disso, enfatizei a importância clínica e epidemiológica das práticas anoréxicas e bulímicas na atualidade e, finalmente, discuti a configuração sociopolítica contemporânea e os seus efeitos nas subjetividades e manifestações sintomáticas de nossa época. Na sequência, construí uma justificativa para sustentar os objetivos do meu estudo.

No *PERCURSO METODOLÓGICO*, explicito o caminho desenvolvido nesta investigação. Essencialmente, utilizei a metodologia das narrativas, tomando como referência a proposta de construção, junto aos entrevistados, de “itinerários terapêuticos”. Entrevistei diversos profissionais de saúde, bem como sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos, para entender as trajetórias dos pacientes e a forma como o problema é socialmente representado.

Já os *RESULTADOS E DISCUSSÕES* foram divididos em três tópicos. No primeiro, intitulado *Sobre as anorexias e bulimias: concepções e suposições etiológicas na perspectiva dos profissionais de saúde*, abordei a perspectiva dos profissionais de saúde, suas concepções e suposições etiológicas sobre as anorexias e bulimias. Tentei, com isso, localizar ideias centrais que regem a formação discursiva sobre esse tema no campo da saúde.

No segundo tópico, intitulado *A perspectiva dos sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos sobre seus itinerários terapêuticos*, o foco recaiu na perspectiva dos sujeitos com esses sintomas. Nele, incluí os motivos e as formas como cada um se apropria das práticas anoréxicas e bulímicas, o momento em que elas constituem-se como problema e os recursos

acionados a partir daí. Algumas narrativas desses sujeitos foram selecionadas e apresentadas antes de cada um dos tópicos de discussão. Transcrevê-las mais ou menos no formato em que elas chegaram até mim foi um exercício na tentativa de evidenciar a riqueza do material coletado e de permitir que o leitor pudesse entrever algo da singularidade dos entrevistados. Digo entrever porque nenhum deles estava em um processo analítico comigo, no qual o gozo pudesse ser localizado e confirmado pelo próprio sujeito. No entanto, em alguns momentos dos encontros pontuais, pude localizar algo absolutamente inédito que, pelo menos em minha leitura “contaminada” pela escuta analítica, me pareceu indicar algo da “verdade” daqueles entrevistados. De todo modo, ao apresentar essas narrativas, tive o cuidado de não interpor o saber que extrai de cada uma dessas histórias. Pretendi, assim, que o leitor fosse tocado e fizesse suas próprias elaborações.

No terceira parte do capítulo *RESULTADOS E DISCUSSÕES*, intitulada *As peregrinações de Marta: uma narrativa coletiva dos profissionais de saúde*, retomei as perspectivas dos profissionais construindo uma única narrativa sobre o itinerário de um sujeito que nomeei como Marta. Minha intenção foi evidenciar os afetos e as ações dos trabalhadores diante de um sujeito que sustenta sua singularidade radical. Para além dos seus discursos, esforcei-me para que o texto revelasse a singularidade, na sua forma mais absoluta, de Marta, um sujeito que inventa, constantemente, seu itinerário e cria seu lugar.

Por fim, no capítulo *CONSIDERAÇÕES FINAIS*, retomei alguns elementos discutidos, esforçando-me para melhor amarrá-los ao referencial inicial e produzir algum avanço no campo da Saúde Coletiva.

Não se trata exatamente de um trabalho conclusivo, mas o resultado de um turbilhão de questionamentos advindos de trocas de experiências com sujeitos que vivem com esses sintomas e com profissionais dos mais variados campos do saber. Assumir este texto, assim como se apresenta, não seria possível sem o gosto “lispectoriano” pelo inacabado, por aquilo que, desajeitadamente, tenta um pequeno voo e cai - quase sem graça - no chão.

Eis o convite para que (re)façamos esse tropeço de modo a melhorá-lo.

2 CONSTRUÇÃO DO CAMPO TEÓRICO

2.1 Saúde Coletiva e Psicanálise

A Saúde Coletiva, um campo interdisciplinar³ por excelência, envolve metodologias, técnicas e saberes diversos, esforçando-se por apreender conceitualmente e por desenvolver formas de abordagem à altura da complexidade de seu objeto: o processo de saúde-doença e a intervenção em sua dimensão coletiva. Originária de um movimento dos profissionais da Saúde Pública e da Medicina Preventiva e Social na década de 1980, a Saúde Coletiva incorporou saberes até então à margem da discussão sobre a saúde, em particular os das Ciências Humanas e Sociais. Esse movimento possibilitou um deslocamento do paradigma biomédico hegemônico em direção a articulações epistemológicas mais complexas, trazendo a tradicional disjunção entre as ciências da natureza e as ciências do homem para o interior de um único campo (CAMPOS, 2000; CAMARGO JR. et al, 2010; LUZ, 2009).

Inicialmente, a Saúde Coletiva assumiu uma crítica ao positivismo do modelo biomédico, privilegiando o social como categoria analítica. No Brasil, as contribuições das Ciências Sociais para esse campo sofreram um deslocamento de ênfase que se fez sensível nos anos de 1990. Nessa época, estudos de cunho estruturalista, sobretudo os de orientação marxista, cederam lugar aos estudos de bases empírico-sociológica ou fenomenológica. Assim, a questão da dignidade do sujeito foi retomada em trabalhos interpretativos, etnográficos e de representações, contrastando com o seu abandono nas análises de orientação materialista⁴. No entanto, esse deslocamento se limitou à abordagem do sujeito racional, seja ele histórico, social ou coletivo, e poucas investigações consideraram o sujeito do inconsciente e a economia pulsional (CAMPOS, 2012).

É importante precisarmos o sujeito a que nos referimos quando o associamos ao termo “inconsciente” para entendermos as consequências disso para o campo da Saúde Coletiva. Na Medicina orientada pelo método anátomo-clínico, o sintoma representa um sinal que indica a presença ou a possibilidade de uma doença detectável no organismo (PIMENTA &

³ Neste trabalho, usarei o termo “interdisciplinaridade” entendendo-o como a incidência de uma disciplina sobre a outra a partir do ponto de encontro que nasce da impossibilidade de qualquer saber recobrir toda a verdade. Não se trata de articular campos disciplinares distintos visando alguma redução, complementariedade ou a hegemonia de um sobre o outro, mas de produzir discursos cooperativos entre diversos saberes e atores sociais (GUERRA et al, 2015).

⁴ Mesmo no campo da psicologia social, os freudomarxistas, materialistas por excelência, entendem o sujeito, essencialmente, como fruto de relações sociais concretas. Nessa construção teórica, acredita-se que o sofrimento de cada um é um efeito exclusivo de uma ideologia social dominante (PINTO, 2008), deixando de lado os aspectos singulares e pulsionais que tentaremos evidenciar nesta investigação.

FERREIRA, 2003). No entanto, os sintomas nem sempre correspondem a uma disfunção orgânica, o que pôde ser evidenciado por aqueles que se dedicaram ao estudo dos sujeitos histéricos. Esses apresentavam quadros caracterizados por alterações corporais decorrentes de uma inibição ou excitação sensorial e motora, como paralisias, desmaios, tremores, cegueiras e afonias. Por serem manifestações que não correspondiam à realidade biológica e que não cediam aos tratamentos convencionais, representavam um grande desafio para os médicos no final do século XIX.

Escutando os sujeitos histéricos, o médico neurologista Sigmund Freud elaborou o conceito de inconsciente, outorgando importância decisiva para a participação do psiquismo na gênese dessas manifestações sintomáticas. A teoria freudiana representou uma ruptura epistemológica no pensamento da época, apresentando uma concepção de corpo regido por mecanismos inconscientes e pulsionais diferente da concepção médico-biológica dominante.

O médico vienense desenvolveu a teoria de que os sintomas neuróticos são expressões de conflitos entre o eu e as pulsões⁵ sexuais que, por determinações éticas e de autopreservação impostas pela cultura, são impedidas de se tornarem conscientes através de uma defesa psíquica. A ideia freudiana era que essa defesa, denominada recalque, de alguma forma fracassava e a pulsão buscava novas vias de satisfação nos caminhos do inconsciente. O sintoma seria uma dessas vias, representando, em sua essência, uma satisfação substitutiva para desejos sexuais não realizados ou, escrito de outra forma, uma solução de compromisso entre duas forças antagônicas: uma que visava à satisfação sexual e outra que a reprimia (FREUD, 1996b).

Em uma de suas *Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise*, intitulada *O Sentido dos Sintomas*, Freud demonstrou que os sintomas neuróticos, assim como os atos falhos e os sonhos, carregam consigo um sentido sexual muito individual, tendo íntima conexão com as experiências do paciente. Assim, a função do psicanalista seria a de auxiliar o sujeito a tornar esse sentido acessível à consciência através da interpretação e, assim, aliviar o sofrimento (FREUD, 1996c). No entanto, a evolução prática e teórica freudiana evidenciou que as manobras baseadas na interpretação eram insuficientes diante do caráter problemático e paradoxal do sintoma: se, por um lado, representava uma satisfação, por outro, causava um importante sofrimento para o sujeito, que ultrapassava o princípio do prazer (FREUD, 1996d, 1996e).

⁵ Freud denominou a pulsão como algo que remetia à materialidade da energia no psiquismo, “[...] conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo.” (FREUD, 1996a, p.127)

Freud vinculou a satisfação encontrada na repetição, no sofrimento e no desprazer dos sintomas a algo muito próprio do ser humano, associado à tendência à agressão e à autodestruição. Esse elemento, que ultrapassa o princípio do prazer e não se deixa capturar pelo sentido, foi nomeado pelo psicanalista como pulsão de morte (FREUD, 1996d, 1996e). Para ele, esse núcleo sempre ininterpretável do sintoma se constitui como um resto que comanda o aparelho psíquico em direção ao retorno ao inanimado⁶, a despeito das exigências da vida e do convívio em sociedade.

Jacques Lacan, psiquiatra e psicanalista francês, em 1953, época em que iniciou o seu ensino, retoma os conceitos freudianos a partir da linguística estrutural e funda o aforismo do “inconsciente estruturado como linguagem”. Nessa época, o psicanalista privilegiava o deciframento simbólico na abordagem do sintoma, afirmando que “o sintoma se resolve por inteiro em uma análise linguageira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem, por ser a linguagem cuja fala deve ser libertada” (LACAN, 1998a, p.270). No entanto, como dissemos, a experiência clínica já evidenciava a persistência do sintoma mesmo após sua interpretação. Esse resto indecifrável, que Freud articulou à pulsão de morte, foi nomeado por Lacan de gozo.

O gozo, e seu campo, é o conceito lacaniano que abrange o prazer e o desprazer, expressando a conjunção entre Eros e Tánatos⁷. O gozo, articulado ao real⁸, não se deixa apreender totalmente pelo simbólico; ele está sempre extravasando, transbordando. Na medida em que Lacan avançou na definição de sintoma, a dimensão de gozo nele presente foi acentuada. Nessa elaboração, para além de um enigma a ser decifrado, o sintoma passou a ser entendido como uma forma de defesa diante de um excesso de gozo ou, escrito de outra maneira, como uma suplência àquilo que escapa do universo simbólico e que se articula ao real. Assim, o estatuto de solução do sintoma diante de um impossível de ser dito – o real –

⁶ Freud entendia que existia uma tendência entrópica da energia pulsional que tendia a retornar ao inanimado, ou seja, a um estado de apaziguamento das tensões psíquicas que precede o surgimento da vida.

⁷ Na mitologia grega, Eros se refere à personificação da vida e Tánatos, à personificação da morte.

⁸ Lacan estruturou o inconsciente freudiano a partir de três registros: simbólico, imaginário e real. O registro simbólico é o lugar do código fundamental da linguagem. Ele é a lei responsável pela inserção do sujeito na cultura, denominada por Lacan de grande Outro. O Outro, grafado em maiúscula, foi adotado para mostrar que a relação entre o sujeito e o grande Outro é diferente da relação com o outro semelhante. Esta última se refere ao registro imaginário, conceito inicialmente correlato ao Estádio do Espelho. O imaginário é o lugar da construção do eu, das ilusões, da alienação, do engodo e daquilo que participa da formação do corpo humano como unidade. Já o real é o que sobra como resto do imaginário e que o simbólico é incapaz de capturar, não devendo ser confundido com a noção corrente de realidade. O real é sem ordem, não tem lei e pode ser definido como resto, impossível ou indizível por se tratar daquilo que não pode ser simbolizado e, portanto, só pode ser aproximado ou contornado, jamais capturado.

passou a ser mais enfatizado que a ideia de um compromisso interpretável de um conflito psíquico de origem sexual (SANTOS, 2005).

Esse excesso sem sentido é patente nos sintomas contemporâneos como as anorexias, bulimias, toxicomanias, entre tantos outros. Dessa forma, diversos autores do campo lacaniano mantêm a denominação de “sintoma” ou, mais habitualmente, “novos sintomas”, para se referirem a essas manifestações atuais que não se prestam à decifração como o sintoma freudiano típico (ALKMIM, 2010; EIDELBERG et al, 2003; SANTOS, 2005).

Seguindo essas elaborações, quando nos referimos ao sujeito do inconsciente, queremos destacar que ele se difere drasticamente do indivíduo ou do sujeito racional cartesiano. Lacan, em 1957, subverte o cogito de Descartes, “penso, logo existo”, propondo “penso onde não sou, sou onde não penso”. Ele adverte que o sujeito está presente justamente no lugar em que ele não pensa, esclarecendo que o sujeito não é o que resulta de uma elaboração de saber, ou seja, ele não se reduz a tudo o que se pode pensar ou àquilo que engloba a consciência de si, do mundo e da relação entre ambos. Lacan situa o sujeito da Psicanálise em um intervalo, entre um significante e outro. Dito de outra forma, ele o situa na divisão entre o significante que o nomeia e o que lhe escapa, apontando, assim, para o espaço de atuação das pulsões, que buscam satisfação e que devem ser levadas em consideração na análise das escolhas humanas (LACAN, 1998b).

Outro ponto que merece destaque é a aparente disjunção entre inconsciente e responsabilidade. É comum que se depreenda da obra freudiana a ideia de que o inconsciente é constituído por traços traumáticos de uma história passada que se inscreveram na memória. Essa interpretação tende a aproximar a metapsicologia freudiana do empirismo científico, sustentando uma visão determinista do sujeito. Ou seja, o sujeito deixa de ser responsável por suas ações, uma vez que é determinado por algo que já está inscrito em seu inconsciente, assim como ocorre quando se busca explicar os acontecimentos da vida a partir de pressupostos biológicos cientificamente conhecidos. Lacan, ao reler Freud, ressalta que a história do sujeito é uma reinscrição que se reatualiza no presente e não uma mera determinação da memória de um passado (FORBES, 2012). O inconsciente freudiano é inconsistente, fugidio e jamais poderá ser apreendido por completo. É essa concepção que Freud, em 1937, destaca em seu texto *Análise terminável e interminável* ao afirmar que é impossível que o analisante se livre por completo de uma exigência pulsional, ficando sempre um resto ao final de uma análise (FREUD, 1996f). Trata-se de algo indizível que convoca o sujeito a um posicionamento. Para Lacan, a Psicanálise visa a responsabilidade com relação a esse ponto de não saber, esse ponto impossível, sem sentido, que ele nomeia de real.

Entender o sujeito do inconsciente como aquele que escapa à razão, sendo, ainda assim, responsável por suas ações, pode trazer importantes consequências para o campo da Saúde. Assumir que os atores da saúde, sejam eles profissionais ou pacientes, são sujeitos do inconsciente que buscam satisfações pulsionais muda a forma de abordar as equipes de saúde e as relações que aí se estabelecem (CAMPOS, 2012). Talvez isso possibilite o advento daquele paciente que é “sujeito de sua própria saúde”, bordão muito utilizado pelos profissionais do cuidado. Com a Psicanálise, sabe-se, no entanto, que essa responsabilidade nem sempre se constrói em consonância com as exigências de adaptação a padrões ideais. Afinal, como vimos, existe uma vertente pulsional (o gozo) que não está a serviço da vida e dos ideais. A escuta da singularidade permite localizar as invenções dos sujeitos para lidar com o que é impossível de subjetivar, de colocar em discurso de forma a se fazerem incluir no vínculo social.

Campos (2012), ao defender a relevância das contribuições dos conceitos psicanalíticos para os campos teórico e prático da Saúde Coletiva, questiona o senso comum de que a Psicanálise seja uma atividade que pressupõe um trabalho restrito aos consultórios particulares destinados às classes mais favorecidas, enquanto a Saúde Coletiva seria uma atividade que pressupõe intervenções no exterior, na sociedade, no que é coletivo. A autora ressalta que não há “um sujeito do inconsciente possível de se desenvolver em uma cápsula hermeticamente isolada do seu meio cultural e social” (CAMPOS, 2012, p.13). Nessa mesma direção, Miller (2006) acrescenta que o sujeito não se confunde com o indivíduo, pois o sujeito é também sujeito do coletivo, da civilização. Por isso, “não há clínica do sujeito sem clínica da civilização” (MILLER, 2006, p. 21 e 30), cabendo ao analista conhecer como determinada época vive a pulsão.

Nieves Soria (2003) corrobora essa ideia ao explicitar que a montagem pulsional não está exclusivamente relacionada ao gozo que escapa ao sentido. Se assim fosse, não haveriam mudanças nas manifestações sintomáticas de acordo com a época. A psicanalista segue o ensino de Lacan para evidenciar que a satisfação pulsional verificada no sintoma se dá justamente pela passagem da pulsão pelo campo do Outro simbólico. Nessa perspectiva, não há uma dualidade entre o real e o simbólico, mas uma articulação entre o gozo e o sentido do sintoma. É no campo do Outro social que a pulsão encontrará os semblantes necessários para sua satisfação. Por isso, quando a cultura, o social, o Outro se transformam, os sintomas também seguem esse caminho (SORIA apud EIDELBERG et al, 2003).

A mutação histórica dos sintomas, assim como de sua frequência foram temas que interessaram a Freud em diversos momentos de sua obra. Em 1918, ele já se colocava

inclusive a questão de saber quais adaptações nas técnicas da Psicanálise seriam necessárias, quando fosse reconhecida a nocividade das neuroses em saúde pública:

"[...] um dia a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem, exatamente, tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem agora a ajuda oferecida pela cirurgia, pois as neuroses ameaçam tanto a saúde pública quanto a tuberculose, e, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. [...] Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições." (FREUD, 1996g, p.180)

Diferentemente do que muitos pensam, a Psicanálise reinventa-se e está mais viva do que nunca, constituindo-se como uma importante presença nos movimentos sociais que surgem em resposta aos novos processos de saúde-doença do mundo contemporâneo. Ela orienta o trabalho em saúde mental de alguns serviços e de muitos dos profissionais que atuam na rede pública de saúde, em instituições judiciárias, em organizações não governamentais (ONGs), e junto a programas e serviços governamentais destinados a infratores, para citar algumas das experiências atuais. Nelas, coabitam o coletivo e o singular, o que permite soluções inéditas, reintroduzindo, por vezes, a possibilidade do vínculo social, seja ele com a família, com as instituições, com o cuidador, com o trabalho, etc.

Se essas experiências não cessam de se produzir, parece não haver, no entanto, uma fórmula capaz de reproduzir de forma previsível o retorno de um sujeito ao laço social. Da mesma forma, o ato analítico, que visa facilitar esse laço, não se mostra programável. Nenhum *setting* garante o ato analítico e nem sua ausência o impede. É o que Miller (2009) propõe ao desenvolver a ideia do “lugar alfa” que a Psicanálise pode ocupar nas instituições (MILLER, 2009). Ele afirma que os efeitos psicanalíticos não dependem do terreno apropriado dos consultórios nem da natureza de sua clientela, mas sim do engajamento do analista em sua experiência de formação. Uma formação adequada permite ao praticante suportar um laço favorável ao ato analítico e se tornar um objeto nômade, passível de transitar por diversos espaços. O analista, ao se posicionar no lugar dito alfa, possibilita que a fala do sujeito acolhido retorne de forma invertida como um saber inconsciente de que ele próprio ignorava ser a sede. Abre-se, então, a possibilidade de que o sujeito reafirme ou refaça suas escolhas, e se libere para uma satisfação no vínculo social. O analista, ao ocupar esse lugar, explicita uma conexão direta com o social e os efeitos de suas manobras evidenciam, finalmente, que a realidade psíquica é a realidade social de cada um.

Nesse contexto, entendemos que existe muito mais uma aproximação do que uma divergência entre a Psicanálise e a Saúde Coletiva. Ambas se propõem justamente a desconstruir o paradigma biomédico hegemônico, trazendo à tona debates fundamentais para uma abordagem mais ampliada do processo saúde-doença. Assim, neste trabalho seguiremos o referencial teórico da Psicanálise no intuito de nos subsidiar na investigação a respeito da convivência entre o singular e o coletivo no âmbito das práticas em saúde, tomando as anorexias e bulimias contemporâneas como objetos de escrutínio.

2.2 Anorexias e bulimias contemporâneas: problemas para a Saúde Coletiva?

Atualmente, na perspectiva psiquiátrica, as Anorexias e Bulimias Nervosas são definidas como síndromes psiquiátricas graves, caracterizadas por perturbações no comportamento alimentar, associadas a distorções da imagem corporal (APA, 2002), cujas intensidade e duração têm repercussões na saúde futura dos sujeitos.

Não podemos desconsiderar que esses quadros, atualmente concebidos como transtornos, são construídos a partir de experiências singulares articuladas ao coletivo, em contextos históricos e sociais específicos – o que sustenta a ideia de síndromes culturalmente condicionadas (*culture-bound syndrome*). Comportamentos alimentares excêntricos estão presentes desde os primórdios da humanidade e, nem sempre, foram considerados patológicos. No mundo cristão ocidental, por exemplo, os jejuns autoinduzidos praticados por algumas mulheres receberam interpretações que contemplavam da santidade à bruxaria (WEINBERG & CORDÁS, 2006), conectando-os aos ideias religiosos da época. Isso evidencia como o sintoma é, em parte⁹, efeito da estrutura discursiva de certo momento histórico (FOUCAULT, 2008).

As primeiras descrições médicas das anorexias e bulimias que se aproximam da forma como elas são entendidas atualmente foram realizadas por William Gull, um proeminente médico inglês que, em 1873, cunhou o termo “anorexia nervosa”. Nessa mesma época, Charles Lasègue, neurologista francês que se dedicou ao estudo da histeria, publicou um artigo com oito casos de jovens entre 18 e 32 anos com quadros que ele denominou como “anorexia histérica”, enfatizando a associações dessas manifestações às mulheres histéricas¹⁰

⁹ Em parte porque, como destacamos anteriormente, o sintoma tem algo que pode ser apreendido pelo discurso e, ao mesmo tempo, algo que não se reduz à linguagem e que se relaciona ao real.

¹⁰ A associação das manifestações anoréxicas com a histeria foi retomada por Jaques Lacan em 1957, inserindo esses sintomas dentro de uma dialética do desejo. Nessa lógica, o sujeito adotaria a posição de recusa para

(HEPWORTH, 1999). É curioso reparar que, apesar da descrição detalhada de ambos os médicos, não há qualquer referência ao que hoje consideram-se critérios fundamentais para o diagnóstico desses transtornos: a insatisfação com a imagem corporal e o medo exagerado de ganhar peso. A distorção da imagem, conhecida na psicopatologia como dismorfofobia, foi ressaltada apenas na década de 1970 pela psicanalista pós-freudiana Hilde Bruch (1973) como um aspecto fundamental desses quadros, sendo, definitivamente, incorporada como critério para se fazer o diagnóstico.

Quando falamos de “anorexias e bulimias contemporâneas”, queremos destacar que, neste estudo, trataremos desses quadros na forma como eles se apresentam na sociedade atual: com forte referência à imagem corporal sem conexão com o sentido, denunciando a fragilidade dos ideais e do universo simbólico que marcam as modalidades do laço social no contemporâneo.

As anorexias e bulimias afetam, sobretudo, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, causando prejuízos físicos, psíquicos e sociais que impactam tanto os pacientes quanto os serviços de saúde pública. A anorexia é a terceira doença crônica mais prevalente na adolescência e, entre todos os transtornos psiquiátricos, é o que apresenta as maiores taxas de mortalidade. Além disso, os pacientes com transtornos alimentares costumam apresentar uma qualidade de vida pior que a dos pacientes esquizofrênicos, paradigmas de gravidade na psiquiatria (ARCELUS et al, 2011; TIRICO et al, 2010).

As pesquisas epidemiológicas indicam uma prevalência de 0,3 a 0,9% para anorexia nervosa e de 1 a 2% para bulimia nervosa entre mulheres jovens ocidentais et al, 2012). Diversos autores sugerem, no entanto, que essas taxas estejam subestimadas, destacando que são mais elevadas quando se consideram os sujeitos com síndromes parciais ou com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (GILBERT et al, 2012; NICHOLLS et al, 2011). Muitos desses quadros clínicos também afetam negativamente a saúde e, apesar de não preencherem todos os critérios para o diagnóstico, não devem ser excluídos do cuidado e nem da pesquisa sobre suas motivações e consequências.

No Brasil, os estudos existentes abordam populações específicas, encontrando nelas taxas de prevalência semelhantes às da literatura internacional. Um deles, por exemplo, pesquisou uma amostra de estudantes do sexo feminino entre 14 e 20 anos e demonstrou que 25,2% delas apresentavam comportamentos de risco para anorexia e bulimia, apesar de não

apontar uma falta no Outro, mantendo assim o espaço para o próprio desejo. Essa elaboração, no entanto, não é suficiente para o entendimento dos quadros atuais. Nas anorexias e bulimias contemporâneas ocorre uma satisfação pulsional de natureza autoerótica, em ruptura com o campo relacional e social, ou seja, uma desconexão com o Outro (ou o discurso social) e com a dialética do desejo.

preencherem todos os critérios para o diagnóstico, enquanto 1,2% da amostra apresentava características que indicavam a possibilidade de um transtorno instalado (DO VALE et al, 2011).

Apropriados pela medicina científica há mais de 100 anos, os quadros anoréxicos e bulímicos continuam representando um grande desafio para o saber biomédico, seja pela etiologia multifatorial, seja pela ausência de tratamentos adequados. Apesar do crescente investimento em pesquisas nesse campo, os tratamentos disponíveis continuam apresentando resultados pouco satisfatórios. Estudos mostram que, após as intervenções terapêuticas, a taxa de recuperação completa da anorexia é de cerca de 20%, recuperação parcial de 30% e evolução desfavorável de 20%. Embora essas taxas pareçam animadoras, grande parte dos pacientes mantém alterações físicas, psíquicas e sociais, e a taxa de cronificação gira em torno de 20%. As taxas brutas de mortalidade variam de 5 a 20%, aumentando com o prolongamento do período de acompanhamento. Já a bulimia apresenta taxas de recuperação completa entre 50 e 70% após tratamento. Todavia, as taxas de recaída situam-se entre 30 a 50%. Há evidências de que cerca da metade dos pacientes mantem algum sintoma clinicamente relevante, embora não seja suficiente para o diagnóstico de bulimia nervosa (NUNES, 2006; PINZON & NOGUEIRA, 2004). A mortalidade nesses quadros apresenta taxas de 0,51% por ano para anorexia e 0,17% por ano para bulimia. O suicídio é uma causa importante, chegando a cerca de 20% dessas mortes (ARCELUS et al, 2011).

Trabalhos indicam que o reconhecimento e tratamento precoces dos sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos são fundamentais, pois podem minimizar as danosas consequências desses quadros (GILBERT et al, 2012; NICHOLLS et al, 2011). No entanto, estima-se que menos de 25% dos pacientes busca pelos tratamentos adequados na rede de serviços da saúde (HART et al, 2012; HEPWORTH & PAXTON, 2007) e, habitualmente, quando o fazem, já apresentam sintomas instaurados há algum tempo (GILBERT et al, 2012).

Considerando o exposto, podemos qualificar as alterações no comportamento alimentar aqui referidas, não apenas como um quadro relevante no plano clínico individual, mas também, como um problema que interessa ao campo da Saúde Coletiva (BOSI & ANDRADE, 2004). Como dissemos, uma das questões evidenciadas por essas manifestações é a recusa dos tratamentos padronizados por parte dos pacientes. Esse dado motiva nossa investigação a respeito da acessibilidade¹¹ dos sujeitos com esses sintomas aos serviços de saúde.

¹¹ O conceito de acessibilidade tem sido discutido na Saúde Coletiva em uma perspectiva multidimensional, extrapolando a dimensão geográfica e espacial. Essa concepção leva em consideração os determinantes

Além do dimensionamento clínico, epidemiológico e de toda a discussão a respeito da organização e acessibilidade aos serviços de saúde, as anorexias e bulimias questionam os avanços técnicos e científicos que se aplicam à gestão dos corpos, desde o início da Modernidade, identificados por Michel Foucault como um biopoder. Ou seja, um poder que se exerce através da disciplina dos corpos e da regulamentação progressiva da vida da população, com a justificativa ou o objetivo de maximizar suas potencialidades e produtividade. Trata-se de um poder que é colocado em ato, não a partir da autoridade, mas através de técnicas cotidianas que se disseminam na sociedade (FOUCAULT, 2005).

Para melhor entender esse ponto, a seguir, examinaremos o coletivo a partir da forma de organização social que marca o contemporâneo, tomando como referência a perspectiva foucaultiana sobre biopolítica.

2.3 O corpo é uma realidade biopolítica

As rápidas transformações tecnológicas que marcaram os últimos tempos tiveram um impacto decisivo na forma como pensamos, vivemos, sentimos e nos relacionamos com os outros e com nós mesmos. As expressivas mudanças nas ciências biomédicas, assim como as novidades biotecnológicas aliadas ao mercado de consumo, impulsionaram uma redefinição dos limites do corpo, trazendo o somático, no que ele tem de mais visceral, para o centro de nossa existência. Essa existência cada vez mais carnal, expressada pela linguagem da biomedicina¹², não implica, necessariamente, em uma mudança na natureza humana. Apesar do desenvolvimento de instrumentos e tecnologias científicas e suas possibilidades de desvendamento do corpo e aprimoramento da vida, continuamos vivenciando a impotência diante da finitude e da desarmonia entre o público e o privado. Ao final, independentemente de qualquer tecnologia, apenas o próprio sujeito pode dizer, ainda que parcialmente, o que é o gozo para ele. De todo modo, não podemos desconsiderar o processo histórico e social que contribuiu para fazer de nós os tipos de pessoas que nos tornamos.

As transformações propulsionadas pela biomedicina e pela lógica capitalista são frutos de constantes lutas, resistências e negociações que podem ser localizadas em determinados contextos históricos e sociais da sociedade ocidental. Os debates epistêmicos e políticos sobre

socioculturais do complexo saúde-doença-cuidado assim como suas apropriações por cada sujeito na busca pelos serviços de saúde.

¹² Ao longo deste trabalho, usarei o termo biomedicina para me referir a um tipo de medicina baseada em uma racionalidade vinculada exclusivamente ao conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia (CAMARGO JR., 2005).

esse tema nos remetem ao arsenal teórico-conceitual construído por Michel Foucault em seus estudos genealógicos sobre o poder. O filósofo francês nos fornece elementos para pensar as relações humanas que se estabelecem nas sociedades modernas a partir da tônica do biopoder. Como assinala Foucault, esse poder é exercido, não a partir da autoridade oriunda de um foco central, mas através de técnicas sutis disseminadas no cotidiano, negociadas e incorporadas pelos corpos e por todo tecido social (FOUCAULT, 2005).

No período clássico das sociedades ocidentais europeias, o poder estava, notadamente, centralizado na figura de um soberano. Este tinha a prerrogativa de decidir sobre a vida e a morte das pessoas, sobretudo nas ocasiões em que ele estava sob ameaça de inimigos internos ou externos. A forma jurídica do poder soberano, colocava o governante como aquele que tudo podia e, por isso, ocupava um lugar de exceção. Ele tinha o direito de confiscar as coisas, o tempo, os corpos e, em última instância, a vida dos sujeitos, garantindo, assim, a posse do território¹³. O soberano podia “fazer morrer” ou, simplesmente, “deixar viver” (FOUCAULT, 2009).

A essência desse tipo de poder era sua natureza descontínua e esporádica, o que tinha como reflexo os seus excessos. A forma hiperbólica como o poder era exercido, por exemplo, nas execuções públicas espetaculares, buscava justamente compensar o fato de não estar claramente manifesto em todos os momentos da vida cotidiana. Ainda assim, sua permanência não seria possível se não existisse uma teia fina de convenções tradicionais e obrigações recíprocas cuja complexidade e alcance excedia as extravagâncias do soberano (RABINOW & ROSE, 2006).

Posteriormente, na Idade Moderna, que se inicia no século XVII, a soberania do Estado passou a ser sustentada pela ideia de utilidade pública e pelas leis disciplinares. Os laços sociais passaram a ser firmados pela necessidade recíproca, com finalidade de se formar Estados prósperos e prover o bem comum. O foco do poder se deslocou, assim, da propriedade do território para a Nação, ou seja, para as populações que nele habitavam. As guerras passaram a ser declaradas não mais em nome do soberano, mas em nome da

¹³ Para exemplificar, Foucault retoma a obra *O Príncipe*, escrita em 1513 por Nicolau Maquiavel e que, durante muito tempo, se constituiu como uma importante referência nos debates sobre o governo do Estado até o século XIX. Foucault destaca que o príncipe estava em uma relação de exterioridade com os demais, de transcendência em relação ao seu principado. Ele recebia esse principado por herança, aquisição ou conquista, mas não fazia parte dele. Não havia uma ligação essencial, natural e jurídica, entre o príncipe e seu principado. Os laços eram forjados pela violência e pela tradição, estabelecidos por tratos de cumplicidade ou aliança com outros príncipes. A instabilidade desse contrato deixava o governante permanentemente em estado de ameaça e, por isso, o exercício do poder tinha como objetivo a manutenção e a proteção do principado, entendido não como o conjunto constituídos por súditos e território, mas como a terra que o príncipe herdou ou adquiriu (FOUCAULT, 2011).

existência de todos. No lugar da força, surgiu um pacto social que promovia o respeito à lei. Ainda assim, o Estado permanecia no lugar de exceção, governado a partir de racionalidades próprias que nem sempre correspondem às leis naturais e divinas ou aos preceitos de sabedoria e de prudência (FOUCAULT, 2011).

Nesse período, embora não houvesse uma tecnologia dominante e completamente formalizada, o cuidado com a vida e com os corpos tornou-se objeto de preocupação do Estado. Um novo tipo de racionalidade técnica e política passa a se desenvolver paralelamente às antigas teorias políticas da soberania, da lei natural e do contrato social. Abriu-se, assim, a era do biopoder.

A princípio, as tecnologias de poder se concentraram na gestão individual dos corpos. Esse gerenciamento tomou os corpos como objetos a serem manipulados, visando, em última instância, a produção de “corpos dóceis” e produtivos. A tecnologia desse poder disciplinar ganhou espaço para o seu desenvolvimento nas prisões, hospitais, nas fábricas e nas escolas, que se constituíram como locais privilegiados para o desenvolvimento dessas técnicas, que se tornaram um suporte essencial para o estabelecimento das sociedades industriais.

Durante a segunda metade do século XVIII, apareceu o que Foucault denominou de biopolítica da espécie humana. Trata-se de um política que se preocupava com a vida dos cidadãos, buscando impor a eles formas de bem-estar social. Tais tecnologias visavam, em última instância, o controle da população através de procedimentos que pretendiam sistematizar e compreender processos característicos da humanidade como, por exemplo, os nascimentos, os óbitos, a reprodução e a fecundidade. A biopolítica não excluiu a perspectiva disciplinar da “anátomo-política do corpo individual”, mas a ela se integrou, reforçando-a (FOUCAULT, 2005).

As práticas médicas, naquela época, começaram a participar mais ativamente da instituição do poder governamental sobre a saúde dos indivíduos, visando o fortalecimento dos Estados. O estabelecimento de um saber médico-administrativo estatizado fundou a Medicina Social que começou a operar como técnica essencial, com medidas de intervenção e controle sobre os corpos, os comportamentos e o espaço urbano em que vivia a sociedade. Essa nova forma de poder passou a incidir muito mais sobre os corpos do que sobre a terra e a riqueza, tornando-se a base da sociedade burguesa e o motor para o desenvolvimento do capitalismo industrial. Em fins do século XVIII e início do século XIX, o capitalismo socializou o corpo, definitivamente, como força de produção e de trabalho.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa pelo corpo, com o corpo. Foi no corpo biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2011, p. 80).

Em seu estudo sobre a história da sexualidade, Foucault evidenciou que a “colocação do sexo em discurso” possibilitou o surgimento de formas mais tênues e mais eficazes de poder. Para ele, a vontade de saber não se deteve diante de um “tabu irrevogável”, mas se obstinou a construir uma ciência da sexualidade. O sexo passou a ser falado como algo que não devia simplesmente ser condenado ou tolerado, mas gerido, inscrito em sistemas de utilidades que o regulasse para o bem de todos. Distanciando-se da hipótese repressiva, que sustenta que o poder é exercido suprimindo o desejo, alimentando a falsa consciência, promovendo a ignorância e valendo-se de diversos outros artifícios que visam o constrangimento, a negatividade e a coerção, Foucault insistia que, nas sociedades modernas, o poder deveria ser estudado em sua vertente positiva e produtiva. De fato, se os mecanismos de dominação fossem praticados apenas de forma violenta, como uma lei que diz não, eles seriam intoleráveis e não se sustentariam. Assim, a efetividade do poder passa a se referir muito mais à sua possibilidade de produzir coisas, induzir ao prazer e à formação de discursos e saberes (FOUCAULT, 2009). Essa visão sustenta uma relação circular e intrínseca entre poder e conhecimento.

Na medida em que a racionalidade passou a operar como princípio de organização dos saberes e de ordenação da realidade, o saber científico se configurou como uma forma socialmente legitimada de produção de verdades e, conseqüentemente, de exercício de poder. Se o poder de outrora era exercido a partir do princípio de soberania que fundava uma lei simbólica, na Modernidade, ele passa a ser cada vez mais regido pelas técnicas de governo fundamentadas nas normas e regras de conduta estabelecidas pelas ciências. Nesse momento, presenciou-se a convivência de dois discursos heterogêneos, o do direito público da soberania e aquele da mecânica polimorfa da disciplina, criando um terreno fértil para o estabelecimento do discurso científico sobre o homem. Segundo Foucault, esse discurso viria a ser o alicerce daquilo que ele nomeia como “sociedade de normalização” (FOUCAULT, 2005, p.46).

O discurso da disciplina é alheio ao da lei; é alheio ao da regra como efeito da vontade soberana. Portanto, as disciplinas vão trazer um discurso que será o da regra; não o da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra natural, isto é,

da norma. Elas definirão um código que será aquele, não da lei, mas da normalização, e elas se referirão necessariamente a um horizonte teórico que não será o edifício do direito, mas o campo das ciências humanas. E sua jurisprudência, para essas disciplinas, será a de um saber clínico¹⁴. (FOUCAULT, 2005, p.45)

Esse saber clínico, controlado pelo Estado, permitiu o fortalecimento das nações e o estabelecimento das sociedades industriais durante o século XIX. Ao governo não cabia mais a soberania sobre a morte, mas a regulamentação da vida. Essa mudança no objeto do poder é enunciada por Foucault como um deslocamento da prerrogativa do Estado de “fazer morrer e deixar viver” para “fazer viver e deixar morrer”. Essas estratégias, sobrepostas ao sistema de direito público articulado ao princípio de soberania do corpo social, possibilitaram a configuração do trabalhador como uma figura sociopolítica e econômica, destinada a saciar a ferocidade da máquina industrial. Os princípios do liberalismo já vigoravam nessa época e contribuíram para a articulação de estratégias de pulverização do poder em instituições subestatais (corporações médicas, fundos de bem-estar e segurança, etc) de forma que as normas fossem impessoais, deslocadas do Estado. Essa normatização quase anônima, oriunda de múltiplos focos no âmbito do saber, foi nomeada por Foucault como governamentalidade (RABINOW & ROSE, 2006).

A partir do século XX, a Medicina passou a ser objeto de interesse econômico de diversos setores privados. Os investimentos financeiros possibilitaram a criação de aparatos tecnológicos que impulsionaram uma transformação radical jamais vivenciada por esse campo. Em 1910, a Medicina científica consolidou-se como prática dominante, tendo como marco a implantação do modelo de Flexner no ensino médico. Desde então, o modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, tornou-se a base da educação médica, reduzindo o espaço dedicado às dimensões sociais e psicológicas da saúde. O olhar cartesiano, a percepção mecânica do homem, assim como o conhecimento produzido pelo método científico baseado em estudos estatisticamente significativos passaram a vigorar. Soma-se a isso o desenvolvimento de todo um arsenal de imagens que permitiu a visualização da interioridade corporal em toda a sua materialidade objetiva. Nesse contexto, anulou-se qualquer viés que pudesse escapar do controle, tais como a subjetividade ou até mesmo a

¹⁴ Não podemos deixar de marcar que Foucault tem, ao longo de sua construção teórica, um imenso debate com as ciências humanas ao estabelecê-las como mecanismo de controle social e exercício de poder. Neste bojo, o filósofo inclui a Psicanálise que, segundo ele, fundava a sua prática na técnica da confissão. Não é nosso objetivo nos estender nessa discussão, já explorada por diversos autores (ver, por exemplo, MACÊDO, 2003, p.80-90). No próximo tópico, retomaremos algo sobre esse tensionamento para indicar uma aproximação entre o pensamento foucaultiano sobre as mudanças nas formas de poder e seus efeitos na subjetivação da lei na constituição psíquica de cada um.

relação médico-paciente, vigorando protocolos de tratamento homogêneos e previsíveis, baseados notadamente em dados epidemiológicos. Os novos exames, as novas técnicas e aparelhos de intervenções proliferaram de tal forma que os médicos passaram atuar como verdadeiros engenheiros de um organismo decomposto como máquina (VAL et al, 2013).

Vale lembrar que foi justamente na primeira metade do século XX que a política de saúde do Estado foi impregnada por uma compreensão particular da herança de uma constituição biológica e das consequências da reprodução de diferentes subpopulações. Esse fato contribuiu para que os políticos de muitos países tentassem administrar, de forma coerciva e, às vezes, mortífera, a qualidade da população em nome do futuro de uma raça, como verificamos, por exemplo, nos experimentos nazistas (ROSE, 2013).

Ao longo do século XX, o exercício do biopoder foi sofrendo mudanças que refletem certa crise dos modelos disciplinares tradicionais das sociedades industriais. Foucault, apesar de ter entrevisto essa alteração, não se debruçou sobre ela. Para o filósofo, as sociedades disciplinares eram aquelas em que o controle de inclusão e exclusão vinham acompanhados por um conjunto de instituições espalhadas pelo campo social (asilos, conventos, hospitais, escolas, exército, etc) que buscavam implantar um modo de conduta. Na década de 1990, Gilles Deleuze fez uma espécie de atualização da genealogia do poder, marcando a passagem das “sociedades disciplinares” para as “sociedades de controle”. Com isso, estava destacando que, atualmente, o controle não está mais confinado às instituições, mas é imanente às redes flexíveis, fluídas e flutuantes da própria existência. O que acontece, de fato, é que o próprio corpo assume o protagonismo do controle de si (SIBILIA, 2003).

Nikolas Rose, um importante pesquisador inglês do biopoder na atualidade, ressalta que a política de vida do nosso século não está mais limitada pelos polos saúde e doença, nem focalizada na eliminação de patologias para proteger o destino de uma raça. Atualmente, o interesse está mais concentrado nas crescentes possibilidades de administrar, projetar, remodelar e modular as capacidades vitais dos seres humanos. Trata-se, como o próprio pesquisador denomina, de uma “política da vida em si mesma”. As novas tecnologias das democracias liberais avançadas, antes coordenadas pelo aparato formal do governo, passam a ser geridas por órgãos mais autônomos (como as comissões de bioética), corporações privadas (como as companhias de biotecnologia que vendem, por exemplo, testes genéticos diretamente aos consumidores) ou grupos de profissionais (como as associações médicas). Tais modificações são acompanhadas de um aumento na ênfase da responsabilidade dos indivíduos administrarem os seus próprios corpos como fazem com seus grandes negócios. Dentro dessa lógica, os pacientes são cada vez mais estimulados a se tornarem consumidores

responsáveis, buscando ativamente os serviços médicos e os produtos que incluem desde drogas medicinais a tecnologias de reprodução e testes genéticos (ROSE, 2013).

Uma outra novidade na biopolítica atual é a compreensão da vida em uma escala molecular. Nesse nível, não existe nada de místico ou incompreensível sobre a nossa condição humana; tudo parece inteligível e aberto a intervenções calculadas a serviço daquilo que queremos ser. Ainda que no nosso cotidiano o corpo visível continue sendo o foco das intervenções e tentativas de aperfeiçoamento, seja através de dietas, exercícios físicos ou cirurgias plásticas, o deslocamento do entendimento da vida para a dimensão molecular produz mudanças tanto no exercício da medicina clínica como nos estilos de pensamento que orientam as perguntas e explicações das investigações atuais. Cada vez mais raramente, os médicos se dedicam à coleta da história e ao exame clínico minucioso de seus pacientes, fenômeno que sustenta a hipótese de “morte da clínica”. A resposta imediata a uma nova doença infecciosa é a busca por uma estrutura molecular do agente causador. Esse raciocínio molecular também serve de base para a legitimação de uma variedade de práticas terapêuticas que variam desde aquelas que envolvem os conhecidos medicamentos alopáticos, até os meios, por assim dizer, menos convencionais e mais misteriosos (ROSE, 2013).

Um outro ponto de transformação se refere às possibilidades abertas pelas tecnologias de atuar no presente a fim de assegurar um futuro melhor aos indivíduos. Nesse sentido, o escalonamento do risco se torna um dispositivo poderoso. É evidente como as novas descobertas da “tecnomedicina” produzem uma sociedade marcada pelo medo e insegurança de que algo de mal aconteça com a saúde. Diante de um gene alterado que indica a predisposição de um câncer, o indivíduo pode, por exemplo, retirar o órgão antes de qualquer sinal de desenvolvimento do quadro. O emprego de escalas de risco para avaliar a probabilidade de desenvolver certa doença se tornou comum, de forma que todos acabam sendo vistos como “pré-pacientes”. Algumas práticas corriqueiras que têm a mesma finalidade de prevenção são as dietas, os exercícios físicos, o consumo de suplementos alimentares, o autodiagnóstico e autotratamento (ROSE, 2013).

Se, antes, a vida parecia existir dentro de uma lógica intrínseca ao funcionamento natural do organismo, cabendo à medicina deter a anormalidade e reestabelecer as funções do corpo, agora, as normatividades estão abertas a modificações. Como ressalta Paula Sibilia (2002), há sempre uma imperfeição na produção biopolítica que impulsiona o biopoder a se valer de novos saberes e tecnologias para efetuar, de forma incessante, os ajustes necessários. Assim, a biopolítica ganha novos espaços, negociando e harmonizando as eventuais resistências.

Esse fenômeno é flagrante nas confecções dos índices que indicam a necessidade de intervenções médicas. Pensemos, por exemplo, nas cifras estabelecidas para gestão do risco de doenças coronarianas. Desde a década de 1970, observamos uma queda vertiginosa dos critérios de normalidade para hipertensão e para glicemia. Se antes a redução medicamentosa dos índices da pressão arterial sistólica deveriam ocorrer se esta ultrapassasse 160 mm/Hg, atualmente, a cifra se encontra em 120 mm/Hg. Já os índices glicêmicos de normalidade despencaram de 160 mg/dL para 110 mg/dL (BOBBIO, 2014). Quando se trata de quadros psíquicos, a tenacidade entre normal e patológico é ainda mais evidente. Por exemplo, até pouco tempo, não estávamos autorizados a fazer o diagnóstico de depressão em um sujeito que estivesse vivendo uma situação de luto. Havia a recomendação de que se esperasse pelo menos dois meses antes de se fechar o diagnóstico e iniciar o tratamento. Atualmente, este tempo foi reduzido para duas semanas sob o auspício de prevenir quadros depressivos mais graves. A rede complexa que envolve o biopoder nessas circunstâncias engloba múltiplos elementos que não devem ser simplificados. No entanto, não há como desconsiderar que entre todas as situações citadas as recomendações não estão dissociadas dos interesses da indústria farmacêutica.

Há também uma centralidade da vida na existência do corpo físico na sociedade contemporânea que promove uma mudança na forma como os indivíduos interagem consigo mesmos, enquanto “indivíduos somáticos”, e com os outros. Rose observa como essas novas concepções promovem o estabelecimento de uma “cidadania biológica” em que os indivíduos recodificam os seus direitos, deveres e expectativas e reorganizam as suas relações entre seus pares e suas autoridades biomédicas (ROSE, 2013). Um bom exemplo disso são as associações de parentes de autistas que exigem que esse tipo de manifestação seja reconhecida como uma doença, no sentido biológico do termo, para ter acesso a tratamentos protocolares cientificamente comprovados. Em um sentido oposto, mas apontando para a mesma centralidade do somático, temos as comunidades virtuais de indivíduos com sintomas anoréxicos e bulímicos que reivindicam que suas práticas sejam reconhecidas como “estilos de vida” e não como enfermidades a serem retificadas pelas Ciências Médicas (BITTENCOURT & ALMEIDA, 2013).

O mais curioso é que, a despeito dos esforços de enquadramento da vida através do constante controle das tecnociências, há sempre algo que escapa desse marco. Nesse sentido, as manifestações anoréxicas e bulímicas contemporâneas podem ser paradigmáticas. Atualmente, convivemos com um potente discurso relacionado à alimentação e ao corpo saudável. A ciência e a tecnologia desenvolvem a prescrição de uma alimentação adequada

baseada em preceitos laboratoriais separados do contexto e das práticas cotidianas das pessoas. Junto a isso, a Associação Mundial de Saúde (World Health Organization) recomenda que as pessoas mantenham um equilíbrio energético e um peso normal, que se traduz, usualmente, em uma faixa de normalidade de peso, categorizada de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC). Esse índice reduz a “normalidade” a uma média determinada por padrões de um grupo populacional específico, nesse caso, norte-americano, que tem um padrão socioeconômico e constituição racial completamente diferente do brasileiro (KRAEMER et al, 2014).

Tais normas sobre a alimentação e sobre o peso corporal promovem, no entanto, uma grande cacofonia discursiva. Por um lado, a Medicina, durante décadas, prescreveu o emagrecimento, entendendo os dados epidemiológicos relativos ao sobrepeso e obesidade como sintomas da sociedade industrial que devem ser combatidos. A gordura, atualmente, é vista como algo mortífero e, a obesidade, como uma patologia¹⁵. Além disso, o corpo magro se tornou um valor social reforçado pelo bombardeio midiático que enaltece os corpos jovens e esqueléticos. Por outro lado, observamos que, com uma frequência cada vez maior, psiquiatras e nutricionistas condenam o culto excessivo à magreza e advertem quanto aos riscos da dieta e dos exercícios físicos exagerados (GRACIA ARNAIZ et al, 2007). Eis um grande paradoxo que pode ser evidenciado nas práticas anoréxicas e bulímicas contemporâneas.

Essas manifestações incitam diversas questões relativas à biopolítica, assim como seus efeitos nas subjetividades da nossa época. Ao evidenciarem um excesso, as anorexias e bulimias parecem denunciar a impotência da biopolítica em capturar completamente o corpo e a vida, impulsionando, permanentemente, a reestruturação e as mudanças das normas vigentes. Um exemplo disso pode ser verificado nos diversos projetos de lei voltados, principalmente, para a regulamentação de agências de modelos que vêm sendo discutidos no Congresso Nacional. Entre essas propostas está a determinação de um IMC mínimo para que as modelos possam ser incluídas no mundo da moda (MACHADO, 2013). Ao mesmo tempo, as anorexias e bulimias revelam de forma exagerada o predomínio da dimensão corporal na construção das identidades dos indivíduos contemporâneos. Não se trata mais de submeter os corpos às instituições disciplinares, mas de que cada indivíduo se responsabilize pelo cuidado

¹⁵ Mesmo com o recente lançamento do V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), ainda não existem critérios específicos para a identificação e a avaliação da obesidade como transtorno psiquiátrico, como ocorre no caso das anorexias e bulimias. No entanto, alguns autores a incluem didaticamente na categoria dos transtornos alimentares devido aos aspectos de funcionamento semelhantes aos demais transtornos, justificando a necessidade de intervenção médica e/ou psiquiátrica.

voluntário de sua imagem, seja nas academias ou nos consultórios médicos, seguindo certos preceitos científicos e estéticos ditados pela “cultura do espetáculo”.

Permanecendo no rastro deixado por Foucault, autores das Ciências Sociais têm associado as práticas anoréxicas e bulímicas aos jogos de poder de determinadas épocas (GRACIA ARNAIZ et al, 2007; HEPWORTH, 1999). Alguns estudos feministas, por exemplo, defenderam que a restrição alimentar característica das anorexias se constituíam como uma forma de alcançar o poder nas sociedades patriarcais. Nessa perspectiva, a negação dos caracteres sexuais secundários funcionariam como uma resistência contra a dominação sobre a feminilidade materna e doméstica. Julie Hepworth (1999), socióloga australiana, demonstra, em um estudo genealógico, como se deu a construção social da anorexia como uma patologia, ressaltando que os sistemas discursivos sobre esses quadros refletem as ideias dominantes sobre o feminino na época do surgimento da medicina científica e da psiquiatria no século XIX. Essa autora, no entanto, refuta os estudos feministas por não levarem em conta a participação ativa das mulheres nesse processo de construção.

Longe de questionar as elaborações ou tirar conclusões precipitadas desses estudos, uma questão que se coloca é como a biopolítica é apropriada na constituição psíquica de cada um. Para isso, seguiremos com uma releitura das transformações do exercício do poder e dos modos como ocorre a subjetivação da lei no contemporâneo à luz da teoria da Psicanálise lacaniana.

2.4 Da lei à norma: a subjetivação da lei no contemporâneo

As pesquisas de Foucault evidenciam a progressiva substituição da autoridade do soberano pela disseminação da lei na forma da norma, que estende sempre mais seu campo de regulamentação da gestão dos corpos e da população, frequentemente aparelhada pela ciência. Essa constatação nos torna especialmente útil quando entendemos, à luz da Psicanálise, que a relação com a lei é decisiva na constituição do sujeito e de sua subjetividade. A partir disso, podemos supor que essa substituição na forma de vinculação da lei está diretamente conectada às transformações nas subjetividades e sintomas dos sujeitos contemporâneos. Para avançar nessa hipótese, investigaremos como ocorre a subjetivação da lei pelos sujeitos na atualidade.

Em 1913, Freud, em seu texto *Totem e Tabu*, descreveu um tipo mais “primitivo” de organização social: a horda primeva. Nesta, o pai estava autorizado a possuir todas as mulheres, constituindo-se como exceção. Os filhos, quando chegavam à idade adulta, eram expulsos para garantir a manutenção do poder paterno. Em certo momento, eles se reuniram e

retornaram à horda para matar e devorar o pai no intuito de ter acesso ao gozo interdito. Ao colocarem o ódio em prática através desse assassinato, surgiu o remorso e o sentimento de culpa, fazendo com que o pai se tornasse ainda mais forte do que quando era vivo. Como uma tentativa de solução para esse afeto, os filhos edificaram um totem como substituto do pai e instituíram as leis simbólicas que proibiam o parricídio e o incesto. Essa lei é garantida pela incorporação de algo do pai no banquete totêmico, dando espaço às diferentes identificações aos aspectos parciais do pai morto que formarão o supereu¹⁶. Este, enraizado no isso, sustentará o laço social (FREUD, 1996h). Esse processo refere-se, em última instância, ao Mito Edípico.

Podemos entender o assassinato do pai primitivo como uma metáfora da passagem do pai que tudo proíbe àquele que algo permite. A identificação com o pai morto na medida em que engendra o desejo tem como marca a castração, operação que possibilitará a inscrição do sujeito no universo simbólico e na dialética do desejo. Essa identificação parcial às insígnias paternas constitui o Ideal do eu¹⁷. Nessa elaboração, Freud subverte a ideia de que toda a regra tem sua exceção ao determinar que a exceção – o pai e seu assassinato – é o que funda a regra. Essa noção é patente nas discussões foucaultianas sobre o poder soberano que, a partir da exceção do governante, possibilita o estabelecimento de um pacto simbólico.

Não devemos desconsiderar, contudo, que a despeito da nobreza simbólica com a qual a lei se apresenta, ela mantém uma íntima relação com a agressividade, principal representante da pulsão de morte. Afinal, a lei se funda exatamente a partir da morte do pai. Eis, aqui, a duplicidade do processo de subjetivação da lei: por um lado, existe uma face apaziguante, que viabiliza satisfações prazerosas e, por outro, a face violenta, desregulada, do gozo que desconhece o bem-estar do sujeito e exige cada vez mais (ALEMÁN, 2009). Podemos dizer, assim, que a lei é subjetivada justamente porque funciona como um recurso para que cada sujeito esboce um contorno em torno do elemento inapreensível pelo discurso: o real da pulsão de morte. Consequentemente, a vigência da lei se nutre exatamente da pulsão de morte.

¹⁶ Freud, a partir da leitura do Mito do Édipo, atribuiu importância central ao pai como instaurador da lei simbólica que permitiria a inserção do sujeito na cultura. O pai, entendido como agente imaginário da castração, interditará o objeto incestuoso materno, tornando-se um traço na identificação constitutiva do supereu (Ideal do Eu). O supereu seria a instância articulada ao recalcado que exigiria uma renúncia para a satisfação pulsional através do sintoma. Por outro lado, Freud, fala também de uma outra vertente do supereu ao defini-lo como representante do isso. O isso seria a parte mais obscura do inconsciente, onde se encontra o campo puramente pulsional. Essa ligação do supereu com o isso, em última instância, diz respeito à relação intrínseca do supereu com a pulsão de morte, que busca a satisfação a qualquer preço. Essa vertente explica a severidade do supereu ao julgar o sujeito.

¹⁷ Freud utilizou a expressão Ideal do Eu para designar o modelo de referência do eu, simultaneamente substituto do narcisismo perdido da infância e produto da identificação com as figuras parentais e seus substitutos sociais.

Freud já havia apontado esse elemento em vários momentos de sua obra, destacando a impossibilidade de que a lei pudesse capturá-lo por completo. É o que ele coloca, por exemplo, quando enumera as três atividades impossíveis: educar, governar e psicanalisar (FREUD, 1996e). A singularidade do encontro de cada ser falante com a língua produz um resto, um resíduo heterogêneo não absorvível pelo processo pedagógico, político ou analítico que sempre resiste, ou seja, o real.

A produção de artifícios simbólicos que tentam dar conta desse resto está condicionada e é impulsionada pela história em sua dimensão temporal. Dizer que esses artifícios, em certos momentos, suportaram o caráter pulsional não significa dizer que essas respostas sejam completas ou que consigam tamponar o impossível estrutural. Pelo contrário. Freud irá desenvolver a ideia de que esse obstáculo é justamente o que funciona como motor das mudanças históricas e sociais. Ou seja, em cada época, surgem respostas para essa impossibilidade, mas elas nunca são completas. Há algo que sempre se desloca como um corte transversal ao longo da história.

Assim, podemos deduzir que há um real pulsional que é “não-todo” histórico, que está sempre presente, causando um permanente mal-estar no sujeito e colocando em xeque a utopia de uma sociedade harmônica, sem conflitos, estabelecida a partir dos interesses dos cidadãos (ALEMÁN, 2006). O amor, os vínculos sociais, as estruturas elementares do parentesco, as identificações, o poder do soberano, os dispositivos jurídico-disciplinários são modalidades históricas de suplências para dar conta desse vazio irreduzível, entre o gozo pulsional e o Outro simbólico (LACAN, 1997).

É o que Freud evidencia em seu texto de 1930, *Mal-estar na civilização*, ao indicar que sempre, ao longo da história da sociedade, há um desconforto entre as exigências pulsionais de cada um e as restrições impostas pela civilização (FREUD, 1996e). No entanto, como dissemos, se Freud se depara com a agressividade e seu potencial destrutivo como elementos intrínsecos à experiência humana, ele também compreende que é essa mesma cota de agressividade que pode interferir e transformar o processo civilizatório. Ou seja, a pulsão de morte não é apenas destrutiva, mas também o motor da criação.

Jacques Lacan, nos anos de 1930, em seu texto *Os complexos familiares na formação do indivíduo* (1938), ressaltou a importância fundamental da função da imago paterna na estruturação psíquica do sujeito. Já nessa época, o psicanalista anunciava um declínio social dessa imago e a conseqüente “crise psicológica” que colocaria o sujeito à mercê das “catástrofes do progresso” (LACAN, 2003). Nessa fase, no entanto, Lacan não dispunha dos recursos do estruturalismo de Jakobson e Lévi-Strauss, denominando de imago paterna aquilo

que, mais tarde, viria a ser conhecido em seu ensino como Nome-do-Pai (MILLER, 2012). Não se trata simplesmente de uma mudança de nomenclatura, mas de uma transformação radical no arcabouço conceitual com importantes consequências clínicas. Conforme esclarece Zafiropoulos (2009), desde 1950, Lacan desloca a ideia de um inconsciente estruturado pela família, pelo pai da realidade, para a ideia de um inconsciente estruturado pelas leis da fala e da linguagem. Nesse sentido, o Nome-do-Pai deve ser entendido como uma metáfora que, em última instância, se refere a um “significante de exceção” que institui o universo simbólico. Esse arranjo é estrutural e faz parte das diversas formas de convívio em sociedade.

A contingência própria do contemporâneo não é, portanto, o declínio da família ocidental ou do patriarcado, conforme Lacan parecia sugerir em 1938. O que está em jogo é a forma como os sujeitos, imersos no campo da linguagem a partir do pacto simbólico estrutural, irão se arranjar para dar conta desse ponto não representável – que aprendemos com Lacan a chamar de gozo.

No contemporâneo, embalados pelo discurso do capitalismo, os sujeitos deixam de ser cidadãos, transformando-se em consumidores. Diante da oferta obscena de objetos, o capitalismo cria uma atmosfera onde tudo é possível. Como consumidores, todos são iguais e devem ficar satisfeitos com os produtos oferecidos (MILLER, 2006). Nesse contexto, abre-se um espaço para os sujeitos se organizem não mais em torno dos ideais, mas em torno dos objetos de consumo, negando o pacto simbólico fundado a partir do “significante de exceção”.

O ofuscamento do simbólico, dos ideais, abre espaço para uma nova vertente do Outro social. Ao invés de um poder externo, surge um poder anônimo, horizontalmente pulverizado nos “comitês de ética”¹⁸, difundidos tanto no interstício social como também na própria formatação da interioridade subjetiva. Essa disseminação do poder captura o próprio corpo, tornando-o instrumento de domínio de si. O operador simbólico é substituído pelos “instrumentos efetivos de formação e acúmulo de saber”, pelos “métodos de observação, técnicas de registro, procedimentos de investigação e de pesquisa” e pelos “aparelhos de verificação” (FOUCAULT, 2005), cujo foco é a normalização da ordem social. Aqui podemos localizar, em consonância com a obra foucaultiana, o rebaixamento da lei à norma.

Essa norma pode ser entendida como uma "ordem de ferro", pois ela é mais feroz que a interdição simbólica do Nome-do-Pai. Esta, apesar de interditar o gozo, marca uma falta, criando um campo para o desejo (SANTOS et al, 2014). O correlato da “ordem de ferro” é o imperativo do gozo constado na tônica do capitalismo. Consuma! Goze! Aproveite! São os

¹⁸ Termo utilizado pelo psicanalista Jacques Alan Miller para se referir às comissões de nossos pares que determinam o que deve ou não ser seguido (MILLER, 2010).

chamados que imperam e ofuscam a falta estrutural decorrente dos efeitos do Nome-do-Pai ou, em termos freudianos, da castração. Os objetos de consumo são oferecidos a todos com a falsa promessa de que tamponarão o vazio estrutural¹⁹ do ser humano. Na verdade, isso não ocorre e o sujeito se põe a consumir cada vez mais e mais, em uma busca desenfreada por uma satisfação absoluta que nunca chega. Ao final, não sabemos mais quem é consumido: o objeto ou o consumidor. É nesse ponto que Lacan vai localizar o mal-estar da modernidade.

Nesse mesmo contexto, observamos um borramento entre o público e o privado de tal forma que os sujeitos vão desenvolvendo um certo gosto pela exibição de si. O direito ao segredo, à privacidade, cede lugar ao imperativo de se mostrar. A propagação desse gosto pela exibição tem suas raízes na versão mais contemporânea do capitalismo, que promove controles de qualidade mais rígidos em nome do respeito ao direito dos consumidores. Nessa lógica, a transparência é fomentada em função da satisfação genérica e da garantia do consumidor. O homem contemporâneo não é só convidado a construir o corpo, conservar a forma, modelar a sua aparência, ocultar o seu envelhecimento, manter a sua saúde em toda sua potência, mas, mais do que isso, mostrar para os outros pares que está em conformidade com essas normas. Esse empuxo à avaliação assume uma dimensão que envolve tanto a avaliação de si, quanto do outro (MILLER, 2006; SANTOS et al, 2014)

No contemporâneo, os protocolos com suas regras explícitas e sua suposta transparência ganham a cena. Paradoxalmente, o imperativo igualitário e suas práticas disciplinares das sociedades liberais convive com biopoderes que produzem indivíduos que reivindicam, politicamente, o direito de ser tratados todos como exceção (SANTOS et al, 2014). Ora, se todos podem se constituir como exceção, mais uma vez, todos se tornam iguais, negando o fundamento do pacto simbólico. O mais curioso é que essa busca frenética por esses direitos é, frequentemente, calcada no fascínio exercido pela tecnociência, reduzindo a cidadania aos direitos (e obrigações) à vida, à saúde e à cura²⁰ (RABINOW & ROSE, 2006). A vida, reduzida ao somático, passa a ser reivindicada no intuito de que seja inscrita dentro da lógica normativa da Medicina tecnológica.

Uma vez que a bússola dos ideais é substituída pelos objetos que possibilitam um gozo imediato, o sujeito deixa de se interrogar quanto ao desejo e, em última instância, quanto

¹⁹ O sujeito, ao entrar na linguagem, é marcado por uma perda inaugural decorrente da castração. Trata-se de uma falta estrutural formalizada no ensino lacaniano como falta-a-ser, que não pode ser saturada por nenhum objeto. Esse é o engodo do discurso do capitalismo que tenta produzir uma falta no sujeito, convencendo-o de que a oferta infinita de objetos de consumo irá aplacá-la. Trata-se de uma falta não subjetivada que, no sentido psicanalítico, não se relaciona com o desejo. Afinal, não carrega consigo qualquer impossibilidade, animando o sistema de consumo.

²⁰ Sugiro visitar o conceito de “biossocialidade” em RABINOW & ROSE, 2006, p.29.

às questões relativas ao amor. A repercussão é a evidente fragilidade dos vínculos sociais. As imagens do mundo contemporâneo confirmam essa ideia quando mostram, por exemplo, as “cracolândias”, repletas de sujeitos que quase não falam entre si. Se antes, no auge do movimento *hippie* da década de 1960, os entorpecentes eram usados em prol de um ideal de liberdade e amor, atualmente, esse tipo de comportamento não se refere a qualquer ideologia; visa uma satisfação autista devastadora e exclui o encontro com um parceiro sexual.

Nessa mesma lógica, podemos localizar os comportamentos anoréxicos e bulímicos da atualidade. É evidente que o incômodo com a imagem corporal não se sustenta na possibilidade de um encontro sexual, afinal, o que se percebe é um corpo extremamente debilitado sem qualquer atrativo para o sexo. Se, antes, esse tipo de comportamento era orientado por ideais, fossem eles religiosos ou políticos, atualmente, a questão se relaciona com o excesso de imagens e objetos – inclusive o alimento – presentes no mundo contemporâneo. Na medida em que “consomem nada”²¹, os sujeitos com sintomas anoréxicos parecem se rebelar justamente contra essa oferta excessiva de objetos, evidenciando com o seu corpo, até as últimas consequências, que o desejo é estruturalmente insatisfeito e que nenhum objeto é capaz de saturá-lo. Já aqueles com manifestações bulímicas parecem submeter-se à lógica do consumo desenfreado para mostrar justamente essa inconsistência do excesso de objetos, transformando-os em nada a partir da purgação (RECALCATI, 2007). O preocupante é que há algo nessa manobra que escapa ao princípio do prazer, evidenciando a devastação da pura pulsão de morte.

Transcrito para os termos da presente pesquisa, essas leituras delineiam a hipótese de que o recurso a práticas anoréxicas e bulímicas possa ser pensado, hoje, como um efeito das mudanças na relação com a lei e sua subjetivação, alterações que geram problemas de saúde, na forma do descontrole e da desconexão com as regulações sociais. Apreender o sentido de tais manifestações parece estar na base da possibilidade de sua adequada abordagem.

²¹ Lacan ressalta o valor simbólico ao afirmar que na anorexia mental não se trata de não comer, mas sim de “comer nada”. Dessa forma, eleva o “nada” ao plano simbólico, ressaltando o papel ativo da criança ao introduzir um ponto de falta na mãe e inverter a relação de dependência (LACAN, 1995). Recalcati (2007) ressalta que o “nada” indica a característica fundamental do objeto: a de se constituir em torno do vazio. Uma vez que o objeto primevo está desde sempre perdido, o que se encontram são objetos substitutivos que não produzem a satisfação mítica do primeiro encontro. A satisfação da pulsão só é possível através da trajetória em torno do vazio deixado por essa perda inaugural. Ou seja, em última instância, o objeto da pulsão é sempre o “nada”. Nesse sentido, não se come apenas para aplacar a fome, mas também para tentar atingir essa satisfação primeira, o que nos permite dizer que o objeto em jogo se torna muito mais o “nada” - que contorna esse vazio estrutural - que o próprio alimento.

3 JUSTIFICATIVA

Como vimos anteriormente, as anorexias e bulimias são quadros graves que afetam, sobretudo, sujeitos jovens, causando prejuízos físicos, psíquicos e sociais. O reconhecimento e tratamento precoces de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos são fundamentais, podendo melhorar o prognóstico e minimizar suas danosas consequências. Embora as terapêuticas para abordagem desses quadros requeiram avanços, muitos dos pacientes que recebem assistência adequada melhoram suas funções sociais e a qualidade de vida. No entanto, apenas um quarto dessa população busca pelos tratamentos disponíveis na rede de serviços da saúde e, habitualmente, quando o faz, já apresenta sintomas instaurados há algum tempo.

Os estudos que contemplam as barreiras enfrentadas por esses sujeitos na busca por tratamento são restritos e nenhum deles abrange a população brasileira. Entre as dificuldades apontadas, destacam-se aquelas relacionadas aos pacientes (a egossintonia do sintoma²², a dificuldade em reconhecer a gravidade do transtorno e revelá-lo, a crença de que o problema pode ser superado sem ajuda externa, os sentimentos de medo, culpa e vergonha), à cultura (o estigma) e aos serviços de saúde (os altos custos financeiros, a escassez de serviços especializados e de profissionais capacitados para diagnosticar precocemente esses quadros) (AUSTIN, 2012; BECKER et al, 2010; GILBERT et al, 2012; HEPWORTH & PAXTON, 2007).

No campo da Saúde Coletiva, poucas pesquisas abordam especificamente as anorexias e bulimias. Conhecer os seus sentidos, suas motivações e as dificuldades relacionadas à acessibilidade de sujeitos com esses sintomas, conectando as singularidades com o contexto social é fundamental para que possamos prestar uma assistência adequada para essa população. Este trabalho se inscreve nessa lacuna, tendo também a pretensão de expandir a discussão para outros temas relevantes para a Saúde Coletiva.

²² Na psiquiatria, entende-se sintoma egossintônico como aquele que está em conformidade com o eu e, por isso, o sujeito tende a conviver com ele como se fizesse parte de seu ser. Neste trabalho, esse ponto será melhor desenvolvido a partir da ideia de “funcionalidade do sintoma”.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

A prática clínica e a literatura médica mostram que os sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos não se sentem acolhidos pelos profissionais da saúde. Estes, por sua vez, dão sinais de não se sentirem instrumentalizados para sustentar um vínculo com os pacientes.

Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar os itinerários terapêuticos de sujeitos com esses sintomas como meio para qualificar os elementos que intervêm sobre a possibilidade de seu tratamento, assim como evidenciar e compreender as dificuldades e afetos despertados nos profissionais da saúde que entram em contato com esses pacientes.

4.2 Objetivos específicos

- a.** Investigar os modelos explicativos dos sujeitos a respeito de suas práticas anoréxicas e bulímicas, elucidando o momento em que os pacientes e/ou familiares as percebem como problemas e o que se desencadeia em termos de encaminhamentos.
- b.** Interpretar, na perspectiva dos pacientes, a interferência das reações dos profissionais da saúde na busca por tratamento.
- c.** Conhecer as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde no contato com esses pacientes, assim como suas reações e condutas.

Contar é muito dificultoso. Não pelos anos que já se passaram.
Mas pela astúcia que tem certas coisas passadas de fazer balancê,
de se remexerem dos lugares.
A lembrança da vida da gente se guarda em trechos diversos;
uns com os outros acho que nem não se misturam.
Contar seguido, contar alinhavado só mesmo sendo coisas de rasa importância.
Tem horas antigas que ficam muito mais perto da gente do que outras de recente data.
Assim é que eu acho, assim é que eu conto.

(Guimarães Rosa, *Grande Sertão Veredas*)

5 PERCURSO METODOLÓGICO

A possibilidade da produção de novos conhecimentos a partir de paradigmas diferentes daqueles consagrados pelo positivismo biomédico demanda criatividade metodológica e flexibilidade do pesquisador. Nesse relato do percurso metodológico, buscarei aproximar as ações e posturas que fui adotando a partir das questões, encontros e desencontros advindos do campo. Como tentarei demonstrar, não se trata de um caminho de mão única, mas de um trajeto composto por desvios, idas e vindas que possibilitaram uma abertura às surpresas, descobertas e contingências.

As entrevistas se constituíram como instrumento metodológico central (MACHADO, 2002), um fio condutor que me permitiu que, aos poucos, eu fosse construindo um mosaico composto por relatos, memórias, ideias, afetos e personagens.

Inicialmente, a pesquisa teve como referência a proposta da construção, junto aos entrevistados, dos itinerários terapêuticos, tal como vem sendo trabalhada no campo da Antropologia da Saúde. Como a expressão indica, trata-se de reconstituir a sucessão de movimentos e reflexões desencadeados pelos sujeitos no intuito de preservar ou resgatar a saúde a partir do momento em que um problema de saúde é percebido e assim interpretado (CABRAL et al, 2011).

Embora os estudos que buscam reconstituir esses itinerários tenham sido utilizados na medicina desde a Antiguidade Clássica, eles são relativamente recentes no campo da Saúde Coletiva (HARO-ENCINAS, 2000), onde se vem explorando sua potencialidade para evidenciar novos elementos e aprofundar a compreensão do que intervém no acesso e na efetividade dos serviços de saúde (CABRAL et al, 2011). Essa estratégia metodológica se afirma, hoje, no campo aberto pela compreensão de que a questão do acesso envolve não só aspectos geográficos, econômicos, organizacionais e políticos, mas também aspectos socioculturais e singulares, melhor apreendidos a partir das narrativas dos sujeitos envolvidos nesse processo. Para além de localizar e descrever os caminhos percorridos por essas pessoas nos serviços de saúde, os itinerários terapêuticos permitem conhecer as histórias de cada um e os seus modelos explicativos a respeito do complexo saúde-doença-cuidado.

Durante o processo de construção e reconstrução da pesquisa, apoiei-me na perspectiva do filósofo Walter Benjamin sobre narrativas. Para ele, narrar é transmitir uma experiência (Erfahrung) para um interlocutor, articulando elementos do passado ao presente (BENJAMIN, 2012a, 2012b, 2012c). Não se trata de algo que está pronto, prestes a ser extraído pelo “interlocutor-pesquisador”, mas de um acontecimento que se dá a partir de um

encontro, de uma troca, de um intercâmbio (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013). A narrativa, ao invés de ser uma lembrança acabada de alguma vivência (Erlebnis) passada, se reconstrói incessantemente na medida em que é narrada. Nesse movimento dinâmico, o narrador não “informa” sobre sua vivência, mas conta sobre ela, criando a oportunidade para que o outro a escute e a transforme de acordo com suas interpretações. Essa interação, marcada pela troca, abre espaço para que a vivência isolada (Erlebnis) se transforme em experiência compartilhada (Erfahrung). Nesse processo, sempre resta algo inacabado que não cessa de se produzir (BENJAMIN, 2012a, 2012b, 2012c).

A cada encontro, articulam-se as experiências individuais às coletivas, produzindo-se novos sentidos e significados. A narrativa é para Benjamin uma experiência coletiva, uma arte de intercambiar experiências. O narrador retira de sua própria história – ou daquelas relatadas por outros – um material subjetivo que é incorporado, por sua vez, à experiência dos ouvintes. Nessa perspectiva, a narrativa não pretende encerrar os acontecimentos em uma única versão.

Para precisar esse ponto, Walter Benjamin diferencia a “narrativa” da “informação”. Na primeira, não há exatamente uma explicação, mas experiências do narrador que, marcadas pelas suas brechas, se articulam às experiências daqueles que ouvem. Na segunda, os fatos já estão dados e, as explicações, prontas. Trata-se de uma comunicação individual, uma informação jornalística, plausível e verificável, que ofusca a implicação subjetiva do narrador e do interlocutor. Benjamin, nessa discussão, ressalta a queda da tradição compartilhada e, conseqüentemente, das narrativas no modelo tradicional (BENJAMIN, 2012b). Tal elaboração encontra ressonância nas discussões do campo psicanalítico que abordam a queda dos ideais, o declínio do simbólico e a perda da capacidade de experimentar a experiência (MILLER, 2010; EIDELBERG et al, 2003, DUNKER, 2015; KEHL, 2009).

Benjamin não deixa, no entanto, de nos fornecer algumas indicações de outras formas de narrativas mais alinhadas com a imediatez do contemporâneo. Ele nos fala de um narrador que retira dos restos, dos trapos do passado que foram esquecidos, a possibilidade de uma narração. Uma narração em que se compartilha não conselhos ou tradições, mas justamente os esquecimentos e certa impossibilidade de colocar toda a memória em uma estrutura discursiva. O passado é retornado, assim, em sua precariedade ganhando novos contornos que se articulam ao presente, transformando-o. Eis aí uma posição ético-política que, ainda que sem garantia, indica uma via para rememorar o passado longe dos cânones da tradição (BENJAMIN, 2012b, 1994).

Não se trata de uma rememoração com uma estrutura de uma verdade que pretende o resgate fidedigno do acontecimento factual. Afinal, aprendemos com Benjamin que a

existência desses restos no passado, que não se articulam discursivamente, nos coloca indefinidamente em um trabalho de construção de ficções. Temos aí algo muito próximo da elaboração freudiana a respeito do trabalho do analista.

Em 1937, Freud, em seu texto *Construções em análise*, propõe que o analista realize um trabalho de construção, semelhante àquele feito pelos arqueólogos, que reconstroem a imagem de uma morada destruída e soterrada por meio dos restos que encontram em suas escavações. O psicanalista reconhece, portanto, que há um ponto do inconsciente que não é linguagem e que não pode ser decifrado ou lembrado. Nesse caso, a possibilidade de intervenção que se apresenta é a de se construir algo a partir de traços deixados sobre aquilo que não retorna no registro do significante. A construção, nesse sentido, se distingue da interpretação na medida em que não está referida a uma significação inconsciente e sim, a uma dimensão do inconsciente que não se estrutura como linguagem (FREUD, 1996i). A construção narrativa advinda de um encontro de um analisante com um analista – ou entre o pesquisador e os entrevistados no contexto de uma investigação – seria, portanto, uma via de alinhamento dos fatos vividos, atribuindo-lhes sentidos permeáveis a novas significações.

Advertido e interessado justamente nessas rearticulações, rearranjos e ressignificações, durante os encontros, conversas e entrevistas, adotei uma postura de legítimo interesse e compromisso de adaptação aos entrevistados, desenvolvendo junto a eles a possibilidade de construção ou de ordenação de suas histórias (MIRANDA & CAMPOS, 2013), a partir de um eixo dado, ou seja, o interesse pelos itinerários terapêuticos.

A entrada no campo teve como ponto de partida o ambulatório mantido pelo Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas da UFMG, voltado para a atenção a sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. Esse local me pareceu oferecer uma oportunidade de contato com uma população dificilmente localizável de outra forma. Segundo dados produzidos pelo serviço, 305 pacientes foram acolhidos entre 2008 e 2013, procedentes de Belo Horizonte e mais 38 municípios de seu entorno. Trata-se de um ambulatório universitário que funciona durante um turno semanal, com capacidade de atenção limitada a aproximadamente 100 pacientes concomitantes e que, em função disso, limita ou fecha temporariamente o acolhimento de novos pacientes.

Nessa etapa da pesquisa, trabalhei com outros três pesquisadores. Escolhemos aleatoriamente alguns sujeitos que estavam em acompanhamento no NIAB, conforme sua disponibilidade para uma entrevista no momento em que esperavam por atendimento. Eles foram convidados a participar do estudo após os devidos esclarecimentos e livre consentimento. Entre setembro e novembro de 2013, entrevistamos 20 sujeitos em um dos

consultórios do ambulatório. As entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos, foram gravadas e transcritas pelos pesquisadores.

Optamos por incitar no entrevistado uma narrativa dos acontecimentos e decisões tomadas, a partir da questão: “Quando você percebeu que as coisas não iam bem?” Intervimos no curso da narrativa suscitada para reconduzir o entrevistado a um relato centrado em sua trajetória de busca ou não por tratamento e também no sentido de esclarecer as informações ou ideias expressas. Aceitamos, no entanto, a direção dos entrevistados quando buscavam justificar ou circunstanciar suas atitudes com relação aos sintomas.

Para ter acesso aos profissionais de variadas formações e aos serviços de saúde, inverti um pouco a forma dos estudos sobre itinerários terapêuticos e não me restringi ao destino final dos pacientes (ou seja, ao serviço de referência), incluindo também os serviços de origem. Durante o processo de investigação inicial, descobri uma paciente que havia retornado para a rede de saúde do município de onde ela havia sido encaminhada. Tratava-se de um caso grave, de difícil manejo, em que várias características se apresentavam de forma exacerbada. Tomando esse caso como referência, estive, de junho a dezembro de 2014, percorrendo diversos serviços da rede de saúde desse pequeno município de Minas Gerais, com menos de 100 mil habitantes. Meu esforço foi no sentido de localizar os profissionais que já haviam tido algum tipo de contato com a paciente. Comecei abordando alguns profissionais que eu já conhecia e, aos poucos, a partir de suas indicações, fui localizando os demais. Na medida em que conseguia encontrá-los, explicava a pesquisa e marcava uma entrevista em caso de consentimento. Essas ocorreram, na maior parte das vezes, nos locais de trabalho.

Para essas entrevistas, elaborei algumas perguntas-chave: “O que você entende como anorexias e bulimias?”; “Quais são as suas causas?”; “Você já atendeu alguém com esses sintomas?”. A intenção era simplesmente circunscrever o campo com o cuidado de não amarrá-lo demais, deixando o entrevistado livre para expandir-se caso sentisse necessidade.

De forma geral, como os profissionais já sabiam que eu estava pesquisando sobre determinado caso, frequentemente, já dirigiam suas narrativas a suas experiências com a paciente. Isso não impediu, no entanto, que explorássemos outras questões mais amplas sobre essas manifestações, sobre o trabalho dos profissionais e sobre a rede de cuidados da cidade.

Ao todo, entrevistei 13 profissionais, sete de diversas instâncias da saúde mental (quatro psiquiatras, um terapeuta ocupacional, três psicólogos) e cinco dos serviços de atenção primária (dois médicos generalistas, dois enfermeiros e um auxiliar de enfermagem). As entrevistas tiveram, em média, uma duração de 45 minutos e foram transcritas por mim. Além disso, participei de algumas reuniões, conversei com diversos trabalhadores, fazendo

anotações, muitas vezes, em papéis soltos que não merecem a dignidade da nomeação de um “diário de campo”, embora fosse essa a intenção.

Sabemos que as versões narradas pelos entrevistados são compostas pelos relatos de ações e pelas explicações que visam lhes dar sentido e circunstância. Trata-se de produções mediadas por um estoque de saberes, crenças, receitas, etc., adquiridos na trajetória de vida de um sujeito histórico, socialmente localizado por hierarquias e instituições, ou seja, situado numa estrutura social (RABELO, 1999). Assim, as narrativas foram analisadas de forma a localizar os pontos de conexão entre as experiências individuais e o contexto social de sua ocorrência (organização dos serviços de saúde, características da prática e do saber médico, características da subjetividade contemporânea), tendo em vista a localização de regularidades e tendências características dos itinerários. Apoiei-me, para isso, em estudos do campo da Saúde e da Psicanálise, devidamente referidos. Estive igualmente atento às singularidades sinalizadas pelos entrevistados, sobretudo no que diz respeito as suas histórias de vida, à utilização dos serviços e ao contato com os profissionais de saúde.

Para organizar todo esse material colecionado ao longo da pesquisa, me detive, em um primeiro momento, nos pontos de convergência em torno das concepções e causas das anorexias e bulimias presentes nas narrativas dos profissionais de saúde. Não deixei, no entanto, de localizar os pontos de divergência e aqueles que não eram falados, embasando a discussão na produção teórica sobre o tema. A ideia foi circunscrever os eixos centrais que orientam a formação discursiva sobre esses quadros no campo da Saúde. Esses achados estão descritos e analisados no capítulo *Sobre as anorexias e bulimias: concepções e suposições etiológicas na perspectiva dos profissionais de saúde*.

Mantendo a ideia benjamiana das narrativas como algo inacabado, procurei, em um segundo momento, selecionar algumas histórias de onde pude extrair pontos emblemáticos relacionados à verdade de cada sujeito. Nas cinco histórias selecionadas, o meu papel foi modesto, limitando-me a converter um relato falado em sua transcrição escrita e legível. A ideia foi a de oferecer ao leitor a oportunidade de ter contato com o material produzido com certa isenção da intervenção interpretativa do pesquisador (GRACIA ARNAIZ et al, 2007).

A partir dessas histórias, alguns eixos de análise foram se decantando. Para ordená-los segui a sequência correspondente à história da moléstia e do itinerário percorrido. Essas narrativas, assim como as categorias de análise depreendidas das demais entrevistas, são apresentadas no capítulo *As narrativas dos sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos sobre seus itinerários terapêuticos*. Os temas abordados foram o aparecimento e funcionalidade dos sintomas, as redes sociais e os meios de comunicação, o momento em que

a solução se transforma em problema, o estigma, a relação desses quadros ao feminino, a busca por tratamento, o encontro com os profissionais e os fatores que favorecem o vínculo terapêutico.

Para finalizar, apresento o caso Marta, marcando a radicalidade de sua singularidade. Para isso, optei por fazer uma narrativa única a partir das várias entrevistas com os profissionais de saúde que tiveram contato com a paciente. Também incluí conversas, anotações e leitura de materiais (como uma reportagem do jornal da cidade, textos sobre os serviços de saúde produzidos pelos trabalhadores e um relato de caso), mantendo uma sequência – quase cronológica – que permitisse visualizar as peregrinações da paciente, um pouco de sua história de vida e, sobretudo, as reações, afetos e dificuldades dos profissionais que participam ou participaram, de alguma forma, de seu tratamento. Essa parte foi organizada no capítulo *As peregrinações de Marta: uma narrativa coletiva dos profissionais de saúde* e foi dividida em dois momentos: o seu acompanhamento antes de ser encaminhada ao serviço de referência (*Marta: a mulher que não conseguia engolir*) e o seu retorno para a rede de saúde do município (*O retorno do problemão*). Os eixos de análise incluíram as discussões sobre a aparente mortificação da paciente, sobre a possibilidade de estabelecimento de um vínculo e sobre a organização da rede de saúde.

Esta pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética e pesquisa da UFMG e do Centro de Pesquisas René Rachou (FIOCRUZ)²³, estando em conformidade com os princípios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (2000). Todos os nomes dos participantes foram alterados a fim de impossibilitar a identificação e preservar o caráter confidencial das informações.

Apesar do esforço de tessitura desse material, faço coro com Riobaldo, narrador do *Grande Sertão de Veredas*, que reconhece o quanto "contar é dificultoso". Como narrador, condição em que fui lançado nesta pesquisa, reconheço que sempre restarão fios soltos, fragmentos desarticulados, que se contrapõem à pretensão positivista de formar um conjunto fechado de verdades absolutas.

²³ Os registros de aprovação são CAAE-13907713.5.0000 (COEP/UFMG) e CAAE-23492213.1.0000 (CEP/René Rachou/Fiocruz).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Sobre as anorexias e bulimias: concepções e suposições etiológicas na perspectiva dos profissionais de saúde

Embora, nos últimos anos, tenham sido publicados diversos artigos científicos sobre as anorexias e bulimias em periódicos da saúde²⁴ e a mídia esteja divulgando muitas notícias sobre o tema, as concepções sobre esses quadros entre os profissionais de saúde são variadas, e, algumas vezes, controversas. Interessou-me extrair dos relatos dos profissionais a forma como cada um entende essas manifestações, sobretudo no que diz respeito à sua caracterização e etiologia, na tentativa de circunscrever as ideias centrais que norteiam o conjunto de suas formações discursivas. Esses dados se tornam relevantes na medida em que estão diretamente associados ao modo como esses profissionais reconhecem, acolhem e tratam sujeitos com essa sintomatologia.

De forma geral, a maioria dos entrevistados apresentou uma definição similar àquelas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM)²⁵, que prioriza a descrição objetiva dos fenômenos observados. O foco recaiu, sobretudo, nos **comportamentos alimentares**, seja nas práticas de restrição – no caso das anorexias – ou ingestão compulsiva de alimentos seguida de vômitos – no caso das bulimias. A **distorção da imagem corporal** foi apresentada, muitas vezes, como o elemento central que motiva os sujeitos a adotarem essas práticas, dando uma impressão de causa e efeito.

A principal característica desses quadros é a distorção na percepção da autoimagem. A pessoa, apesar de evidências contrárias, está, constantemente, se percebendo com o peso inadequado ou hipervalorizando uma característica física própria, mesmo sem um motivo evidente. Ela está com a

²⁴ Uma breve consulta no banco de dados *PubMed*, especializado em artigos médicos de diversas revistas reconhecidas no meio científico, percebe-se um aumento vertiginoso das publicações sobre o tema nos últimos anos.

²⁵ A Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa são os quadros tradicionais do grupo dos Transtornos Alimentares no DSM. De acordo com o DSM V, ambas compartilham a distorção da imagem corporal, o desconforto com a forma e o peso do corpo e a adoção de comportamentos alimentares inadequados. Os critérios para diagnóstico de Anorexia Nervosa incluem a restrição persistente do consumo de calorias associada a não manutenção de um peso corporal mínimo e ao medo intenso de engordar. Para a Bulimia nervosa, incluem episódios periódicos de compulsão alimentar (caracterizados por ingestão de alimentos, em período delimitado, de quantidade maior do que a maioria das pessoas consumiria em período e circunstâncias similares) associados à perda subjetiva de controle, a atitudes compensatórias como jejuns, atividades físicas excessivas e/ou práticas purgativas como autoindução de vômitos, uso abusivo de laxantes, diuréticos, anorexígenos ou hormônios tireoidianos. Os sintomas devem ocorrer pelo menos uma vez por semana em um período mínimo de três meses.

percepção de que está acima do peso e que precisa estabelecer medidas de restrição alimentar, no caso da anorexia, ou de purgação dos alimentos, no caso da bulimia, para manter uma determinada forma física imaginária que está na cabeça dela. (psiquiatra 4)

Fonte de enigma para todos, a certeza de que o peso está acima do normal é destacada, principalmente, nos sujeitos com diagnóstico de Anorexia Nervosa. A prática clínica, no entanto, nos ensina que esses sujeitos frequentemente não revelam esse desconforto, contestando a operatividade da aparente racionalidade diagnóstica do DSM. Um reflexo disso pode ser constatado na reelaboração do quinto manual em que foi sugerido a inclusão da presença de hábitos persistentes que interferem no aumento de peso como forma de se detectar os casos em que a distorção da imagem não é evidente (BECKER et al, 2009).

Na tentativa de construir alguma explicação para o fenômeno da distorção da imagem, ancorada nos conhecimentos psiquiátricos, alguns psiquiatras tentam **aproximar esses quadros de outros mais conhecidos**.

Bom, eu sempre via a anorexia como alguma coisa mais próxima de um quadro psicótico. Partindo muito, assim, da distorção da imagem corporal, das vivências do próprio eu, da própria corporalidade. [...] Mas, ao mesmo tempo, um quadro psicótico diferente do esquizofrênico, pois a medicação, pelo menos nos que eu já vi, não têm tanta entrada, tanta resposta. (psiquiatra 1)

Esse **paralelo entre as anorexias e quadros psicóticos** não é incomum na literatura sobre o assunto (STEINGLASS et al, 2007; KONSTANTAKOPOULOS et al, 2012), mas, especificamente na Psiquiatria, os profissionais deparam-se com um impasse: diferentemente das ideias delirantes das psicoses que podem diminuir com o uso de medicações antipsicóticas²⁶, a distorção da imagem corporal resiste a esse tipo de abordagem.

Uma outra tentativa de aproximação com outros quadros psiquiátricos se encontra na ideia de **comorbidades**, ou seja, na possibilidade de que um sujeito apresente duas enfermidades simultaneamente. Essa ideia tem sido muito utilizada na Psiquiatria atualmente, de forma que um sujeito pode ter, por exemplo, o diagnóstico de Anorexia Nervosa e Transtorno Depressivo. De fato, a possibilidade de presença de outras comorbidades

²⁶ Apesar de não existir uma evidência estabelecida em relação ao uso de neurolépticos (antipsicóticos) no tratamento das anorexias, esse tipo de medicação em baixas doses é, algumas vezes, utilizado na prática clínica. Uma justificativa razoável apresentada na literatura pesquisada é o seu efeito ansiolítico, embora um dos psiquiatras entrevistados tenha nos contado que é frequente que este tipo de medicação seja prescrita pelos colegas levando em consideração o aumento de peso, um efeito colateral que pode ser causado por essas medicações.

psiquiátricas nas anorexias e bulimias é bastante enfatizada na literatura médica (WEINBERG, 2008; NUNES, 2006).

A gente foca também muito na identificação de outros transtornos psiquiátricos associados, que é uma prevalência muito grande. Transtorno depressivo, transtorno de personalidade, de ansiedade... A gente busca ter muito critério na identificação desses outros quadros porque têm alguns estudos que mostram que, se uma paciente tem anorexia e depressão, se você tratar a depressão, isso melhora o prognóstico. E o mesmo vale para quadros de ansiedade, etc. [...] A gente propõe tratamento sempre que é identificado um quadro comórbido, tratamento medicamentoso. (psiquiatra 3)

As comorbidades não se referem apenas a uma tentativa de se construir uma explicação a partir de outros quadros mais estabelecidos no campo psiquiátrico. Uma vez que a aproximação desses sintomas, habitualmente, ocorre com quadros que apresentam respostas mais consistente aos tratamentos padronizados (normalmente, a base de medicamentos ou psicoterapias que se prestam à quantificação estatística de seus efeitos), surge a possibilidade de oferecer um tratamento “baseado em evidências” para os sujeitos. Esse fato revela o *modus operandi* da Psiquiatria contemporânea, inscrita na lógica da biopolítica, que tem focado a sua atuação no binômio diagnóstico e protocolo de tratamento. Carlo Viganò, psiquiatra e psicanalista italiano, critica essa fragmentação do sujeito em diversas categorias diagnósticas, advertindo que essa conduta fragiliza a representação de si, das próprias necessidades e sentimentos, dificultando o emprego discursivo da palavra e a elaboração de demanda por ajuda (VIGANÒ, 2003). Para além disso, o que se verifica nas bulimias e, sobretudo, nas anorexias, é que elas, definitivamente, não apresentam boa resposta às abordagens protocolares²⁷, se constituindo como um grande desafio para os profissionais, sobretudo quando se prendem a essa lógica.

Um outro elemento valorizado para o diagnóstico é o **peso corporal**, principalmente, para diferenciação entre a anorexia e a bulimia.

São transtornos alimentares que têm algumas características específicas que os distinguem, podendo compartilhar algumas características, mas, essencialmente, o que distingue a anorexia da bulimia é o peso atual da paciente. [...] Você pode ter uma paciente bulímica com sintomas purgativos e vai estar com o peso normal ou, eventualmente, até com sobrepeso. A anorexia você pode ter pacientes

²⁷ As anorexias, especialmente, não respondem bem aos medicamentos. No caso das bulimias, existem muitos estudos na literatura psiquiátrica mostrando que elas podem ter alguma resposta ao tratamento com inibidores seletivos de serotonina como, por exemplo, fluoxetina. Nesses casos, entende-se que essas medicações possam controlar a impulsividade característica desses quadros. De todo modo, vale lembrar os dados apresentados inicialmente a respeito das taxas de recuperação (p.25).

anoréxicas com sintomas purgativos ou somente com sintomas restritivos, mas, segundo o DSM, o que vai caracterizar o diagnóstico de anorexia é o peso abaixo daquele critério [...] (psiquiatra 3)

Um dos critérios para o diagnóstico da Anorexia Nervosa, de acordo com o DSM, é a não manutenção de um peso corporal mínimo. Esse manual indica que a determinação do baixo peso deve ser relativizada de acordo com a história de desenvolvimento corporal e ponderal do paciente, oferecendo como referência um peso menor que 85% em relação à média estimada para idade e altura do paciente. Essa diferenciação, na prática, muitas vezes, é complicada. Os quadros anoréxicos e bulímicos, frequentemente, se alternam ou se sucedem, o que significa que encontramos períodos de sintomas anoréxicos na Bulimia Nervosa, momentos de compulsão alimentar e purgação na Anorexia Nervosa e, muito comumente, a saída do quadro anoréxico pela via da Bulimia Nervosa (EDDY et al, 2008). Além disso, a relativização do que seria um peso adequado para certo sujeito é, na maioria das vezes, ofuscada pelas definições rígidas dos parâmetros ponderais ideais determinados estatisticamente.

Diante da insuficiência dos critérios dos manuais para fazer essa diferenciação, alguns entrevistados indicaram outras características que não estão presentes entre os critérios diagnósticos, mas que podem servir como norteadoras na prática clínica. Nesse sentido, a **recusa radical** presente nos sujeitos com sintomas anoréxicos é destacada como um ponto chave. A ideia de “recusa” é fundamental para entender que, de fato, não há uma perda de apetite - algo que se contrapõe à própria etimologia da palavra “anorexia”, que deriva do grego *an*, que significa ausência, e *orexis*, apetite ou desejo²⁸.

Na verdade, o ato de recusar implica que algo está sendo oferecido pelo Outro. Por isso, Lacan, em certo momento de seu ensino (1957-1958), associou a demanda com a estrutura da recusa e com uma espécie de falso pedido: “Eu recuso o que me ofereces, porque não é isso”. O psicanalista explica que a marcação de uma falta é a condição necessária para manutenção do desejo. Nesse caso, a recusa de uma satisfação plena da demanda pode, em alguns casos, se constituir como uma forma de evidenciar um ponto de falta no Outro, preservando assim o desejo²⁹ do sujeito (LACAN, 1999). Ou seja, o que está em jogo nessa

²⁸ A título de curiosidade, o termo bulimia deriva do grego *bous*, que significa boi, e *limos*, que significa fome.

²⁹ As necessidades naturais do sujeito abarcam uma dimensão fisiológica e biológica da urgência e devem, necessariamente, ser dirigidas ao Outro da linguagem para serem satisfeitas. Nesse ponto em que a necessidade passa pelo filtro significante localiza-se a demanda. No entanto, a demanda nunca é totalmente satisfeita, deixando sempre um resto que dá origem ao desejo. O desejo é aquilo que excede a demanda, fundando-se na falta-a-ser que habita o sujeito imerso na linguagem. Assim, o desejo é sempre insatisfeito, ao contrário do que propõe o capitalismo ao publicizar que certo objeto irá satisfazê-lo (RECALCATI, 2007). Essa elaboração pode

recusa não é uma falta de desejo, mas sua própria afirmação. O psiquiatra 1 ressalta que essa recusa não se restringe aos alimentos, mas também envolve o Outro simbólico, social e relacional.

Engraçado, eu tenho para mim que a anoréxica é mais grave. Não sei se por conta do que eu já conheci das bulimias... Embora, acho difícil conduzir o tratamento dos dois tipos de problema, sabe? Eu penso na anoréxica... a recusa do anoréxico marca muito! Me marca muito! E, aí, a recusa do alimento, sim, mas acho que é a recusa do outro, a recusa da relação, a recusa dessa construção, sabe? Ao passo que, na bulímica, eu não vejo uma recusa tão explícita, mas eu vejo uma coisa mais conturbada. Faz uma relação, mas uma relação, assim, de, às vezes, desqualificar, de romper regra, sabe? De problematizar. Enfim, são trabalhosas, mas eu acho que tem uma diferença da relação que estabelece com um e com outro. (psiquiatra 1)

Nesse relato, a indicação de que os sujeitos com sintomas bulímicos se relacionam com o outro de forma mais problemática, fenômeno traduzido por alguns sob a insígnia dos Transtornos de Personalidade, parece contribuir para o desenvolvimento de um imaginário em relação a esses quadros que pode ser verificado não só entre os profissionais de saúde, mas também nos pacientes e em todo o tecido social. As “evidências científicas” corroboram esse fato ao mostrarem que existem diferenças entre as personalidades daqueles que desenvolvem sintomas anoréxicos e daqueles que desenvolvem sintomas bulímicos. Para além dessas “verdades”, o que nos interessa destacar é a construção discursiva em torno dessas manifestações. Tradicionalmente, as anorexias são entendidas como um excesso de controle e, as bulimias, como a ausência de controle. Não é incomum, por exemplo, que os sujeitos bulímicos sejam definidos como “anoréxicos frustrados”. As características associadas à bulimia, tais como impulsividade e comportamentos de risco deliberados (incluindo atuações sexuais e abuso de substâncias), apresentam um valor social negativo. Esse dado colabora para que **o estigma dos profissionais em relação às bulimias seja maior do que em relação às anorexias** (BURNS, 2004).

Ainda na entrevista do psiquiatra 1, observamos certa distância crítica em relação aos critérios estabelecidos pelos manuais psiquiátricos contemporâneos. Poucos foram os entrevistados que ressaltaram que nesses quadros há algo em jogo que está para além dos sintomas alimentares e do peso em si.

ser transposta para a prática dos profissionais de saúde, que, frequentemente, sentem-se compelidos a atender prontamente as demandas de seus pacientes.

Apesar de ser um transtorno psiquiátrico, me parece muito limitado a gente ficar com essa questão do transtorno psiquiátrico e reduzir a um transtorno que seja puramente um conjunto de sintomas para fazer esse diagnóstico. Especialmente nesse caso, as questões subjetivas e psicoterápicas têm um componente muito extenso e muito variado. [...] São comportamentos relacionados à alimentação e que podem ser comportamentos de evitação da alimentação ou de purgação. Têm sinais mais claros como alterações de peso importantes, mas acho que, fundamentalmente, é uma alteração da relação com a comida e da relação com o ato de comer. O uso que se faz disso, o papel que isso representa na vida da pessoa e mesmo que não seja um caso visualmente claro de que há uma alteração, de que não tenha uma alteração física tão proeminente, essa relação com a comida e a relação com o ato de comer é que vão aparecer de uma forma sintomática. (psiquiatra 2)

Nos relatos também pudemos localizar o que cada profissional localizava como as causas das práticas anoréxicas e bulímicas no contemporâneo. A discussão etiológica dos quadros psiquiátricos em geral esteve no cerne da Psiquiatria Clássica durante o século XIX. Nessa época, havia uma preocupação com a descrição pormenorizada dos quadros psiquiátricos e com o desenvolvimento de teorias explicativas. Esse debate, no entanto, perdeu força desde a criação do DSMIII, em 1980, que visava o estabelecimento de um manual com uma perspectiva descritiva e atórica. Uma vez que o saber psiquiátrico não conhecia nem a etiologia nem o processo de adoecimento psíquico, criou-se uma classificação baseada em fenômenos facilmente observáveis na clínica e que pudessem ser descritos sem qualquer referência teórica específica³⁰. Esse manual atenderia não só aos interesses dos psiquiatras, que precisavam estabelecer uma delimitação mais precisa da fronteira entre o normal e o patológico e, conseqüentemente, do campo de ação da psiquiatria, mas também aos interesses da indústria farmacêutica, que necessitava distinguir as pessoas que deveriam tomar medicamentos daquelas em que esse tipo de intervenção não se justificaria. Em 1994, a Associação Psiquiátrica Americana (APA), dando continuidade ao rompimento das discussões relacionadas à etiologia do adoecimento psíquico, publicou o DSM IV. Embora esse manual tenha uma continuidade conceitual com o DSM III, sua pretensão ultrapassa a de simplificar a comunicação entre pesquisadores e clínicos da área, incluindo a de servir como suporte educacional para os ensinamentos de psicopatologia (AGUIAR, 2004).

³⁰ O distanciamento das discussões etiológicas pode ser notado com a incorporação do termo “transtorno” (disorder) em detrimento de “doença” (disease). Enquanto o primeiro diz de uma disfunção sem uma etiologia precisa, o segundo se refere a condições cujas etiologias são bem estabelecidas.

A Psiquiatria atual resulta da tentativa de aproximação do saber psiquiátrico ao modelo da “Medicina Baseada em Evidências”³¹ no qual o diagnóstico torna-se mais objetivo e estável, possibilitando estudos clínicos controlados que garantam tratamentos padronizados baseados em evidências científicas. Nesse contexto, muito mais do que discutir as possíveis causas do sofrimento psíquico, parte-se do pressuposto de que os quadros pré-estabelecidos existem independentemente do observador, buscando-se os sinais e sintomas correlatos para diagnosticá-los e tratá-los. Apaga-se, assim, qualquer aspecto subjetivo tanto do profissional quanto do paciente. Nesse sentido, retomar a discussão etiológica pode ter um efeito de ruptura com essa lógica simplista.

A maioria dos profissionais entrevistados fez referência ao **padrão estético do corpo magro veiculado pela mídia atualmente**. Um contra-argumento interessante para essa ideia aparece em alguns estudos que mostram relatos de pacientes cegos com essas manifestações (FERNÁNDEZ-ARANDA et al, 2006). No entanto, para alguns dos entrevistados, não resta dúvida de que o ideal de magreza é um fator decisivo para esses quadros:

Com certeza [tem relação com o ideal de corpo magro]. Vamo colocar aí em torno de 50-70%, mais ou menos. Com certeza, acho que tem associação. Porque, hoje em dia, o que eu recebo de pacientes querendo anorexígenos, sibutramina, outros que já saíram de linha. (médico generalista 1)

Nesse relato, o imperativo de magreza que se faz presente na sociedade contemporânea vem associado à **demandas por medicamentos para emagrecer** nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's). Segundo dados da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes, o Brasil é um dos maiores consumidores no mundo dessas substâncias. Visando barrar esse crescimento acelerado, em 2010, o governo estabeleceu regras mais rígidas para a comercialização e consumo de remédios para emagrecimento. A quantidade passou a ser limitada à receita e as doses máximas de cada substância também diminuíram (JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE ENTORPECENTES, 2015). O médico generalista 1 destacou que o fato de não ter receituário adequado nas UBS's ajuda a negar esse tipo de prescrição.

³¹ A “Medicina Baseada em Evidências” é um movimento médico que preconiza a utilização de provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica. A ênfase recai nos estudos da epidemiologia clínica, excluindo aquilo que não é mensurável: os sujeitos e suas subjetividades. Essa proposta pretende circunscrever uma verdade absoluta que forneça garantia de um tratamento bem sucedido. Ela se esquece, contudo, que “viver” inclui a dor, o prazer, a criatividade, as contingências, enfim, tudo aquilo que não é programável nem passível de evidências (CASTIEL & POVOA, 2002).

Muito se comentou sobre a **maior vulnerabilidade das mulheres aos padrões estéticos ditados pela cultura**. O lugar social de objeto de desejo exposto ao olhar do outro e as expectativas de perfeição foram alguns dos motivos mencionados³².

Essas formulações da mídia em relação à mulher, o que ela tem que ser e como tem que ser, qual é o corpo bonito, qual não é. Acho que tem a ver com um ideal das meninas de serem modelos. Até se a gente for pensar nos brinquedos, na barbie, nas bonecas, a mulher é sempre colocada em contato com esses ideais, com o que é esperado de uma mulher bonita, com a vaidade. Acho que é uma coisa atual sempre. A mulher está sempre nesse lugar, de buscar um ideal, de buscar algo para oferecer para o homem. Ela é muito cobrada nesse sentido, de perfeição. [...] O homem não tem essas cobranças todas. Um homem com uma barriguinha de cerveja tá bacana. Mais gordo, não tem problema. (terapeuta ocupacional)

Outros profissionais, embora tenham comentado sobre a influência do ideal do corpo magro no desenvolvimento das práticas anoréxicas e bulímicas, questionam a supervalorização desse elemento, ressaltando que ele não explica a etiologia de forma isolada.

Bom, eu acho que isso vai variar individualmente. Mas o quê eu postulo seria que aquele indivíduo teria questões pessoais já, predisponentes, que levam ele a crer que a materialização daquela estética vai suprir determinadas necessidades anteriores, internas, dele. [...] Às vezes, existe uma sobrevalorização do papel da mídia. A gente sabe que ela é assim mesmo, o marketing opera através dessa lógica, mas eu acho que há uma sobrevalorização porque é a causa mais facilmente identificável. Se você for pegar o psíquico e o social, eles têm um mesmo peso. (psiquiatra 4)

O tensionamento entre a cultura, o social e o sujeito, que sempre esteve no centro das discussões etiológicas de determinados quadros psiquiátricos, torna-se ainda mais evidente quando se trata de anorexias e bulimias. Na literatura médica atual, há o predomínio da ideia de que essas manifestações apresentam etiologia multifatorial, ou seja, são determinadas por diversos fatores que interagem de forma complexa em um determinado sujeito. A ênfase recai, no entanto, mais nos fatores associados a esses quadros a partir de estudos estatísticos do que do nexo causal propriamente dito, distanciando-se da riqueza do debate etiológico da Psiquiatria clássica. Nesse sentido, a etiologia das anorexias e bulimias tem sido abordada a

³² Pierre Bourdieu (2003), em seu livro *A dominação masculina*, corrobora essa ideia ao desenvolver que a dominação masculina impõe à mulher o lugar de objeto simbólico, incessantemente exposto à objetivação operada pelo olhar e pelo discurso dos outros (não só dos homens). Isso concorre para elas levarem ao limite a experiência do “corpo-para-o-outro”, determinada pelas expectativas masculinas e naturalizada pela sociedade. Como efeito, a mulher permanece em um constante estado de insegurança com sua imagem e de dependência simbólica em relação aos outros.

partir dos fatores predisponentes, que são aqueles que aumentam a chance do aparecimento do quadro, precipitantes, que marcam o aparecimento dos sintomas, e mantenedores, que determinam se o transtorno será perpetuado ou não (WEINBERG, 2008). Nessa perspectiva, o ideal de magreza funcionaria como um dos fatores predisponentes.

Mabel Gracia Arnaiz (2007) destaca que, atualmente, o reconhecimento do papel dos fatores culturais na gênese das anorexias e bulimias se dá apenas de forma retórica. A antropóloga comenta que, embora se fale do caráter “biopsicossocial” dessas manifestações, as pesquisas acabam focando somente no biológico e, mais raramente, em algo do psíquico. Realmente, nos estudos que pesquisei na literatura médica, os fatores socioculturais são abordados de forma simplificada, sendo, frequentemente, reduzidos ao ideal de magreza socialmente valorizado e à interação familiar. As interações complexas entre os fatores sociais, econômicos e políticos é esquecida nessas análises. A autora fala do modo de funcionamento da biopolítica atual que tende a traduzir o mal-estar decorrente do desmantelamento dos sistemas de suporte social como patologias. Nesse sentido, existe uma tendência em abordar os quadros de maneira individual, desconsiderando qualquer articulação da experiência clínica com a complexa interação entre os processos veiculados às desigualdades sociais e de gêneros e às estratégias comerciais das indústrias alimentares e farmacêuticas (GRACIA ARNAIZ et al, 2007).

Um dos entrevistados retomou essa discussão ao relacionar essas manifestações à **fragilidade das relações na sociedade contemporânea.**

Eu acho que [o ideal de corpo magro difundido pela mídia] contribui, mas não isoladamente. Contribui neste contexto onde o significativo mesmo passa batido. Acho que sempre tiveram pessoas anoréxicas, bulímicas, mas acho que a gente dá tanta ênfase nisso que é aparente, nisso que é muito na superfície, que aumenta a possibilidade das pessoas adoecerem dessa forma. Em um contexto em que as relações já são complicadas, já são carentes de afeto. Acho que, mesmo com essa ênfase toda na aparência, se a gente conseguisse construir relações diferentes, não seriam tantas pessoas adoecendo assim. (psiquiatra 1)

Nas entrevistas não se falou sobre a interação da família. De forma geral, a questão sociocultural foi restringida ao ideal de magreza. Alguns profissionais chegaram, no entanto, a criticar a supervalorização desse fator.

O que eu acho que a gente tem que questionar em relação aos fatores culturais é essa questão pronta. Como se fosse uma identificação da anoréxica com um ideal de beleza, com o corpo magro, com as

modelos, com esse mundo fashion. Eu não acho que é só disso que se trata não. Acho que tem sim um favorecimento da cultura, mas a escolha desse sintoma, ela é anterior a isso. As pessoas estão mergulhadas na cultura e absorvem isso. Mas eu acho que é reduzir a anorexia a essa questão cultural. Não acho que é só disso que se trata. Claro que a gente tem que considerar a questão como um todo. Levando em consideração que, na cultura ocidental, essa questão do corpo magro influencia sim; que a gente tem outras culturas, até épocas anteriores, em que isso não era tido como o ideal, o padrão de beleza. Por exemplo, as santas jejuadoras que o jejum e a recusa do alimento era também uma prática, mas não era relacionada ao ideal do corpo, a um ideal de beleza padronizada. E isso tem muito no ocidente, na nossa cultura. Então, eu acho que a gente tem que tomar cuidado com isso, com essa ênfase na cultura. Eu acho que estamos mergulhados sim e que isso pode favorecer, propiciar a atuação do corpo, mas não é só. (psicóloga 3)

Nesse relato, a hipótese colocada é de que **a cultura fornece elementos através dos quais os sujeitos manifestam o seu mal-estar estrutural**. Nesse caso, como complementa o psiquiatra 2, o elemento cultural vai entrar “*mais como um meio, que como origem*”. De fato, a prática clínica mostra que os sujeitos não adotam essas práticas para ficarem parecidos com os modelos propagados pela mídia. O que se observa é que os sujeitos com esses sintomas, definitivamente, não ficam semelhantes aos modelos e estão fora da lógica de um compartilhamento com os outros de valores socialmente construídos. O que está em jogo é muito mais uma satisfação pulsional autoerótica em ruptura com o laço social (VAL et al, 2015).

A fala da psicóloga nos permite um gancho com a discussão sobre a etiologia desses quadros que tem sido desenvolvida na Psicanálise. Nesses estudos, a constituição da imagem tem sido investigada a partir da experiência do espelho. Baseado em dados experimentais da psicologia comparada, Lacan, em 1949, elaborou o famoso “Estádio do Espelho” para se referir ao momento da constituição do eu, a partir da imagem do próprio corpo vista no espelho. Uma criança ainda imatura em relação ao domínio motor e fisiológico percebe o seu corpo como fragmentado. Quando ele se depara com um espelho, constatamos a manifestação de júbilo que a imagem de seu corpo inteiro lhe causa. Nesse momento, ela olha para o adulto para encontrar no olhar do outro a confirmação do reflexo que vê. A partir daí, a criança se aliena nessa imagem completa “que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental” (LACAN, 1998c, p.100), como primeiro momento da constituição do eu. Lacan ressalta que a relação do sujeito consigo e com os outros será sempre atravessada por esse ponto a partir do qual o sujeito se vê. A confirmação pelo adulto através de seu olhar e a subjetivação pelo sujeito desse terceiro elemento (o ponto de vista) marcam a

entrada do sujeito no simbólico, possibilitando-lhe a representação de sua imagem corporal unificada e propiciando a ligação do eu a situações socialmente elaboradas. Esse processo descreve a formação do Ideal do Eu como uma identificação simbólica que irá regular a relação do sujeito com sua imagem (LACAN, 1998c).

A deformação da imagem corporal, muitas vezes presente nas anorexias e bulimias atuais, parece relacionar-se justamente com essa matriz simbólica, conhecida na Psicanálise como Ideal do Eu. No mundo contemporâneo, historicamente marcado pelo declínio da capacidade do discurso de capturar a pulsão, temos, então, um enfraquecimento do poder da instância simbólica, provocando, ao mesmo tempo, uma desorganização do campo imaginário. Sem o suporte de uma referência simbólica, sem o ponto de vista que Freud encontrou no Ideal do Eu, a imagem vacila. Essa imagem deixa de funcionar como um véu para um gozo que acaba irrompendo no espelho como um excesso de carne, um excesso não simbolizado. É exatamente esse excedente que angustia as anoréxicas e bulímicas, que encontram no jejum e nas purgações uma forma de defesa (EIDELBERG et al, 2009).

A problemática na constituição da imagem no contemporâneo ganha ressonância na fala de vários profissionais que entendem que o desenvolvimento das anorexias e bulimias está relacionado com traumas decorrentes de ataques à imagem. Esses ataques, habitualmente nomeados como **bullying**, parecem reforçar o desconforto de uma imagem caracterizada pela fragilidade de seu suporte simbólico.

Em geral, eu acredito que exista algum trauma, alguma angústia, algum sofrimento que isso trouxe para a pessoa que desencadeia essa mudança de postura, de atitude. Porque, até então, se ela não tem nada para incomodar, para desencadear isso, ela vai continuar vivendo a vida dela gorda, com sobrepeso, obesa, magra, da forma que for. Se não tiver nada que a conduza a isso. Eu acredito que, em geral, exista algum trauma, alguma forma de sofrimento que essa pessoa teve. (enfermeira 1)

Ainda em relação à discussão etiológica das práticas anoréxicas e bulímicas, poucos profissionais comentaram sobre a influência de **fatores hormonais e genéticos**, sempre associando-os a outros componentes a partir do modelo de causalidade “multifatorial”. De forma geral, no nosso grupo de entrevistados, a redução desses quadros aos elementos biológicos foi questionada, ainda que de forma vacilante.

Tem todas as discussões das causas biológica, né? Das tendências biológicas, dos tipos de personalidade em que é mais comum. Agora, não sei. E, aí, é uma coisa minha. Eu não costumo ver

biologia como muito determinante. Então, podem ter tendências, você tem certa vulnerabilidade para algum tipo de adoecimento, mas eu acho que onde pega mesmo é na história da pessoa. (psiquiatra 2)

Como vimos, as concepções e suposições etiológicas das anorexias e bulimias variam entre os profissionais. Em relações às concepções, destacam-se alguns elementos como a necessidade da presença de alterações dos comportamentos alimentares autoinduzidas, da distorção da imagem e da variação do peso corporal para se fazer o diagnóstico. A crença de que são quadros psiquiátricos e a tentativa de inscrevê-los nesse campo é patente. Por outro lado, a recusa radical que envolve não apenas o alimento, mas o Outro social quase não aparece nas entrevistas. Esses elementos parecem convergir para um mesmo ponto, já comentado pelo psicanalista Christian Dunker (2015): **a generalização dos padrões de reconhecimento do sofrimento causada por um excesso decorrente da expansão da gramática do DSM.**

Ao que tudo indica, os profissionais da saúde, na prática cotidiana, frequentemente não estão preocupados em compreender essas manifestações, mas sim em enquadrá-las em um grupo homogêneo, tratá-las, medicá-las e sedá-las, descartando, assim, o sujeito. Essa é a lógica biopolítica atual: constrói-se um discurso sobre o sofrimento tão amarrada e homogênea a ponto de não deixar qualquer espaço para a manifestação das singularidades.

Conforme destaca Dunker (2015), as narrativas sobre as anorexias e bulimias, que envolvem os discursos, as redes de nomeações, as expectativas de cura e dispositivos de tratamento, transformam um sofrimento indeterminado em uma entidade clínica com base em contradições antigas, atuais e tantas outras que estão por vir, como apontamos ao longo dessa análise. Muitas vezes, a inclusão discursiva dessas manifestações no campo psiquiátrico é entendida como mera formalização de uma essência que antes era subdiagnosticada ou nomeada de outras formas. No entanto, os procedimentos normalistas e convencionais que encontramos no DSM e que se repetem nos relatos dos profissionais analisados parecem contribuir para a reprodução desses quadros na forma como eles se apresentam no contemporâneo. A potência dessas nomeações que se disseminam discursivamente através dos dispositivos médicos, psicológicos, jurídicos, paramédicos, religiosos, etc pode ser detectada quando pensamos, por exemplo, no porquê das primeiras descrições das anorexias não levarem em conta o desconforto com a imagem. Esse dado parece comprovar como os atos de nomeação podem mudar as experiências de sofrimento. Isso, no entanto, se depara com um limite.

Dunker (2015) argumenta que há uma sequência regular nas relações entre as nomeações do sofrimento e o mal-estar. Primeiramente, o mal-estar, algo estrutural do ser humano, apresenta-se de forma singular, como um caso isolado. Nesse ponto, surgem os casos famosos que dão título a uma forma de sofrimento³³, instituindo uma categoria socialmente compartilhada. A partir daí, outras formas de sofrimento começam a ser agregadas ao diagnóstico inicial até o ponto de saturação. Nesse momento, a força simbólica do reconhecimento enfraquece e a nomeação torna-se uma espécie de “piada que perde a sua força pragmática ao ser indefinidamente repetida” (p.266). Eis aí um espaço para que apareçam novos nomes para o sofrimento, como podemos observar nos significantes que surgem atualmente em nosso campo: *drunkrexia*, *vigorexia*³⁴, e assim por diante.

Em relação à etiologia, a ideia de que **o imperativo de um padrão estético de um corpo magro esteja na base das práticas anoréxicas e bulímicas** é patente. Parece que é a partir dessa premissa que outros elementos vão sendo desenvolvidos: o predomínio desses quadros no sexo feminino, a busca incessante por dietas e medicamentos para emagrecer, os fatores genéticos e hormonais, a nomeação genérica dos *bullyings* sofridos por aqueles que não se adequam aos ideais. Como resposta, temos as normas que tentam regular o peso das modelos (MACHADO, 2013), controlar as prescrições de anorexígenos, fiscalizar a ocorrência de *bullyings*, entre outras. Talvez, tenhamos aí, mais uma vez, a tentativa discursiva de integração do mal-estar ao sofrimento diagnosticável e tratável.

Esse reconhecimento social, contudo, exclui algo que me parece fundamental: o mal-estar contemporâneo decorrente do declínio dos ideais e do excesso de normatizações. Não estou com isso esgotando a diversidade etiológica desses quadros ou propondo qualquer tentativa de universalização, mas enfatizando a esquiwa localizada nos relatos. Estes, na maioria, não indicam que as manifestações anoréxicas e bulímicas possam estar relacionados a questões estruturais que fazem parte da essência humana, ou seja, um desconforto sempre presente no encontro do sujeito com a civilização e que, a cada momento, se apresenta de uma forma. Tampouco houve qualquer referência aos processos de aprisionamento dos sujeitos aos diagnósticos atuais que não contribuem para um reconhecimento dos conflitos singulares.

³³ Na tese de Dunker, existe uma precisão na diferenciação entre o mal-estar (algo estrutural do ser humano que diz respeito à nossa existência no mundo e na sociedade) e o sofrimento (categoria social que depende do reconhecimento do Outro, tornando-se uma experiência coletivamente compartilhada).

³⁴ A *drunkrexia* se refere ao quadro em que o sujeito deixa de se alimentar, substituindo a comida por bebidas alcólicas. Já a *vigorexia*, aos sujeitos que, apesar de estarem muito musculosos, continuam se achando franzinos, praticando exercícios e adotando outras práticas para aumentar a massa muscular.

Em nossas entrevistas, localizamos estratégias parecidas com aquelas apontadas por Hepworth (1999) em seu estudo com profissionais. A pesquisadora marca que a repetição de termos como “desconhecimento”, “complexidade”, “pode ser”, “multifatorial” funcionam como chaves para justificar a não discussão etiológica de um problema cuja essência é enigmática. Retomando a tese de Dunker (2015), a condição para disseminação desses sintomas é justamente a suposta etiologia comum e indeterminada. Afinal, como vimos, quando esse dispositivo de nomeação enfraquece por sua excessiva determinação, logo é substituído por outros.

Hepworth (1999) não deixa de destacar que esses quadros são sempre construídos em torno do *status* de transtorno psiquiátrico, priorizando os critérios diagnósticos em detrimento das causas possíveis. Esse tipo de conduta mantém essas manifestações ainda mais restritas ao discurso biomédico, deixando outras teorias (como a das Ciências Sociais e a da própria Psicanálise, por exemplo) na periferia, evitando discussões que poderiam contribuir para o tratamento desses sujeitos.

Para tentar aprofundar essa discussão e investigar mais amiúde como esses quadros são concebidos e tratados na prática clínica, continuaremos a examinar o tema sob a perspectiva dos sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos.

6.2 As narrativas de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos sobre seus itinerários terapêuticos

Neste tópico, daremos continuidade à investigação, partindo da perspectiva dos sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos sobre seus itinerários terapêuticos. A proposta é tentar qualificar os elementos que intervêm sobre a possibilidade de tratamento desses pacientes.

Os resultados e análises que se seguem referem-se às narrativas dos pacientes entrevistados no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB)³⁵, conforme descrito no *PERCURSO METODOLÓGICO*.

6.2.1 Perfil dos entrevistados

Entre os vinte entrevistados para esta pesquisa, contamos com dezoito sujeitos do sexo feminino e dois do sexo masculino. No momento da entrevista, três estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos, oito entre 17 e 19 anos, sete entre 26 e 33 anos e dois entre 40 e 48 anos. Dezesesseis eram solteiros e quatro casados. Doze dos entrevistados estavam no intervalo etário entre 11 e 16 anos na época do aparecimento dos sintomas. Chama a atenção que, embora nossos 20 entrevistados tenham sido escolhidos aleatoriamente, o conjunto deles guarda as características verificadas nos estudos epidemiológicos (MILLER & GOLDEN, 2010; ARCELUS et al, 2011).

Embora não tenhamos determinado o diagnóstico de cada participante segundo os critérios estabelecidos pelos manuais psiquiátricos, a partir dos relatos obtidos nas entrevistas, pudemos inferir que seis deles apresentavam predomínio de sintomas anoréxicos e 10 de sintomas bulímicos. Além disso, quatro deles já haviam apresentado sintomatologia sugestiva de anorexia e bulimia, alternando o predomínio ora de uma, ora de outra, ao longo da vida. De fato, observa-se entre os entrevistados o que outros estudos (EDDY et al, 2008) já indicavam, ou seja, que os quadros anoréxicos e bulímicos, frequentemente, se alternam ou se sucedem, o que significa que encontramos períodos de sintomas anoréxicos na Bulimia Nervosa, momentos de compulsão alimentar e purgação na Anorexia Nervosa e, muito comumente, a saída do quadro anoréxico pela via da Bulimia Nervosa.

³⁵ Essa parte da investigação foi originada do projeto “Itinerários terapêuticos de pacientes com transtornos de anorexia e bulimia nervosas”, coordenado pela professora Maria Bernadete de Carvalho. Um de seus desdobramentos foi o artigo *Itinerários terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos*, aceito para publicação na Revista *Ciência e Saúde Coletiva*.

Tabela 1: Perfil geral dos entrevistados

Pseudônimo	Sexo*	Idade na época da entrevista	Idade no início dos sintomas (anos)	Idade da busca por tratamento (anos)	Tempo entre início dos sintomas e busca por tratamento (anos)	Sintomas iniciais	Sintomas atuais
Liz	F	10	8	8	0	bulímicos	bulímicos
Eva	F	48	38	38	0	anoréxicos	anoréxicos
Lia	F	18	16	17	1	anoréxicos	anoréxicos
Mia	F	31	14	20	6	anoréxicos	anoréxicos
Ema	F	18	16	18	2	anoréxicos e bulímicos	anoréxicos e bulímicos
Dea	F	26	23	23	0	anoréxicos	anoréxicos
Ida	F	27	15	22	7	bulímicos	bulímicos
Ebe	F	19	14	14	0	anoréxicos	anoréxicos
Mel	F	33	15	19	4	bulímicos	bulímicos
Giz	F	31	24	29	5	anoréxicos e bulímicos	anoréxicos e bulímicos
Gil	M	14	13	14	1	bulímicos	bulímicos
Lô	F	13	12	12	0	anoréxicos	anoréxicos
Iva	F	17	12	13	1	anoréxicos	bulímicos
Ju	F	26	12	26	14	bulímicos	bulímicos
Ada	F	32	18	26	8	anoréxicos e bulímicos	anoréxicos e bulímicos
Israel	M	40	18	33	15	bulímicos	bulímicos
Jô	F	17	13	13	0	bulímicos	“não tem mais”
Isa	F	17	13	14	1	bulímicos	bulímicos
Bia	F	19	16	18	2	anoréxicos	anoréxicos e bulímicos
Gal	F	18	11	15	4	bulímicos	bulímicos

* Sexo: feminino (F) e masculino (M)

Fonte: Elaborada pelo autor

6.2.2 Ema: uma moça decidida a “secar”

Eu via as pessoas na rua e achava elas mais magras do que eu. Queria ser assim. E eu, realmente, comecei a engordar um pouco. Dois quilos a mais do que eu sempre pesei. Bebia muito e retia muito a água. Achava que se eu fechasse a boca um pouquinho, eu ia emagrecer um pouquinho. Aí, esse pouquinho virou muito! Eu devia ter uns 16 anos. Emagreci dois quilos e, pra mim, estava bem, até aí, tudo bem. Passei a cuidar um pouco melhor do que eu comia, mas comia o que eu queria, quando eu queria. Não tinha esse exagero. Sempre pensava que eu precisava emagrecer um pouquinho, mas eu nunca deixei de comer nada que eu quis.

Eu tinha um cisto no ovário, aí, eu tirei ele. Então, assim, eu estava bem, andava, saía, mas eu fiquei 15 dias de atestado e fui pra casa da minha avó. Lá, comi de um jeito que não era normal. Só depois que eu fui perceber isso, que não era normal. Porque ninguém come pra ficar lotado assim. Comer mais do que a fome, eu nunca fui disso. Na verdade, eu passava horas sem comer, não porque eu queria, porque eu sempre fui muito tranquila em relação a isso. E eu me assustei. Vi esse peso e falei: “Tá na hora de emagrecer!” E eu tentei muito tempo. Tentava, tentava, não dava, não dava, até que eu falei: “Acabou! Não quero mais ter esse corpo, não quero ser assim!” E fechei a boca. Fiz um monte de dieta louca, dieta assim, de comer nada, literalmente. Ficava controlando tudo o que eu comia, contando tudo o que eu comia durante o dia. Controlava tudo, até uma bala que eu chupava. Se eu chupasse uma bala, eu ficava com peso na consciência! Aí, nisso, foram 20 quilos embora! Eu sempre pensava: “quero 45 quilos, quero não sei quantos quilos!”. Aí, eu parei de pesar. Quando eu pesei de novo, eu estava com 38 quilos. E eu me assustei. Mas eu estava feliz ao mesmo tempo em que eu estava triste e assustada... eu estava muito feliz.

Eu sempre morei com minha avó. Ela não entende nada disso! Ela não entende até hoje o que eu estou passando. Aí, eu fico sem saber. Eu nunca soube como falar esse tipo de coisa pra ela, então, eu sempre me virei. Ela falava assim: “Você está parecendo uma caveira!” Mas ela não sabia o que era aquilo que eu estava passando. Ela nem percebeu que eu não comia. Tipo assim, eu fiquei um ano sem comer quase nada e ela não percebeu! Porque não era que eu não comia. Eu sempre comi de três em três horas, mas eu comia, assim, nada! Então, não comia! Era justamente para que ninguém ficasse falando na minha cabeça. Eu ficava cansada, mas ela não percebia. Eu falava que era por causa do trabalho. Então, eu não pedia ajuda!

Eu vi a foto, vi que eu estava muito magra e falei assim: “Ah, eu vou ganhar peso!” No início, foi difícil. Comer mais, ver a balança subir. Mas, depois, fiquei tranquila. Estava subindo gradativamente, eu estava ficando com um corpo mais bonito, o cabelo parou de cair, a minha unha ficou bonita, meu rosto, minha autoestima. Só que começaram outros problemas. Começaram essas crise de compulsão que, no início, eu controlava. No início, foi pouco. E, a cada dia, foi ficando pior, cada dia pior e voltaram os 20 kg de novo. Isso está me fazendo pirar! Porque eu não sei se eu paro de comer de novo... Isso é uma luta diária. Tipo assim, ou eu continuo com o corpo que eu estou ou eu paro de comer de novo. Mas eu sei que eu não vou conseguir parar pouquinho. Eu sei que se for para eu parar, eu vou parar tudo! Aí, vai ser aquela luta de novo. Mas, ao mesmo tempo que eu vejo que isso é ruim, eu quero isso!

Durante todo o tempo em que eu emagreci, eu não procurei ajuda nenhuma, nem nada. Nossa, eu era muito idiota! Eu via as pessoas falando nos blogs que conseguiam ficar não sei quantos dias sem comer e ficava com inveja! Eu achava aquilo lindo! Então, eu não queria ajuda!

Eu, simplesmente, comia pouco, eu sabia o meu limite por dia que eu deveria comer e, querendo ou não, eu comia tudo que eu queria. Só que eu fosse comer um bombom, eu me regulava o dia todo pra poder comer o bombom no final do dia. Eu me regulava. Se eu passava um pouquinho, no outro dia eu compensava. Aí, assim, eu tinha medo de falar. Eu entrei na academia antes e como é que eu ia entrar lá e falar assim: “Eu quero emagrecer!” Aí, eu falei: “Quero ganhar massa!” E continuei a comer menos. Então, assim, as pessoas já me viam muito magrinha. Eu sempre gostei de usar short curto. Então, assim, eu fui murchando... e todo mundo me reparava! E eu achava que estava arrasando, né? “Nossa, estou linda!” Quando as pessoas vinham falar “nossa, você está magrinha!”, eu falava: “pois é, não adianta, eu estou sempre emagrecendo!” Mas, na verdade, quando alguém falava isso comigo, eu ria de uma orelha a outra, como se eu tivesse ganhado meu dia. Que burra! Mas, enfim... Só que eu era muito mais feliz magra e com essa loucura de ficar contando até o bago de arroz que eu comia do que agora.

6.2.3 Aparecimento e funcionalidade do sintoma

Emma iniciou com sintomas anoréxicos aos 16 anos, após uma intervenção cirúrgica. Ao ver sua foto e perceber que estava muito magra, resolveu, por conta própria, voltar a comer. No entanto, não conseguiu manter o controle da ingestão alimentar, adotando práticas bulímicas para compensar. Acreditava que poderia resolver isso sozinha e ocultou os seus comportamentos por cerca de dois anos. No momento da entrevista, estava com 18 anos de idade, apresentava um peso adequado de acordo com os padrões médicos e tinha buscado ajuda havia poucos meses devido aos sintomas bulímicos e incômodo com o corpo.

Nessa narrativa, um primeiro elemento chama a atenção por sua repetição nas demais entrevistas e por nos conduzir diretamente ao que deixa sua marca em todo o percurso dos entrevistados: trata-se da recusa do sujeito de qualquer intervenção direta no sentido de impedir ou eliminar suas práticas alimentares ou purgativas. Essa recusa se manifesta, inicialmente, na própria tentativa de ocultação dessas práticas, que visa claramente preservá-las. Central nesses casos, tal atitude incide diretamente sobre o itinerário terapêutico desses sujeitos, retardando a procura por tratamento.

A metodologia adotada em nossa pesquisa suscitou, em vários entrevistados, relatos sobre o momento em que as práticas anoréxicas ou bulímicas instalaram-se em suas vidas, indicando o que lhes pareciam ter sido os motivos. Esses elementos tornaram-se relevantes do ponto de vista dos itinerários terapêuticos por nos oferecerem acesso à coerência da mencionada recusa do tratamento.

Vários dos entrevistados localizaram o início de suas práticas alimentares como uma resposta, inicialmente funcional, às circunstâncias difíceis em que se encontravam:

Foi do nada! Não sei se foi porque o meu namoro começou a ficar ruim, minha autoestima baixou e eu queria ser melhor, ou se esses dois quilos que eu ganhei a mais me fizeram, sei lá... Ou se eu precisava de alguma coisa pra ocupar a minha cabeça. Porque isso ocupa a sua cabeça 24 horas, desde a hora que você acorda. [...] Isso é diário! Então, se você quer ocupar a sua cabeça com alguma coisa, tenha anorexia! Porque é, realmente, uma válvula de escape você começar a se preocupar com isso. Só que é uma válvula de escape doente. Igual droga, entendeu? (Ema)

Ema nos explica nessa passagem que, diante das coisas que não iam bem, encontrou uma saída exilando-se num trabalho obsessivo e solitário sobre a imagem do próprio corpo, rompendo com o campo relacional onde seus problemas se manifestaram e com o desejo de, nele, inscrever algo de si. Nesse caso, o sintoma funcionou como uma fuga, uma “válvula de escape”.

Uma escolha semelhante é explicitada por Gal, com 18 anos no momento da entrevista e que iniciou práticas bulímicas aos 12 anos:

Na verdade, eu nunca percebi que precisava de algum tratamento. Eu comecei de forma bem lenta e, quando vi, já estava me agredindo muito. Mas eu não sabia que estava precisando de ajuda. Eu escondi de todo mundo. Eu ia na psicóloga e não falava do que eu tinha. [...] Por mais que isso seja horrível, isso é confortável para mim, então, sou eu mesma que deixo de falar. (Gal)

Há, em ambos os casos, como em outros, indicações no sentido de que o sujeito encontra, inicialmente, nessas práticas, senão uma solução, pelo menos um meio de tratar seus problemas, como Gal, que se sente mais “confortável” com os sintomas. A recusa em abandonar as práticas anoréxicas ou bulímicas torna-se, pois, compreensível: elas são acionadas pelo sujeito como forma de lidar com suas dificuldades e angústias. Pode-se, assim, esperar que ele só aceite abandoná-las quando encontra outra forma de resposta.

Se reconhecemos em nossas entrevistas a funcionalidade dessas práticas, isso não foi sem nos valermos da tese freudiana do sintoma como solução. Para Freud, os sintomas são respostas dos sujeitos a impasses e angústias, que adquirem um sentido ou uma lógica se considerarmos as condições requeridas por cada um para obter e regular sua satisfação pulsional (FREUD, 1996i). Não podemos, contudo, deixar de lembrar que há algo no sintoma que tende à repetição e ultrapassa o princípio do prazer, causando grande sofrimento para o sujeito (FREUD, 1996c, 1996d, 1996e).

As particularidades das anorexias e bulimias contemporâneas como respostas do sujeito têm sido muito pesquisadas no campo da Psicanálise, já que sintomas desse tipo vêm

se tornando cotidianos na clínica e apresentam muitas diferenças com relação aos sintomas neuróticos mais estudados por Freud. Alguns autores contemporâneos localizam essa diferença na forma como, nos casos atuais, o sujeito responde a seus impasses por meio de um trabalho sobre a imagem corporal, indicando ao mesmo tempo uma dificuldade na constituição dessa imagem e a inoperância da via oferecida pelo simbólico, pelo inconsciente e pelo vínculo social (EIDELBERG et al, 2009; RECALCATI, 2007).

Segundo esses estudos, é nesse ponto, ou seja, na recusa do simbólico, que a clínica se encontra com a atualidade do laço social, marcado pela relativização dos ideais tradicionais e pelo declínio de seu poder de capturar e orientar as pulsões dos sujeitos. Simultaneamente, a imagem ganha destaque na cultura. Potencializada pelos meios de comunicação de massa, a imagem passa a ser acessada como meio de construção das individualidades (EIDELBERG et al, 2009; GRACIA ARNAIZ et al, 2007; LE BRETON, 2007)

A clínica hoje tem que haver-se com o que fracassa nessa operação de construção do sujeito, orientada pelo imperativo das imagens ideais sem que o registro do simbólico, veiculado no laço social, opere como um regulador. O problema não se encontra na tentativa dos sujeitos de se adaptarem ao ideal estético do corpo magro, mas sim quando essa tentativa fracassa, fugindo de qualquer regulação para dar lugar a uma satisfação mortífera, em ruptura com o laço social (EIDELBERG et al, 2009). Esse rompimento é nítido na história de Ema:

(...) eu evitava sair com todo mundo, eu evitava fazer tudo porque eu sabia que ia ter comida lá. Eu não queria e, aí, eu me afastei de todo mundo, fiquei sozinha. Eu tive término de relacionamento, a minha sobrinha morreu e, nesse meio tempo, era uma desculpa também para eu me afastar, entendeu? (Ema)

Mas, afinal, o que faz com que a prescrição onipresente da magreza torne-se um imperativo radical para alguns? Os motivos e circunstâncias declarados pelos entrevistados para a adoção dessas práticas são variados, mas remetem, todos eles, a situações em que o sujeito se viu premido a responder, a reposicionar-se diante das contingências da vida. Muitos dos entrevistados (12 deles) situaram o começo de suas práticas anoréxicas ou bulímicas entre os 11 e 16 anos, ou seja, na puberdade, momento em que ocorrem transformações na imagem do corpo, na forma de manifestação das pulsões sexuais e no estatuto social dos sujeitos, exigindo reformulações, reposicionamentos e escolhas. Como bem diz Rimbaud, o poeta da adolescência, o sujeito se vê premido a “encontrar o lugar e a fórmula” para o que irrompe sem nome e sem forma (RIMBAUD apud LACADÉE, 2011, p.20).

De todo modo, no momento da puberdade ou fora dele, alguns dos entrevistados relataram que se encontravam diante de experiências para as quais ainda não dispunham de resposta. Para alguns, o impasse esteve vinculado ao encontro com os enigmas da sexualidade, como sugere o depoimento de Israel, cujo corpo se torna um problema quando, aos 18 anos, ele “vira rapaz”:

Eu já tinha raiva de engordar, já me sentia gordo. Sempre me senti. Desde novinho, eu me sentia gordo, mas não me preocupava com isso. Só quando eu virei rapaz mesmo, comecei a namorar... Muita gente falava que eu era forte, mas eu achava que era gordo. (Israel)

Na narrativa de Ida, que iniciou com sintomas anoréxicos aos 15 anos, as questões de ordem sexual se misturam ao relato do que poderíamos qualificar como um ataque à imagem corporal, muito recorrente entre os entrevistados:

... minha prima chegou e eu estava com um short mais curto. Eu estava na casa dela, ela saiu na porta, eu estava na varanda, de costas para ela. Ela foi e, simplesmente, fez um pânico: “Nossa Ida, você está com estria! É por que você está gorda, você está engordando e emagrecendo, você tem que dar um jeito de emagrecer. Você está muito gorda, está aparecendo até estria, você não vai arrumar namorado desse jeito! As pessoas não vão gostar de você assim!” (Ida)

Como destacamos anteriormente (p.59-70), a constituição do eu a partir da imagem do próprio corpo vista no espelho depende da confirmação do Outro, permitindo uma regulação do simbólico. A falha nessa regulação, muito comum na sociedade contemporânea, deixa os sujeitos mais susceptíveis a esses tipos de ataques advindos dos outros. Seja na forma de *bullyings*, críticas ou olhares suspeitos, os efeitos da desorganização do campo imaginário podem se fazer presentes através da insatisfação com a imagem corporal.

Há, ainda, entrevistas em que experiências de abandono parental, de desordem familiar e de perdas são situadas na origem dos sintomas ou no agravamento. É o que nos conta Ju, cuja mãe se ausentava por meses para trabalhar, deixando-a com o encargo de cuidar da casa e do pai doente:

Eu ficava tentando descobrir sozinha: “Por quê? Por que, sem necessidade, a minha mãe se afastou de mim?” Porque, quando você perde uma mãe, assim, por morte, às vezes você tenta entender por que que Deus levou. Mas minha mãe estava viva e tão longe de mim. Eu tentava buscar isso. E, assim, a coisa que mais me marcou foi que quando minha mãe saía, ela falava: “Se acontecer alguma coisa com seu pai, a culpa é sua.” Eu era uma criança! Era muita responsabilidade pra mim. (Ju)

Também é o caso de Liz, que iniciou com sintomas bulímicos muito precocemente, aos oito anos de idade, após sofrer exposição às intrigas conjugais de seus pais. Confidente da mãe, não podia contar os segredos que sabia, mas não entendia. Pra Liz, o que estava em questão não era ter um corpo magro, mas sim tratar a ansiedade de algo que ela não conseguia elaborar.

Ainda de outro modo, mas indicando que a adoção das práticas alimentares em questão vem como resposta a algo que se apresentou ao sujeito ainda sem nome e sem sentido, há relatos que ressaltam o momento em que se encontra, contingencialmente, uma resposta:

Teve uns problemas... Primeiro, na escola eu era muito zoada porque eu era gordinha. Eu não aceitava. Ficava muito revoltada, ficava nervosa. Aí, eu brigava com todo mundo. Até que um dia, eu estava em casa de boa, vendo um filme. A mulher falou pra um cara: “Tenho Bulimia.” Eu pensei: “Nossa que palavra legal! O que é isso?” Aí, minha mãe foi e me contou e, no mesmo dia, eu fiz questão de comer e vomitar. Aí, foi daí em diante, por um bom tempo, não sei dizer... Durante uns dois anos fazendo isso. Aí, depois que se tornou hábito, eu comecei a descontar tudo o que eu sentia através do vômito. Se eu tinha raiva, eu descontava no vômito para não quebrar outras coisas. Às vezes, eu não tinha... Não digo controle... Mas eu só não conseguia segurar a raiva e acabava descontando no vômito. (Jô)

Diante daquilo que suscita seu embaraço, Jô encontra a expressão “tenho bulimia”, que serve para nomear o que ela experimenta e modela o escoamento de sua agressividade, definindo o estilo de sua relação com o mundo. Trata-se, no entanto, de uma nomeação cujo sentido permanece obscuro e que não se aproxima da definição médica de transtorno.

Nesse caso, como no relato a seguir, a imagem na televisão e as palavras a ela associadas parecem oferecer a possibilidade de tratamento para aquilo que o sujeito experimentava, sem encontrar um meio de inscrever:

Na época que eu comecei a ter esses problemas, ninguém sabia que existia bulimia, anorexia. Quando começou aquele Big Brother, que tinha a Leka, ela enfiava o dedo na garganta para emagrecer. Eu me espelhei naquilo. Como eu não conseguia emagrecer, já tinha tentado chá, dieta, de tudo, e não conseguia emagrecer até o ponto que eu queria. Aconteceu que no Big Brother eu vi aquilo, sempre fiquei de olho e comecei a praticar. Comecei a enfiar o dedo na garganta e jogar fora. Depois eu vi que não estava dando... (Ida)

Como forma de intervir sobre a imagem, Ida encontra alguém em quem “espelhar-se”, perseguindo imperiosamente o ideal da magreza. Ainda que instável, trata-se de uma tentativa de organização pulsional e de construção de um eu, à imagem do semelhante.

6.2.4 Redes sociais e meios de comunicação de massa

Os meios de comunicação estiveram presentes nas narrativas de nossos entrevistados, como nos dois casos anteriores, de duas maneiras: ora os *blogs* e personagens midiáticos são frequentados no sentido de reforçar e aperfeiçoar as práticas alimentares, ora vêm informar, nomeando essas práticas como doenças e indicando a necessidade de tratamento.

Lia nos conta sobre as pesquisas que fazia na internet para descobrir novas técnicas de emagrecimento:

Aí, a gente procurava qualquer besteirinha na internet. Achava as coisinhas lá, as ideias para emagrecer, mais dietas. (...) Ah, os blogs, tudo. (...) É, eu mesma pesquisava as dietas malucas lá para emagrecer 10 quilos em uma semana. (Lia)

Segundo Bittencourt e Almeida (2013), chats, *blogs* e sites são usados por esses sujeitos não só como forma de compartilhar conhecimentos sobre dietas e comportamentos para atingir o corpo almejado, mas também funcionam como uma rede de apoio social para aqueles que estão passando por uma situação estressante e que não conseguem compartilhar com quase ninguém. Ao considerarem essa situação como um estilo de vida e não como uma enfermidade, esses grupos se constituem como comunidades coesas, dispostas a aceitar e ajudar novos membros. Ao final, acabam, realmente, promovendo um estilo de vida, uma vez que todos passam a ter atitudes, crenças, objetivos e, frequentemente, corpos semelhantes. O depoimento de Ema corrobora esse aspecto:

Eu via as pessoas falando nos blogs que conseguiam ficar não sei quantos dias sem comer... eu ficava com inveja! Tipo assim, eu era louca! Eu ainda sou louca, entendeu? Ai... Eu quero chegar a não sei quantos quilos! Eu achava aquilo lindo! Contribuíram, assim, tipo... Você vê que é capaz de fazer aquilo também. Você vê que é capaz de ter a sua bacia aparecendo e a barriga negativa. [...] Você vê que é capaz daquilo porque você é igual a todo mundo! A diferença entre você e aquela outra pessoa que não consegue fazer isso é a determinação! Se você está determinada a secar, você seca! E eu estava! (Ema)

Para os estudos do campo psicanalítico, essas comunidades se constituem pela identificação comum a um modo de satisfação pulsional. Elas produzem um saber operacional, que potencializa o imperativo do emagrecimento em relações que se caracterizam pela rivalidade. Será preciso que esse saber se mostre, em algum momento, inadequado ao sujeito, para que ele rompa com seu circuito e tenha a oportunidade de inscrever-se de outra forma. A opção por esse tipo de gozo vincula-se ao contemporâneo na medida em que ele resulta de um tratamento, pela via da imagem, daquilo que se anuncia na angústia, sem a regulação do simbólico, solapado na cultura pelas transformações na forma do poder (SANTOS et al, 2014).

A nomeação dessas práticas e sua inscrição como patológicas, a partir de seus efeitos devastadores, constitui-se como via para que alguns sujeitos assim se inscrevam, o que lhes oferece uma identidade confirmada pelo diagnóstico socialmente reconhecido (ROSE, 2013), sem que isso implique numa compreensão singular do que ocorre.

Eu não sabia o que era. Para mim, eu tava normal. [...] Um dia, assistindo televisão, assistindo o programa do Serginho Groisman, eu vi comentando, uma entrevista com jovens falando sobre isso, sobre a anorexia, que era uma doença, que levava à morte e tal. Aí, eu fiquei meio assustada e falei: “Será que eu tô doente, que eu tô com isso?” Aí que eu assustei. Nessa época, eu fiquei preocupada e tentei dar a volta por cima. Tentei recuperar o peso um pouquinho. (Mia)

O processo de transformação dessas práticas em transtornos pelos discursos da saúde não acontece sem o questionamento dos sujeitos que, algumas vezes, reivindicam a particularidade de seus motivos. De todo modo, seu reconhecimento e compartilhamento social na forma de um sofrimento³⁶ pode oferecer um endereço e, na melhor das hipóteses, a possibilidade de um trabalho de simbolização, capaz de moderar o imperativo da magreza.

6.2.5 Mia: do desconhecimento às perdas corporais

Nasci lá na roça mesmo, no interior, numa cidade bem pequena. Meus pais tinham problemas de convívio entre eles. Eu não fui uma criança tratada com carinho, respeito, com atenção, com princípios que eu acho que são importantes para uma criança. Eu me sentia responsável pela vida da minha mãe. Porque meu pai

³⁶ Lembremos das categorias propostas pelo psicanalista Christian Dunker (2015): o **mal-estar** como algo inerente à existência humana e seu convívio em sociedade; o **sofrimento** como uma experiência reconhecida e socialmente compartilhada; e o **sintoma** como expressão de que algo vai mal com o sujeito, manifestando-se na forma de metáfora. Neste trabalho, adoto exatamente essa ideia de mal-estar e sofrimento. Em relação ao sintoma, uso o termo de forma mais ampla, não me restringindo à noção freudiana apropriada por Dunker de que ele sempre tem uma estrutura de sentido.

e ela brigavam muito. Meu pai vivia armado e eu ficava com medo, ficava ao lado dela o tempo todo, não me separava dela por nada, queria estar ali do lado dela. Eu chorava o tempo todo e tinha época em que eu não queria comer, mas eu era criança e isso era passado despercebido por eles, por falta de conhecimento.

Quando eu fiz nove anos, eles se separaram. Minha mãe foi morar em outra cidade, ali perto, com muito mais dificuldade. Aí, eu tive, nessa época, um pouquinho mais de amigos. Porque, quando eles estavam juntos, era muito complicada a minha cabeça. Eu ficava assim, o tempo todo eu queria ficar do lado dela, preocupada com ela, com a minha mãe. Aí, quando ela separou, eu tive meio que um alívio assim: “Mamãe tá tranquila, tipo assim, está mais protegida.” Foi a época em que eu fui refazer o meu corpo, que eu era bem franzininha, bem magrelinha. Aí, que eu criei, encorpei mais, veio a menstruação, tipo assim, foi na época da adolescência mesmo, pré-adolescência [aos 14 anos].

Nessa época, eu estava estudando. Como eu fiquei mais tranquila, pois eles tinham separado, refiz o meu corpo, aumentei um pouquinho o corpo, criei seios, formei o corpo. Minha prima, um dia, esteve lá em casa e comentou: “Olha, a Mia tá gorda, não sei o quê, tá bonita, tá gorda e tal.” Aí, do nada, depois que ela saiu, eu olhei e falei: “Nossa, como eu tô gorda!” Eu coloquei na minha cabeça que estava gorda e que nunca mais ia comer. Depois desse dia, eu parei de comer tudo, só tomava água. Quando estava com muita fome, comia um biscoito recheado. Só isso que eu comia! Aí, fui ficando e fui emagrecendo, fui emagrecendo. Fiquei pele e osso. A menstruação minha parou, cheguei a sentir algumas tonturas, fiquei totalmente pálida, fiquei mal demais! Eu não sabia o que era. Para mim, eu tava normal! Hoje eu tenho consciência do problema. Inclusive tô lutando, tô tentando, mas, na época, eu não tinha conhecimento nenhum, nem sabia que existia esse nome. Então, é igual eu falei, sou do interior. Lá na roça, nem televisão tinha. Então, eu não tinha informação nenhuma, de nada. Um certo dia, eu tava já preocupada, porque todo mundo da cidade, cidade pequena, tava todo mundo perguntado, “Ocê tá doente? O que cê tem... e tal” Eu já tava toda magrinha. Um dia, assistindo televisão, assistindo o programa do Serginho Groisman, eu vi comentando, uma entrevista com jovens falando sobre isso, sobre a anorexia, que era uma doença, que levava à morte e tal. Eu fiquei meio assustada e falei: “Nó, será que eu tô doente, que eu tô com isso?” Aí que eu assustei. Nessa época, eu fiquei preocupada e tentei dar a volta por cima. Tentei recuperar o peso um pouquinho, mas, desde então, eu nunca mais voltei a ser o que eu era antes, ter o corpo de antes, voltar a alimentar normalmente sem me preocupar com calorias. Depois disso tudo, eu saí dessa cidade e vim pro colégio interno. Estudei e convivi com a anorexia lá dentro. Eu não comia, ficava sem comer, ia para a escola, voltava, trabalhava e ninguém sabia de nada, ninguém falava nada.

Não procurei médico nem nada não, só tentei me preocupar com a alimentação. Eu disse: “Nó eu posso morrer, então eu vou voltar a comer!” Aí, eu voltei a alimentar, porém só um tipo de legume, tipo assim, eu acho que comia só um pouquinho, uma colher de feijão e legumes verdes, só isso, abobrinha verde, chuchu, só uma coisinha assim. Só aquilo todo dia, só aquilo, a alimentação era aquela muito tempo. Fui para o colégio interno e, quando cheguei lá, não comia arroz, não comia pão, não comia nada!

Saí do colégio interno, e vim pra cá. Aluguei uma casinha, um barraquinho pequeno, eu e minha irmã que também estudou lá. A gente foi trabalhar e pagar aluguel, dividir as coisas. E minha mãe lá no interior e eu e ela aqui, sós. Nós fomos vivendo e eu convivendo com isso. Trabalhava numa padaria como balconista e caixa. Nessa padaria, a dona se preocupava muito. Ela via que eu ficava lá o tempo todo e tomava um pouquinho de suco clight, que é aquele suco que não tem açúcar, a única coisa que eu comia durante o tempo em que eu ficava na padaria. Era só isso e não comia mais nada! Entrava e saía, o dia inteiro trabalhando,

fazendo tudo o que eu tinha que fazer e não comia, não almoçava, nem jantava, nem nada. Eu fui ficando muito ruim e perdendo peso... Depois, eu fui trabalhar numa loja como caixa. Aí, eu fui até começar a ter problema de não dar conta de trabalhar, eu passava mal no trabalho. Nessa época, quando eu estava trabalhando ainda, a gerente minha se preocupou, a dona da loja também. Me chamou, me pediu para fazer tratamento, perguntou se eu não sabia que tinha que procurar uma ajuda. Pensei “Realmente, preciso procurar um psicólogo”

Mas se eu ganho um quilo, eu já fico desesperada. Não é que eu não quero. Eu não consigo entender. Se eu ganho peso, fico bonita, fico bem, fico feliz, mas me preocupo (...) são duas preocupações: é uma alegria junto com uma preocupação que não deixa fluir. Tipo assim, eu ganho dois quilos e perco um, aí, eu volto de novo. Eu cheguei a pesar aqui 36, 37 quilos, mas a preocupação foi tanta que voltei para 33. Aí, esses dias pra trás, até passei mal mesmo, tive pneumonia. Ah, e sem contar... eu pulei muita coisa aí, dessa trajetória toda, desses anos todos, as perdas que eu tive, fracturei coluna, perdi muitos dentes.

6.2.6 Quando a solução se transforma em problema

Mia teve uma infância marcada pela violência do pai. Preocupada em proteger a mãe, agarrava-se a ela e quase não se alimentava. Aos 14 anos, após a separação dos pais, o corpo começou a tomar as formas femininas características da puberdade. O comentário da prima foi determinante para que ela resolvesse parar de comer. Desenvolveu um quadro anoréxico grave, com sintomas severos de desnutrição, incluindo osteoporose. Inicialmente, não tinha conhecimento de que se tratava de um quadro maléfico. Foi procurar ajuda cerca de seis anos após o início dos sintomas, mas nunca conseguiu acatar as indicações de nenhum dos profissionais que já a acompanharam. Atualmente, aos 31 anos de idade, após fraturas ósseas e diversas complicações clínicas, acredita ter consciência de seu problema. Ainda assim, não consegue reestabelecer o seu estado nutricional.

Assim como nos conta Mía, vários outros entrevistados revelaram haver recusado inicialmente o diagnóstico e qualquer tentativa de desviá-los de seus propósitos de emagrecimento, indo, inclusive, ao extremo e ultrapassando o ideal civilizatório de um corpo magro. Mesmo diante da reação da família, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, esses sujeitos esquivam-se das intervenções, sonegam o engajamento e, sobretudo, recusam toda abordagem que vise modificar suas práticas alimentares.

Os antidepressivos até que eu tomei normalmente. Foram uns outros medicamentos que iam ajudar mais na parte de alimentação... Eu não tomei alguns remédios que talvez fossem me ajudar a ficar um pouco despreocupada, ao ponto de me alimentar melhor. E eu resisti. Eu não tomei esses remédios e não me alimentei tão bem assim. Só tomei mesmo antidepressivo. Esse aí eu tomo até hoje. (Mia)

Como nesse caso, há relatos que indicam uma instrumentalização da atenção médica e psiquiátrica pelo sujeito, que, afinal, quer eliminar sua depressão ou sintomas físicos desagradáveis, mantendo sua magreza. Essa obstinação também se faz presente na narrativa de Ju, que, devido a uma alimentação escassa e inadequada, negligenciada pela mãe, iniciou o abuso de laxantes aos 12 anos. Atualmente, aos 26 anos, mantém práticas bulímicas e afirma que não tem “nada”.

Eu não tenho nada. Se me deixar quietinha com o laxante, eu sou uma pessoa normal, eu tô bem. Só que as pessoas falam que é como se eu já tivesse morrido pro mundo, é como se eu tivesse vivendo mesmo só em função de uma droga. (Ju)

A recusa do tratamento acentua-se quando os familiares antecipam-se à demanda por parte do próprio sujeito. Aliás, esse fato já havia sido constatado por Lasègue, um dos pioneiros na descrição médica da anorexia, cuja frase “o excesso de insistência provoca um excesso de resistência” (LASÈGUE, 2000) consagrou-se como norteadora na abordagem desses quadros. Essa antecipação à demanda tende a ocorrer com muita frequência e aparece por diversas vezes entre nossos entrevistados. De fato, quem vive primeiramente a angústia é a família e, como veremos, é através dela que se busca por assistência, na maioria dos casos.

O consentimento do paciente em experimentar um tratamento é o primeiro passo em sua abordagem. E, nesse momento, as razões propriamente médicas, justificadas pela depauperação orgânica, podem ser a melhor via para a construção de um vínculo entre o paciente e um serviço ou profissional de saúde (RECALCATI, 2007). O vínculo do paciente com o serviço ou profissional não indica necessariamente, sobretudo nesse grupo de pacientes, uma implicação com a melhora dos sintomas, ou seja, uma adesão ao tratamento. Mas, em alguns casos, esse vínculo pode funcionar como um elo importante para a conservação da vida e uma via para se iniciar uma abordagem do sujeito, diferente da mera tentativa de eliminação do sintoma.

Aqui, eu tive muito... Eu considero êxito, porque eu não perdi o principal. Porque eu perdi algumas coisas, tipo assim, a coluna, eu fracturei a coluna, perdi os dentes, mas eu não perdi a vida. (Mia)

Somente o reconhecimento (ou a subjetivação) pelo sujeito de que as práticas bulímicas ou anoréxicas saíram do controle, de que ocorreram perdas físicas e intelectuais, e o medo de morrer levam alguns de nossos entrevistados a uma aceitação do caráter problemático de sua solução:

Eu comecei a estudar, a fazer faculdade, [...] modéstia à parte, eu estava até auxiliando meu professor, mas, um dia, era na semana de prova, eu não estava conseguindo absorver nada. Não entrava nada e, de repente, eu pensei: não estou conseguindo. Vou procurar a professora do apoio psicopedagógico.
(Giz)

Durante todo o tempo em que eu emagreci, eu não procurei ajuda nenhuma. [...] o momento em que eu vi que precisava de ajuda, foi depois que eu comecei a ter essas crises [compulsão alimentar seguida de purgação]. Eram fortes. Eu tinha vontade de morrer e no dia em que vi que eu ia fazer uma loucura se eu não falasse nada pra ninguém... Eu ia morrer sozinha. E eu morro de medo de morrer sozinha! Aí, falei. (Ema)

Na falência de sua solução, esses sujeitos encontrarão na classificação patológica e no acolhimento dos profissionais de saúde um suporte para uma reconstrução. Mas, tanto quanto a ocultação dos sintomas, a recusa do tratamento interfere em seus itinerários, implicando em interrupções, abandonos e trocas frequentes de profissionais. Os desencontros relatados pelos entrevistados na relação com os profissionais de saúde indicam que há limitações na capacidade destes de intervir sobre os processos em curso, como veremos mais adiante.

6.2.7 Mel: o julgamento do Outro

Tudo iniciou com dietas, na cidade do interior. Eu achava aquilo normal. Eu tenho um irmão e ele chamava a atenção da minha mãe pela inteligência. E eu chamava a atenção da minha mãe pelo meu corpo. Na época, o meu corpo já estava sendo moldado. E eu queria chamar mais atenção. E aí, eu comecei pela dieta. O meu pai já trabalhava fora. Eu iniciei pulando as refeições. Pulava as refeições da manhã e chegava na hora do almoço e eu ficava com muita fome. E aí, eu exagerava. Iniciei com laxantes. Tomava muito, muito Lactopurga. Uma vez, eu comentei com minha melhor amiga. Ela era também muito inteligente, lia muito e comentou: “Isso é uma doença. Isso é bulimia. Eu já li uma reportagem na revista Nova.” Tinha saído uma reportagem a respeito de bulimia nervosa. Só que, na época, eu não praticava o vômito. Eu falei que não, que isso não condizia com o meu quadro. E aí, passou. E as coisas foram piorando...

Um belo dia, eu tentei colocar o dedo na garganta porque o estômago estava muito dilatado, eu tinha comido muita, mas muita bolacha. Era bolacha, era almoço, eram dois litros de leite, era tudo o que eu via pela frente... Na época, eu já estava com 17 anos. Minha mãe não sabia. Meu pai, esporadicamente, aparecia e me batia muito, porque a relação deles não era muito boa e ele descontava em mim. Minha mãe protegia o meu irmão e eu não me dava muito bem com ela. Ela é extremamente religiosa e eu queria já namorar, queria vestir as roupinhas curtinhas pra chamar a atenção. Porque era uma forma de chamar a atenção da minha mãe: as roupas, o corpo... pra ela ver que eu existia! E eu malhava também muito, fazia muita academia, fazia muita bicicleta, fazia muito jazz. Então, o meu corpo já chamava a atenção, no interior, dos meninos. E ela não

permitia que eu saísse de casa, porque ela é extremamente religiosa e, minha família, muito tradicional na cidade. E, assim, eu já chamava a atenção, né?

A minha mãe não queria que o meu irmão fizesse alguns afazeres domésticos, sabe? E, aí, sobrava tudo para que eu fizesse, dentro de casa. E isso me revoltava demais! E a bulimia, só piorando... Eu comecei a vomitar também. E, além de vomitar, nessa época, tinha o vestibular. Com 17 anos. Todo mundo perguntando o que eu queria fazer. Pra cidade do interior não era nem tanto, né? O povo perguntava se a gente ia fazer científico ou magistério. Aí, eu falava que eu ia fazer científico, porque eu já pensava em fazer nutrição.

Na época, eu já queria fazer nutrição... mas, aí, veio a doença do meu pai. Meu pai acabou falecendo com 45 dias, muito rápido! Foi um episódio em que a bulimia piorou muito, porque o meu pai acabou falecendo comigo em casa, sozinha. Meu irmão já tinha saído de casa e minha mãe estava na escola. Minha mãe era sócia de uma escola. Então, além de ser a melhor aluna, dar exemplo dentro da escola, eu tinha que ser irmã, tinha que ser mãe do meu irmão (...) E, de repente, eu me vi, também, mulher do meu pai, que precisava de ser, de fazer comida pra ele que estava doente. Então, a bulimia piorou muito nessa época, sabe?

Fui morar com minha madrinha, porque a imagem da morte do meu pai não saía da minha cabeça. Os filhos dela eram muito pequenos e ela me xingava por chorar perto deles. Aí, eu acabei saindo de lá e indo morar sozinha. E a bulimia, só piorando... Nessa fase, todo mundo já sabia que eu tinha bulimia. Mas elas achavam que a bulimia, eu que tinha procurado com a mão. Minha mãe falava isso. Já com 18, 19 anos, todo mundo já sabia que eu tinha bulimia. E, além da bulimia, o meu rosto já estava todo edemaciado. Eu tinha muito calo na mão, era uma coisa que, assim, chegava até a sangrar.

Eles [os familiares] achavam que era uma manifestação, uma doença que eu tinha procurado com a mão. Minha mãe, até hoje, acha isso. Que é uma doença que eu procurei com a mão. Não era uma doença psicológica, psíquica, sabe? Que é uma doença que eu procurei com a mão. Inclusive, a minha madrinha, que é médica, ela também acha isso. (...) Eu acho que, inclusive, hoje, as famílias não sabem como lidar com essa doença. É uma doença muito nova ainda. Na minha cidade do interior, eles sabem. A cidade tem 17 mil habitantes. A minha família toda sabe que eu tenho essa doença. A cidade também sabe, porque eu vim tentar suicídio. E, hoje, eles me olham com um pouco de discriminação devido à bulimia, mas eles não sabem direito o que é bulimia. Me olham daquele jeito “ah, aquela menina tem bulimia!”, tipo “aquela pessoa tem AIDS!”. Eles não sabem direito o que é essa doença. Mas é uma doença muito sofrida. (Mel)

6.2.8 O estigma

Mel nos conta que iniciou com práticas bulímicas aos 15 anos. Sua mãe, incomodada com o corpo da filha, que se desenvolveu na puberdade, a proibia de assumir uma posição sexual. Ao mesmo tempo, Mel se sentia cobrada para que fosse uma boa moça, assumindo as tarefas de casa. Para ela, modelar o corpo era uma forma de ser notada pela mãe. O pai era ausente e, quando Mel tinha 17 anos, ele faleceu de forma dramática. Os vômitos e uso abusivo de medicamentos foram levados ao limite, provocando calos nas mãos, alterações endócrino metabólicas importantes e alterações hidroeletrólíticas que cursavam com edema.

Sua mãe considera que ela procurou a bulimia “com sua própria mão” e, apesar de saber dos sintomas desde que a filha tinha 18 anos, nunca se ocupou com isso. Mel chegou a tentar suicídio e seu quadro se tornou público na pequena cidade em que nasceu. Aos 19 anos, iniciou, espontaneamente e sem qualquer intermediação dos familiares, um percurso terapêutico intermitente. No momento da entrevista estava com 33 anos de idade e, embora tivesse reduzido consideravelmente suas práticas bulímicas, não se considerava “curada” e sim como alguém que “sabe lidar com a alimentação”.

Para Erving Goffman (2004), cientista social canadense, o estigma é um atributo socialmente impuro por se desviar da norma social dominante, conduzindo à desqualificação e depreciação dos sujeitos. O autor afirma que o estigma pode estar associados a três tipos de situações: às deformidades físicas, aos comportamentos em que se supõe uma culpa de caráter individual e às questões relacionadas à raça, nação ou religião. A segunda situação nos interessa por nos permitir uma melhor aproximação ao que verificamos nos casos de sujeitos com manifestações anoréxicas e bulímicas. Estas são percebidas como:

[...] vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir dos relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. (GOFFMAN, 2004, p.7)

De fato, as práticas anoréxicas e bulímicas são, frequentemente, associadas a uma culpa relacionada a escolhas voluntárias e individuais decorrentes de um desvio moral. É isso, em certa medida, o que Mel evidencia, ao nos contar sobre o entendimento materno, que se estende para o seu meio social, de que ela procurou a bulimia “com sua própria mão”. O desvio moral atribuído pelo Outro social é patente, contribuindo para o surgimento de sentimentos de culpa e vergonha no sujeito. Não podemos desconsiderar, no entanto, que isso só acontece se o sujeito se implica nesse processo a partir de uma marca singular da relação com o Outro – no caso de Mel, a mãe.

Na Psicanálise, a culpa está associada a uma dimensão mortífera do supereu, tendo como efeito um gozo paralisante que nada tem a ver com a responsabilização. Esse dado nos permite pensar na natureza das intervenções de muitos profissionais. Se esses quadros, em um primeiro momento, podem provocar certa curiosidade ou até algum tipo de encantamento no outro, não é raro que esses sentimentos se transformem em uma estigmatização – no sentido moral do termo. Nessa perspectiva, os profissionais podem encarnar o Outro julgador,

sedimentando uma posição de gozo habitual em sujeitos que adotam essas práticas: a de ser um dejetado maltratado pelo Outro³⁷.

Milner corrobora essa ideia ao destacar que o fenômeno da avaliação que se dissemina no contemporâneo sempre impõe uma comparação. O estigma, para esse psicanalista, resulta justamente dessa operação de comparar uns com os outros. O mais importante é comprometer o sujeito em seu próprio processo de exclusão de forma que ele assuma um papel ativo e deixe de se dar conta do que é subtraído dele próprio. Aliás, em última instância, podemos dizer que a avaliação visa exatamente uma autocondenação do sujeito (MILNER apud MILLER, 2006). Nesse sentido, não há como reduzirmos o estigma a um modelo psicológico válido para todos. É preciso localizar a forma singular como cada sujeito se apropria disso, construindo o estigma como uma marca de gozo.

Mel explica o estigma como um efeito do desconhecimento de que a bulimia é uma doença. No entanto, ela deixa claro que não se trata de estreitar esses quadros a uma doença qualquer. A AIDS, por exemplo, também vem acompanhada de uma série de crenças e julgamentos morais relacionados, sobretudo, à sexualidade, instituindo valores compartilhados para explicar a origem da situação que provocou a infecção. Partindo da interpretação de que o sujeito doente rompeu com os comportamentos socialmente aceitáveis, ele passa a ser rotulado como culpado, reafirmando, assim, o caráter de pena e castigo da doença (ALMEIDA & LABRONICI, 2007). Essa situação poderia ser diferente quando se trata de outros quadros como, por exemplo, algum tipo de câncer, em que a escolha deliberada não está colocada de forma tão evidente.

Contudo, se, por um lado, a reinscrição do estigma sob o crivo de determinadas formas de adoecimento menos desmoralizantes pode possibilitar a atenuação da culpa, da vergonha, e abrir o caminho para a busca por ajuda, por outro, existe o risco de provocar uma espécie de desresponsabilização do sujeito sem, necessariamente, garantir a extinção do estigma. Nesse caso, nos referimos ao estigma como uma marca que, nomeada pela medicina, pode fixar o sujeito a um nome genérico, paralisando-o na busca pelos sentidos singulares que o levaram a adotar essas práticas.

O estigma relacionado às anorexias e bulimias não se restringem ao viés da intencionalidade, mas também a sua aproximação aos quadros psiquiátricos, situação em que os sujeitos são percebidos, em geral, como instáveis, perigosos e radicalmente diferentes dos demais (EASTER, 2012).

³⁷ Essa ideia será retomada no tópico desta tese *Um Outro rechaçante* (p.126).

Assim que eu fiz a primeira consulta com a psicóloga, ela já me encaminhou para o psiquiatra, no primeiro dia. Aí, eu já fiquei assim: “Nó, quem tá doida, eu ou a psicóloga? Esse tiquim que eu conversei com ela e já mandou pro psiquiatra? Não acredito, não é possível uma coisa dessas!” Já fiquei revoltada, voltei pra casa chorando e tudo... (Mia)

Para Mia, o encaminhamento para um psiquiatra desencadeou uma grande resistência. Assim como ela, verificamos relatos de outros de nossos entrevistados em que a associação desses quadros à loucura funcionou como empecilho para o engajamento aos tratamentos e encaminhamentos propostos.

Goffman (2004) salienta que o sujeito estigmatizado é impelido a manipular a informação sobre o defeito para que este não seja descoberto. Segundo o autor, a falta de um intercâmbio saudável entre os atores sociais faz com que a pessoa estigmatizada se autoisole, tornando-se desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa, pois não se sente segura em relação à maneira como os outros a identificarão e receberão, surgindo a sensação de nunca saber aquilo que os outros estão realmente pensando dela. Essa consideração é relevante para entendermos como o estigma pode funcionar como uma importante barreira na busca por tratamento, fato documentado em várias enfermidades, inclusive nas anorexias e bulimias (EASTER, 2012; HEPWORTH & PAXTON, 2007; ZWICKERT & RIEGER, 2013).

Seguindo a perspectiva de Goffman, na promoção da estigmatização, a dinâmica das relações sociais e afetivas apresenta uma importância maior que o atributo em si. Esse processo envolve as identificações sociais e individuais, dependendo do contexto histórico e social em que o sujeito está inserido e das constantes negociações aí estabelecidas. Assim como certa característica que estigmatiza um sujeito pode confirmar a normalidade de outro, existe também a possibilidade de que os papéis do “normal” e “desviante” se alternem, como veremos no relato de Gil.

Nesse processo dinâmico com os outros, cada sujeito vai constituindo aquilo que Goffman nomeia como “carreira moral”. Essa carreira pode ser entendida como a trajetória percorrida por uma pessoa durante a sua vida que a leva a progressivas mudanças nas crenças a respeito de si e dos outros, a partir da incorporação de certas normas que a instrumentaliza para julgar os outros e a si própria (GOFFMAN, 1999, 2004). O relato de Gil ilustra a introjeção deste julgamento moral. No momento da entrevista, aos 14 anos de idade, ele se considerava “curado” da bulimia que perdurou por um ano e direcionava o juízo, que antes o afetava, aos outros:

Igual, muitas pessoas não conseguem curar. Eu falo que ela não cura, porque ela não quer! Por causa que é só querer! (Gil)

O relato de Dea, que estava com 26 anos na época da entrevista, também mostra a introjeção desse julgamento. Ela fala da consciência que adquiriu, após 3 anos de práticas bulímicas, de que era “culpada” por esses sintomas que arruinaram a sua vida:

Eu estava ajuntando meu dinheiro para iniciar a faculdade, que era o meu sonho, mas, infelizmente, foi interrompido por causa de uma doença que eu mesma procurei. Hoje, eu tenho a consciência de que fui eu mesma que procurei esse problema. Antes, eu não tinha, mas hoje eu tenho consciência, penso assim, que fui eu que procurei. Tô totalmente ciente de que a culpa é minha. (Dea)

Dado o desconforto causado pela não aceitação social, o sujeito estigmatizado cria mecanismos, seja de escape, negação ou amenização (GOFFMAN, 2004). A negação pode ser verificada no caso de Eva, uma mulher de 48 anos de idade que, após 10 anos de práticas anoréxicas, ainda não concordava com o diagnóstico de anorexia. Para ela, anorexia é coisa de “meninota que quer desfilar”, o que não era o caso dela.

Por isso que eu falo que eu não tenho anorexia, porque isso é mais em meninota, as meninas que querem desfilar... (Eva)

A reação de tentar corrigir diretamente o que considera a base objetiva de seu defeito também pode funcionar como resposta para alguns dos sujeitos estigmatizados (GOFFMAN, 2004). É o caso de Jô que, após conversas com amigos e familiares, fez um “exame de consciência”, “tomou vergonha na cara” e parou de vomitar. Ela confessa, no entanto, que essa prática retorna, em alguns momentos, ainda que em uma intensidade menor do que a de antes. Essa situação evidencia, mais uma vez, que, na verdade, essas práticas aparecem como uma resposta para questões singulares, não se constituindo como o problema em si (AMARAL & FERREIRA, 2008).

(...) aí, eu comecei a fazer consulta aqui [no NIAB], durante acho que uns dois anos. Depois de um certo tempo, eu fui vivendo, vivendo... Aí, tomei vergonha na cara e parei de vomitar. Eu tive uma conversa com o meu colega uma vez e ele falou assim: “Você vai ficar vomitando, estragando a sua vida por causa de coisas bobas, passageiras?” Aí, eu parei e pensei duas vezes: “É melhor eu parar

agora que depois.” Depois, num certo dia, eu fui refletindo, refletindo, como diz minha tia, eu fiz um exame de consciência e parei de vomitar. Eu vi que não valia a pena mais e parei. Se bem que de vez em quando... quando precisa... (...) mas essa situação é complicada mesmo. Até a pessoa se aceitar, depende do problema que ela passa, que ela tá vivendo, por aí em diante. Mas é difícil, é dolorido. (Jô)

Em nossa pesquisa, o estigma esteve presente na trajetória de vida de vários entrevistados. Seja como doentes ou moralmente desviados, esses sujeitos reagem de diferentes formas à desaprovação social em relação ao seu sintoma. Todas essas formas são marcadas por algum grau de sofrimento que fixa um modo de gozo que deve ser examinado a partir da singularidade de cada um.

6.2.9 Israel: uma pergunta sobre a posição sexual

O encontro com um dos entrevistados, nos possibilitou o recolhimento de uma história de vida que nos pareceu paradigmática para a discussão sobre a associação dos quadros anoréxicos e bulímicos ao feminino³⁸.

Israel tem 41 anos de idade e, desde a infância, é tomado por um mal-estar que ele nomeia como “depressão”. O pai, figura pela qual nutre imenso rancor, cobrava agressivamente para que ele e o irmão trabalhassem para ajudar no sustento da casa. Eles eram crianças quando esse pai abandonou a mãe e constituiu outra família. A mãe era “alcóolatra” e exigia que o filho lhe trouxesse bebidas e cigarros. Israel se sentia “judiado” e indefeso, guardando a mágoa no silêncio e isolamento.

Sempre se sentiu “gordo”, mas foi na adolescência, quando começou a namorar, que isso começou a incomodá-lo. Não gostava da menina e o sofrimento continuou, a despeito do relacionamento que, após um breve período, foi rompido. Começou a vomitar para não engordar e, aos poucos, o que era uma “brincadeira”, assumiu a dimensão de descontrole.

Foi morar com o irmão mais velho, com o qual tinha muita afinidade, em um cômodo localizado embaixo da casa da mãe, momento em que os sintomas pioraram. Explica que, sobretudo quando estava mais “depressivo”, adotava comportamentos que o prejudicavam: ou ficava em casa, comendo e vomitando, ou bebia muito e saía. Reclama por não ter tido ajuda de alguém nessa época.

³⁸ A narrativa desse sujeito me lançou em uma nova investigação a respeito dos gêneros e das sexualidades, tendo como desdobramento a organização de um simpósio sobre o tema, intitulado “Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde”.

[...] quando estou com esse quadro mais depressivo, tudo que me prejudica eu puxo pra mim. Então, quando não era beber muito, era vomitar. Quando eu não queria beber, eu não queria sair, eu entrava na comida. Aí, eu comia desesperadamente e vomitava quantas vezes precisava. [...] Eu vivia morando embaixo da minha mãe, chorando, vomitando, bebendo... e ninguém nunca foi lá me ajudar. Como se diz: se eu morresse, morreu.

As consequências de seus comportamentos em seu corpo são endereçadas aos profissionais de saúde como dor abdominal e na garganta. Falava que passava mal por causa do abuso de bebidas alcóolicas. Frequentou o centro de saúde, sistematicamente, durante 15 anos e, por isso, eles já sabiam como tratá-lo. Nessa época, as prescrições de antibióticos eram quase automáticas.

Ia [ao centro de saúde], reclamando de dor abdominal, mas não falava que vomitava direto. [...] Não tinha coragem... Igual eu te falei, até então, eu não sabia nem o que era bulimia. Eu ia e falava: “Eu bebi, passei mal, vomitei!” Jogava a culpa na bebida. Mas nada. Eu bebia no domingo e vomitava de domingo a domingo. Despistava que eu tinha passado mal por causa da bebida, mas eu provocava o vômito nos outros dias.

Israel explica que tinha vergonha de contar que provocava vômitos, pois esse comportamento, assim como chorar, “é coisa de mulher”. Conta que chorava no colo das irmãs, da mãe, da ex-namorada, mas, jamais, perto de outro homem.

Eu tinha vergonha de falar isso porque todo mundo falava: “Isso aí é coisa de mulher!” Aí, até então, escondia de todo mundo muito por isso. [...] Às vezes, eu falava, uma vez ou outra: “Ah, eu vomito, eu comi demais e vomitei, senão eu vou engordar.” E aí todo mundo: “Isso é coisa de mulher!” Então eu falava: “Eu vomitei porque tava passando mal!” Então, no fundo, eu escondia um pouco pelo machismo.

Por volta dos 30 anos, sua mãe teve um câncer, ficou acamada, precisando de seus cuidados. Logo depois, o irmão morreu em um acidente de carro, uma perda que nunca foi elaborada, contribuindo para a piora do seu quadro “depressivo”. Nessa época, conheceu uma mulher debilitada e com uma estrutura familiar precária, com quem iniciou um relacionamento. Explica que não gostava dela, mas sentia que ela precisava de sua ajuda. Cuidar da mãe e dessa mulher o fazia se sentir “importante”. Foi essa parceira que o incentivou a buscar ajuda médica por causa dos vômitos. Casou-se e, pouco tempo depois, sua mãe morreu.

Quando eu cogitei em, talvez, nem morrer. Sei lá... Foi quando eu conheci mesmo a minha mulher e minha mãe adoeceu... Aí, eu vi que eu era importante. Porque, quando eu conheci minha mulher, ela precisava de mim. Eu namorei com ela um mês, ela perdeu a mãe dela e... ela tinha um problema no fêmur, que ela quebrou o osso num acidente, um ano antes de me conhecer. E ela... Muito pobre, tinha dois irmãos alcoólatras, drogados... ela praticamente passava necessidade. Então, eu vi que ela precisava de mim... eu não tive coragem... eu nem gostava dela... Aí eu falei: “Agora apareceu alguém que eu tenho que ajudar.” Ela quebrou o fêmur e precisava da minha ajuda. Minha mãe também. Aí, eu comecei a me preocupar um pouco comigo.

Depois que revelou no centro de saúde que provocava vômitos, os profissionais começaram a encaminhá-lo para psicólogos e psiquiatras. Conta que, apesar de os profissionais mudarem muito, sempre foi bem atendido. No entanto, quando estava um pouco melhor, abandonava o tratamento e acabava recaíndo. Fez isso várias vezes e surpreende-se por nunca ter sido abandonado pelos profissionais.

Israel destaca que não conhece nenhum outro homem que tenha bulimia. Nos lugares que busca tratamento, observa que esse diagnóstico é atribuído exclusivamente às mulheres ao passo que, a loucura, aos homens.

Nunca falaram pra mim que um homem tem esse problema. Não conheço nenhum. Não conheço e, também, nunca um médico comentou comigo. Sempre, nos lugares que eu vou, só tem mulher. Igual aqui, só tem mulher com quadro de anorexia e bulimia. Nos outros que eu ia também. Sempre que eu sentei, quando ia fazer consulta, todo mundo que tá em volta, a gente puxa papo. Quando eu vejo um homem, pergunto: “Qual é seu quadro?” Aí, eu via que o homem era doido, já não falava nada com nada. As mulheres que eu perguntava, era anorexia, isso, aquilo outro... Os homens, tudo era doido. Eu era o único que não era doido e fazia isso. Eu falo doido assim... não quero dizer que o cara não bate bem da cabeça. Eu também não bato. Mas eu não rasgo dinheiro, eu não deixo de trabalhar, eu nunca devi ninguém, ninguém nunca precisou de me cobrar. Mas, comigo, eu considero que eu sempre judiei de mim. Sempre me maltratei. Mas doido, acho que não paga conta, não tem responsabilidade.

Atualmente, Israel tem um filho de 2 anos e vive com sua esposa em um bairro longe do pai. Quando o vê, relembra as mágoas, não o cumprimenta, fica nervoso e chora muito. Apesar da alegria em ter um filho e poder fazer o bem para a sua esposa, ele não se considera uma pessoa feliz. Continua vomitando e tendo os momentos de “depressão”. Define-se como “fraco de cabeça”, ressaltando sua dificuldade para elaborar as perdas e superar os problemas. Para ele, ser “fraco de cabeça” não significa ser “doido”. Afinal, ele sempre foi responsável, trabalhou e pagou as suas contas.

Eu não sou médico, mas, me autoanalisando, acredito que eu tenho algum distúrbio desde criança, que eu devo ter nascido com ele, que me levou a um quadro de ser mais reservado, de que guarda mais mágoa do que os outros... Eu não sei se existe isso... Mas, eu, me analisando, considero que eu tenho que ter algum problema. Meus irmãos não são assim, todos passaram, praticamente, pelos mesmos problemas que eu. [...] Esse [sintoma de comer e vomitar] começou para eu não engordar... começou com o lado estético... Aí, como eu já era fraco de cabeça... Meus irmãos falam isso, todos eles falam: “Israel é fraco de cabeça!” Então, qualquer problema na família, eles falam: “Israel é fraco de cabeça!” Tudo assim... Eles sempre me consideraram fraco de cabeça. Não irresponsável. Eu também me acho fraco de cabeça. Fraco para aceitar os problemas, pra passar pelos problemas. Eu sou fraco. Eu me considero. Eu sou ruim pra aceitar perdas, pra passar por coisas ruins. Toda vez que uma pessoa me dá uma má resposta, eu guardo aqui. Eu guardo muito pra mim.

Há pouco tempo, pensou em se matar, bebeu um litro de vodca e chegou a colocar um copo de chumbinho na boca, mas não teve coragem de tomar. Estava desesperado e, pela primeira vez, buscou diretamente um “hospital de doido”, o CAPS, pois não iria conseguir esperar a marcação de consulta que demora cerca de 3 meses. Apesar de ter procurado esse serviço por causa da tristeza e vontade de se matar, após o primeiro atendimento, foi encaminhado ao NIAB.

Na época da entrevista, Israel estava há um mês em acompanhamento no NIAB. Elogiou o acolhimento, a facilidade de ter vários profissionais disponíveis em um mesmo lugar e a prontidão dos atendimentos. Estava muito satisfeito com o tratamento e enfatizou que, diferentemente de antes, agora estava ficando sem comer, está virando “anoréxico”.

6.2.10 Coisa de mulher?

Israel nos conta que nunca havia falado de seus comportamentos alimentares porque bulimia é considerada “coisa de mulher”. Realmente, a literatura médica mostra que poucos quadros psiquiátricos apresentam distribuição tão discrepante entre os sexos como os transtornos alimentares. Os estudos epidemiológicos estimam uma razão homem/mulher que varia de 1:10 a 1:15 para as anorexias e, de 1:15 a 1:20, para as bulimias (MILLER & GOLDEN, 2010).

Esses dados são explicados pelas Ciências Sociais na perspectiva dos estudos de gênero. Essa categoria foi apropriada por esse campo para evidenciar que os papéis sexuais são culturalmente construídos, variando de acordo com o contexto histórico, social e relacional. Assim, os gêneros deixam de ser entendidos como entidades dicotômicas, pré-

definidas e naturais, destacando-se do sexo biológico como categoria de análise diferenciada. Essa visão, apesar de abrir um leque de possibilidades para as identificações de gênero, não deixa de ressaltar os efeitos da dominação masculina que norteiam essas construções. Alguns autores, apoiados na ideia de construção cultural do feminino, interpretam a adoção de dietas e manutenção de um corpo magro pelas mulheres como uma forma de alcançar o poder na sociedade patriarcal, podendo, em casos extremos como nas anorexias, adquirir o estatuto de uma rebelião contra a posição submissa de uma feminilidade maternal e doméstica (GRACIA ARNAIZ et al, 2007; HEPWORTH, 1999). Além disso, indicam que as mulheres, ao levarem ao limite a experiência de um corpo incessantemente exposto ao olhar e ao discurso dominante (BOURDIEU, 2003), estariam condenadas a um permanente estado de insegurança com a imagem corporal que, a despeito da liberação sexual, reedita-se no mundo contemporâneo, agenciado pelo discurso da ciência.

Outros autores alertam que essa visão tende a considerar as mulheres como vítimas passivas da sociedade patriarcal, sem atentar para a multiplicidade de significados e de possibilidades de apropriações e negociações para a construção da subjetividade de cada uma delas. Essa é a perspectiva de Hepworth (1999) que, sem desconsiderar os jogos de poder, destaca que as ideias sociopolíticas dominantes associadas à demanda de “verdade científica” foram incorporadas em sistemas organizados de pensamentos e empregados pelo discurso biomédico para sustentar as práticas atuais de cuidados em saúde. Ao final do século XIX, a racionalização da alimentação, centrada na dieta saudável e no corpo magro, criou uma estrutura dominante de patologia que passou a funcionar como uma prática disciplinar de governo do corpo. No entanto, a autora reforça que as respostas a esse ideal são variadas e incluem o papel ativo dos sujeitos na reprodução, resistência e recusa desse modelo.

Realmente, a construção dos sintomas alimentares em torno do feminino sustentada pelo discurso biomédico pode ser claramente observada na literatura psiquiátrica. Até pouco tempo, para se fazer o diagnóstico de anorexia nervosa, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM IV), era necessário a suspensão de pelo menos três ciclos menstruais. Outra evidência é a indicação da homossexualidade como fator de risco específico para o desenvolvimento de transtornos alimentares na população masculina, explicando que a forma do corpo é mais valorizada nessa população, assim como ocorre entre as mulheres (DARCY et al, 2012; FELDMAN & MEYER, 2007; RUSSELL & KEEL, 2002). Tais “verdades” sobre os transtornos alimentares produzem modelos caricaturais que aproximam essas práticas do feminino e fazem com que pacientes, familiares

e os próprios profissionais de saúde estejam pouco sensibilizados para perceber as nuances desses quadros, dificultando o diagnóstico e a busca por tratamento.

Para Israel, um homem deve ser honesto, trabalhador, pagar suas contas e pode até abusar de bebidas alcoólicas, mas não ter um quadro bulímico. Seguindo suas indicações, vale lembrar os dados epidemiológicos que mostram que os transtornos relacionados ao abuso de certas substâncias, como o álcool, são mais frequentes entre os homens (HOLMILA & RAITASALO, 2005). Apesar de ambos os quadros apresentarem fenômenos parecidos, as diferenças na sua distribuição entre os sexos são significativas. As semelhanças incluem, por exemplo, a adoção voluntária de comportamentos que colocam em risco a saúde física e psíquica do sujeito, a tendência à impulsividade e à compulsão associada à sensação subjetiva de perda de controle, o foco em torno do objeto álcool ou comida, promovendo um empobrecimento do repertório psíquico do sujeito, a presença marcada do corpo físico em detrimento do corpo subjetivo e a ausência de uma demanda por tratamento (RECALCATI, 2007).

Seguindo a perspectiva das discussões sobre gênero, a construção da masculinidade, ao valorizar certas características – como virilidade, força, coragem, tendência à disputa e envolvimento em atividades de risco, sustento do lar, autonomia e autoridade em relação às mulheres, iniciativa sexual e heterossexualidade – poderia contribuir para a escolha de certas manifestações sintomáticas assim como para a construção dos modelos explicativos e abordagem de cada um desses quadros.

No entanto, não podemos esquecer que, apesar de as referências culturais do que se espera de um homem ou de uma mulher interferirem na construção dos gêneros, dos corpos, dos comportamentos e das relações estabelecida com a rede de cuidados, elas não são suficientes para abordar a singularidade do modo de gozo de um sujeito, algo que interessa à clínica. Em uma perspectiva clínica, norteadas pela Psicanálise, mais importante que localizar se esse sujeito se identifica ou não com as normas e representações sociais do masculino, interessaria investigar seu posicionamento na perspectiva da sexuação. Esse termo foi usado por Lacan, em seu seminário que ocorreu entre 1972 e 1973, para definir o processo implicado na inscrição da diferença sexual no inconsciente, indicando que os semblantes da civilização não são capazes de determinar aquilo que escapa à regulação simbólica e imaginária, ou seja, o real do gozo (LACAN, 2008).

No desenvolvimento da lógica da sexuação, Lacan estabeleceu dois modos de gozo: o fálico, localizado ao lado do homem, e o não-todo fálico, localizado ao lado da mulher. Essas denominações não designam identidades sexuais ou gêneros, mas diferentes modos de gozar.

Lacan propõe que todo ser falante, independentemente do sexo anatômico ou de qualquer performatividade social, se inscreve e se movimenta entre os dois lados (LACAN, 2008). Nessa alternância, o principal operador lógico é o falo. Para extrairmos as consequências dessa proposta, é preciso esclarecer que o falo não é simplesmente um objeto do registro imaginário viril (o órgão), mas também um significante cuja função é designar os efeitos de significado (LACAN, 1998d). A partir da descoberta infantil da diferença entre os sexos, o pênis é revestido de valor fálico, o que não quer dizer que o falo e o pênis sejam a mesma coisa. Aliás, na verdade, nem o homem, nem a mulher possuem o falo. Esse só desempenha o seu papel enquanto simulacro, enquanto um significante da falta. Um significante que, por estar orientado pela falta, em certas circunstâncias, toca o real. Escrito de outra forma, o falo é o elemento articulador do inconsciente, estando presente em qualquer sujeito, independentemente de todas as possibilidades de identidades de gênero.

O falo, ao servir de suporte para o desejo materno, irá orientar a entrada do sujeito na linguagem a partir de sua identificação imaginária com aquilo que falta à mãe. Para que o sujeito se oriente sexualmente é preciso que esse significante assuma os efeitos de significado a partir de uma operação simbólica de metaforização desse desejo. Para isso, é fundamental que a lei paterna intervenha sobre a mãe, outorgando um valor simbólico ao seu objeto de desejo. A transmissão simbólica do falo se completará mediante a identificação da criança com a instância paterna, culminando na formação do Ideal do Eu. Quando esse último movimento não acontece, o sujeito fica limitado à lógica imaginária, com suas instabilidades e disjunções características (LACAN, 1998d). É o que observamos, por exemplo, nos fenômenos dismorfofóbicos da atualidade³⁹, marcados pelo declínio dos ideais e a negação da exceção. Nesses casos, o sujeito não só se sente exageradamente incomodado com o seu corpo como também revela que esse incômodo nada tem haver com o (des)encontro sexual. Trata-se de uma lógica autoerótica em que o Outro sexo está excluído (EIDELBERG et al, 2003).

Outro exemplo paradigmático são as psicoses em que esse imaginário fálico atua no tratamento da infinitização do gozo, acarretando, muitas vezes, formas de suplência estabilizadoras. Lembremos, por exemplo, a construção do presidente Schreber de ser "um homem que era a mulher de Deus." Esse caso nos ensina que, no momento em que há uma convocação para que o sujeito se posicione em relação ao real do sexo, diante da impossibilidade de que lhe advenha uma significação fálica, ocorre um mecanismo de

³⁹ Na Psicanálise, trabalha-se com a hipótese de "feminização" dos sujeitos contemporâneos para pensar na ruptura com a lógica fálica que se produz a partir da fragilidade do simbólico.

“compensação imaginária do Édipo ausente” a partir de uma identificação viril sem a passagem pela castração. Ora, se o seu parceiro é Deus, a castração não significa mais nada (LACAN, 2002).

Essas indicações nos permitem algumas inferências a partir da narrativa de Israel. Ele nos conta que sempre se isolou. Ficava em casa sozinho, comendo e vomitando, o que indica a prevalência de um gozo autoerótico, distante da lógica fálica atravessada pela castração. Isso se torna mais evidente quando ele fala de sua parceria com a atual esposa, descrita como uma mulher que “precisava de sua ajuda”. Em nenhum momento, essa mulher parece ser tomada por Israel como objeto de desejo sexual. Trata-se de alguém cuja falta precisa ser saturada. Ou seja, ao que tudo indica, não se trata de uma parceria sexual norteadada pela lógica fálica, mas de um acordo social, em que ele restabelece seu lugar de objeto imaginário que viria completar o Outro. A paralisação nesse ponto é um elemento fundamental para uma investigação clínica, sustentada pelo laço transferencial, algo inexistente na metodologia aqui utilizada.

Israel marca que essa parceria o ajuda a se (re)situar no mundo, voltar o seu interesse para vida e buscar tratamento médico. Além disso, destaca sua condição de exceção, ao afirmar que é o único homem que tem esses sintomas. Chamou-nos especial atenção, ao final da entrevista, quando ele fala que seu quadro “está virando anorexia”, como se ele estivesse sendo invadido por algo sobre o qual não tem qualquer controle. Assim, fica a pergunta: estaríamos diante de uma tentativa angustiada e precária de estabilização psíquica a partir de uma identificação com certo ideal viril que poderia permitir algum laço social?

De qualquer forma, é interessante constatar como o sujeito faz uso dos semblantes disponíveis na cultura para fazer algum contorno pulsional. Seja se identificando com um ideal viril ou com a nomeação de um sintoma que antes nem existia⁴⁰, Israel constrói uma forma inédita de se apresentar. Ele nos ensina que o singular põe em xeque a homogeneização da biopolítica com seu excesso de nomeações, revelando, ao mesmo tempo, os seus efeitos perversos. Assim, cabe aos profissionais da saúde a indicação de não acreditarem demasiadamente nos semblantes para evitar o risco de não se aproximarem da verdade singular de cada sujeito.

⁴⁰ Durante a entrevista, Israel marcou que, na época do início de seus sintomas, ninguém sabia o que era bulimia, “era como se fosse um *tablet*”. Essa aproximação pode ser interessante para pensarmos nas semelhanças dos diagnósticos psiquiátricos atuais aos objetos de consumo.

6.2.11 Ebe: em busca de um sentido biomédico

Eu estava com 14 anos, mas desde pequenininha eu já tinha um distúrbio alimentar. Minha mãe me levava até no nutricionista para engordar, de tão magra que eu era. Só que, aí, começou a afetar mais, depois dos 14 anos. Já não comia, reduzindo, vigiando a balança, querendo emagrecer cada vez mais.

Eu nem sabia que isso era doença. Foi, no começo, os meus pais que me levaram no médico [psiquiatra]. Fui em vários médicos. Praticamente uns oito, dez [a maioria do convênio]. Uns perguntavam se eu estava usando drogas, passavam uns calmantes, uns remédios muito fortes. Em vez de melhorar, eu fiquei pior do que já estava.

Fazia exames e, de vez em quando, não dava nada. Às vezes, dava. Porque eu não comia, então o meu colesterol subia, meu potássio baixava demais, dava infecção. E eles não sabiam aonde estava aquilo, porque não era diabetes, eu era magra. Não tinha como ter diabetes. Eles achavam assim: “O caso dela é muito complexo.” Aí, eu fui no médico clínico, saber se não era tireoide, que eu estava emagrecendo muito. Só que nada adiantou. Levei os exames, mas não deu nada e ele não podia passar remédio. Depois, fui em outro psiquiatra também. Depois em psicólogo. Depois fui em outro que passou remédio muito forte e tive que parar de ir nele. Porque não aguentei o remédio. Piorei. Aí, desisti.

Eu fui praticamente nuns três psiquiatras, num monte de psicólogos... Eu chegava e não conseguia desabafar com o psicólogo. De dizer o que estava acontecendo comigo. Eu não conseguia. Ela mandava, eu ficava fazendo desenhinhos. Até, achei engraçado. Na minha idade fazendo desenhinhos... Aí eu fiz. Só que aí eu não gostei também. Sei lá, falar com alguém que você não tem intimidade nenhuma.

Uma médica me pôs na balança, olhou, e perguntou se eu me achava gorda. Eu falei pra ela assim: “Ah, tipo, eu acho sim.” Aí, ela falou que sabia qual era meu caso. Ela sabia daqui do NIAB, que tinha tratamento, e me encaminhou para cá. Ela deu encaminhamento para o NIAB. Só que alguns outros médicos do posto deram o encaminhamento também. Não sei se foi para cá ou para outro médico. O dela eu tenho certeza de que foi para cá.

Nenhum médico [de sua cidade] soube me tratar. Aqui, com três anos vindo, eu parei. Fiquei um ano fora. Porque ficar vindo aqui toda semana complica, né? Porque eu estudo, né? Tinha que perder aula, e aí depois, para pegar tudo, fica mais difícil. Aí, falei: “Ah, não quero ir lá não.” Fiquei desde o ano retrasado sem vir. Falei: “Eu vou tratar na minha cidade mesmo.” Só que não deu certo. Minha mãe ficou deixando. A secretaria de lá ligou para o médico daqui, pedindo para me atender com urgência, que eu estava passando mal. Então, eu voltei para cá de novo.

Lá [em sua cidade], eu acho que eles não têm muita experiência, principalmente nessa área e aqui [no NIAB] já é mais especializado e tem uma equipe. Por exemplo, se for para você passar no psicólogo, no nutricionista e tudo, precisa de você procurar cada um em lugar diferente. Você não encontra a equipe de um médico, psicólogo, pediatra, tudo. Aí, aqui é mais fácil.

Minha mãe me levou até num neurologista para ver se tinha alguma coisa na cabeça. Só que não deu nada. Porque os médicos daqui não pediam exame. Era raro eles pedirem exame. Aí, minha mãe fez e deu algumas coisas. Deu infecção... Aí, que ela viu que eu tinha alguma coisa. Então, estou tomando os remédios que o neurologista passou. Que é para tontura. Que antes, eu andava caindo. Só que eu acho que o meu organismo acostumou com ele, porque eu, depois, não vi o efeito que ele fazia antes.

Agora é certeza de que o que tenho é anorexia mesmo. Pelo sintoma e pelas meninas... Quando eu fazia o grupo [no NIAB], a gente conversava umas com as outras. Aí, você vê que é doença mesmo. Que você se envolve, sem saber que é doença. Tem umas que aprenderam vendo na televisão, conversando com amiga. Mas no meu caso não. Eu não sabia que isso era uma doença. É um distúrbio alimentar mesmo que eu tenho. Só que isso não é só psicológico, é genético também, pelo que eu estudei. Só que meu pai e minha mãe não têm. Então, isso pode ser bem mais longo, vai para avô, por exemplo.

6.2.12 A busca por tratamento

Para a maioria dos nossos entrevistados, a procura por cuidados dependeu da intervenção de familiares. O tempo entre o início dos sintomas e a procura por ajuda, qualquer que seja ela, foi tanto mais reduzido quanto mais a família⁴¹ se fez presente. De fato, nos casos em que houve maior demora na procura por tratamento, as famílias encontravam-se desestruturadas por morte, doenças físicas ou mentais dos pais. Além da família, a escola e o trabalho podem intervir como mediadores entre esses sujeitos e algum tipo de assistência.

Poucos estudos abordam o momento em que os sujeitos com manifestações anoréxicas e bulímicas revelam suas práticas para alguém. Gilbert et al (2012) demonstraram que a primeira divulgação é mais frequentemente dirigida às mães e aos amigos. Os poucos sujeitos que endereçam essa revelação diretamente aos profissionais de saúde, normalmente, são mais velhos que aqueles que optam por outros confidentes e, a partir desse contato, tendem a apresentar um tempo mais reduzido na busca por um abordagem adequada. É o caso de Mel, única entrevistada que declarou ter, ela mesma, procurado por tratamento.

Sabe-se que os profissionais da atenção primária têm um papel fundamental no diagnóstico precoce desses quadros por serem os primeiros a terem contato com os pacientes. No entanto, esses profissionais parecem pouco sensibilizados com o tema e, geralmente, não fazem qualquer tipo de investigação relativa à alimentação e à percepção corporal, fato que impacta diretamente no atraso do diagnóstico e da busca por tratamento (HEPWORTH & PAXTON, 2007).

Levados por familiares ou pelas limitações e graves comprometimentos da saúde, nossos entrevistados revelaram que a busca por tratamento se faz, desde o primeiro momento,

⁴¹ Deve-se, no entanto, acentuar que não seria de modo algum recomendável incentivar, como forma de prevenção, o viés da suspeita, vigilância ou outras atitudes invasivas na relação entre pais e filhos ou entre escola e alunos. Estudos de casos clínicos da Psicanálise e algumas análises sociais vêm ressaltando, inclusive, que as atitudes invasivas são, na sociedade contemporânea, um índice da desordem dos lugares simbólicos na família (e na sociedade), lugares estes que introduziam limites no comportamento social, limites hoje menos nítidos.

junto a profissionais de saúde: onze procuraram inicialmente médicos, sete procuraram primeiramente psicólogos e dois nutricionistas.

Ao estudar a construção social das anorexias, Hepworth (1999) defende que a união de discursos dominantes sobre a ciência, a Medicina e o feminino culminou, ao final do século XIX, no estabelecimento dessas manifestações como objeto da Medicina científica. Desde então, a Medicina, a Psiquiatria, a Psicologia e a Nutrição foram autorizadas a produzir explicações e intervir de forma específica sobre esses comportamentos. As práticas dessas especialidades, tomadas como verdades inquestionáveis, dificultam a entrada de outros saberes e o avanço no entendimento desses quadros.

É o que acontece com Ebe que, agora com 19 anos, relatou que sempre teve dificuldades em se alimentar, mas que piorou aos 14 anos. Dispondo de um convênio de saúde, sua mãe a levou primeiro a um psiquiatra e depois, a uma sequência de clínicos, todos procurados intuitivamente. A busca insistente de sua mãe por uma explicação orgânica para os problemas de sua filha fica ainda mais evidente quando a leva em um neurologista “para ver se tinha alguma coisa na cabeça”, mas nada foi constatado. Ainda assim, a jovem passa a tomar um remédio para tonturas e isso parece garantir certo alívio momentâneo durante o processo de busca da mãe por uma solução biomédica para o problema da filha. Depois de toda essa peregrinação, Ebe descobre finalmente que tem anorexia, mas não deixa de associar o seu quadro a algo “genético”.

6.2.13 O encontro com os profissionais

Os relatos colhidos a respeito dos encontros desses pacientes com os profissionais de saúde permitem localizar algumas dificuldades, apreendidas aqui unilateralmente, ou seja, na perspectiva de nossos entrevistados e de suas trajetórias. Estas mostram que os profissionais procurados reagem em duas direções: ou não se disponibilizam para um acompanhamento, encaminhando ou não para outros profissionais, ou tentam compor parcerias em que se combinam de formas variadas a Psiquiatria, a Clínica Médica, a Psicologia e a Nutrição.

Os relatos dos que passaram sucessivamente por diversos profissionais, sem estabelecer um vínculo, ressaltam o embaraço destes com os casos. Alguns pacientes atribuem esse embaraço a um desconhecimento:

Fui em vários médicos. Praticamente uns oito, dez [a maioria do convênio]. Uns perguntavam se eu estava usando drogas, passavam uns calmantes, uns remédios muito fortes. Em vez de melhorar, eu

fiquei pior do que já estava. Fazia exames e, de vez em quando, não dava nada. Às vezes, dava. Porque eu não comia, então o meu colesterol subia, meu potássio baixava demais, dava infecção. E eles não sabiam aonde estava aquilo, porque não era diabetes, eu era magra. Não tinha como ter diabetes. Eles achavam assim: “O caso dela é muito complexo.” Aí, eu fui no médico clínico, saber se não era tireoide, que eu estava emagrecendo muito. Só que nada adiantou. Levei os exames, mas não deu nada e ele não podia passar remédio. [...] Nenhum médico [de sua cidade] soube me tratar. (Ebe)

De acordo com Ebe, os clínicos consultados teriam se restringido à necessária verificação dos sinais físicos, encerrando a oferta, no melhor dos casos, por um encaminhamento.

Itinerários marcados por encaminhamentos rápidos confirmam o diagnóstico de uma ampla literatura interessada nas características que vem assumindo a prática médica, sobretudo a partir dos anos de 1960 no Brasil. Nela, são acentuados o viés técnico e padronizado da atenção médica; o empobrecimento da relação médico-paciente; o abandono da clínica propriamente dita, em prol de orientações epidemiológicas e exames complementares; e o esfacelamento da atenção em diversas especialidades, que permanecem sem integração e que desresponsabilizam os profissionais envolvidos (DONNANGELO, 1976; HELMAN et al, 2009)

Mas o estranhamento diante desses pacientes não se restringe aos clínicos, tendo sido descritos também no contato com psicólogos e psiquiatras. É o que Ema nos relata no primeiro contato com esses profissionais:

Ela me tratava como se eu fosse uma... uma coisa que eu não era! Sei lá, ela não sabia lidar com isso! Eu acho que essa psicóloga nunca tinha lidado com isso, entendeu? E, quando eu vim nesse psiquiatra, ele virou e falou que não estava apto a me ajudar, que não iria se arriscar comigo e não conseguir me ajudar. (Ema)

Além do estranhamento e do receio, observa-se que o acesso aos profissionais da psicologia e da psiquiatria se faz muitas vezes via rede privada, o que dificulta ou impede a continuidade desses tratamentos entre nossos entrevistados. Bia, por exemplo, relata que foi levada por sua mãe sucessivamente a cinco psicólogas particulares. Ela explica que ela e a mãe tiveram dificuldades em encontrar especialistas em bulimia. As duas profissionais que encontraram eram muito caras, acima das possibilidades da família.

Tinha umas duas [psicólogas] que eram especialistas, só que uma era muito cara, era duzentos reais a sessão e ela queria me consultar duas ou três vezes por semana. Ia ficar muito puxado, não tinha como

nem pagar uma vez por semana. A outra era cento e sessenta por semana, querendo me ver duas vezes também por semana, aí não dava. Aí eu fui uma vez só, só pra consultar. Eu achei boa pra mim, só que não compensava. Minha mãe falou, assim, que pagava, mas aí, eu falei pra minha mãe que a gente procurava outra, que não dava, não dava, a gente ia passar fome. Ou a gente paga ou a gente passa fome, “então... eu passo fome e você passa fome também.” – eu falei com ela assim. (Bia)

Ainda no que se refere aos médicos, alguns entrevistados identificaram uma dificuldade desses profissionais, já analisada em outros estudos (GUEDES et al, 2008; VAL et al, 2013), reconhecer a relevância dos aspectos psíquicos do quadro e operar com eles. É o que observa a seguinte entrevistada:

Quando eu ia na nutróloga, eu sentia ela meio incrédula do lado emocional que as pessoas têm, sabe? Eu sentia que ela procurava explicações apenas físicas e ignorava que, na verdade, o problema era emocional. Então, eu via ela como punitiva, ela tentava me educar pelo medo. (Isa)

A educação pelo medo e as medidas de força são referidas também em outras entrevistas, concernindo à conduta de profissionais variados. Tais manobras características do biopoder podem ser localizadas nos relatos que se seguem:

A psicóloga era muito... Ela não tinha experiência com meninas com anorexia e bulimia. Então, pra ela, assim... Ela ficava assim: “Por que você não come? Vamos comer!” Aí ela trazia coisas pra comer na sessão. Mas, eu recusava, eu falava não. Eu tinha medo de comer em casa, eu fugia da comida, eu falava não. Aí, chegou o ponto em que eu não queria mais ir. (Bia)

Eu estava com problema e ele [o clínico] teve a coragem de falar assim: “Se você não comer, a gente vai ter que enfiar um tubo dentro de você e pôr comida!” Aí eu fiquei com raiva, comecei a chorar, essas coisas... Aí, não adiantou. Eu tomava o remédio e só ficava dopada. (Lô)

As condutas e as resistências que esses sintomas despertam nos profissionais parecem indicar o limite dos saberes em reconduzir os pacientes a uma normalidade alimentar. Já a composição de parcerias para a condução do tratamento encontra justificativa na pluralidade de saberes implicados, abarcando tanto a saúde orgânica, quanto a mental, e permitindo uma divisão de responsabilidades. De todo modo, não podemos deixar de lembrar que a ideia de um trabalho interdisciplinar não significa, como parece para muitos, uma possibilidade de construção de um saber completo, sem furos. Afinal, é exatamente nesses buracos em que algo do sujeito pode advir.

O receio dos diversos profissionais em assumir isoladamente o cuidado desses pacientes aparece no caso de Ada que, tendo encontrado acolhimento junto a uma psicóloga da rede estadual, foi por ela encaminhada ao serviço especializado:

Fiz tratamento um bom tempo com ela. Só que ela achou que eu estava precisando de alguma coisa além... De um acompanhamento que ela não poderia estar fazendo pra mim. Lá não tinha estrutura pra isso, sabe? Era só ela, não tinha uma endocrinologista, não tinha nada. Aí, ela que fez um encaminhamento pro Hospital das Clínicas. (Ada)

No caso de Isa, com 18 anos no momento da entrevista, e começo dos sintomas aos 13 anos, a tentativa de parcerias se evidencia de outro modo. Tendo iniciado um tratamento sem sucesso com uma nutricionista, ela passa logo a um acompanhamento psicológico e, mais tarde, a um trabalho com uma nutróloga, que, por sua vez, indica o tratamento psiquiátrico. Nesse caso, apesar do insucesso inicial de um tratamento nutricional isolado, há, em seguida, composição de parcerias com resultados positivos. Apesar disso, Isa foi encaminhada ao NIAB, dois anos depois, devido ao deslocamento do sintoma para uma rigidez alimentar. O trabalho interdisciplinar possibilitado pela proximidade dos profissionais em um mesmo serviço parece ter contribuído para efeitos positivos na vida do sujeito. Isa acentua na entrevista a recuperação do prazer de comer como uma conquista dessa abordagem.

6.2.14 O que favorece o vínculo terapêutico?

Nas narrativas, também localizamos alguns elementos que favorecem o estabelecimento de vínculos com serviços ou profissionais. Sobressaem, entre esses elementos, as condutas que não confrontam diretamente os sintomas, no sentido de sua eliminação. Posturas mais expectantes, visando a construção de uma demanda e de uma relação de confiança, facilitam a adesão desses pacientes. Essa ideia está em consonância com a discussão sobre acolhimento⁴², bastante presente no campo da Saúde Coletiva (GUERRERO et al, 2013; MITRE et al, 2012).

⁴² O acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. Não se trata de uma simples relação de prestação de serviço, mas de uma relação humanizada, sustentada por uma escuta qualificada do profissional capaz de facilitar um vínculo e estabelecer uma relação de confiança com o usuário.

O tratamento aqui é bacana. Eles dão muita atenção, eles te compreendem, eles não fazem pressão, tipo assim, para você engordar. Não te obrigam a comer. Não. É tudo calmo, muito calmo, tem muita paciência. (Lia)

No que se refere à aceitação do tratamento oferecido no Núcleo de Investigação de Anorexia e Bulimia (NIAB), observa-se que ela é favorecida por uma suposição de saber, sugerida por sua inserção universitária e por sua inscrição como um serviço especializado. Lembramos, no entanto, que o trabalho desenvolvido nesse espaço tem como ponto de partida a suposição de um saber no sujeito e não na equipe. Assim, existe um esforço para a construção de intervenções que permitam desidentificações, criando um espaço para que o sujeito possa trilhar, efetivamente, a sua saída singular.

Como ambulatório de especialidade, o NIAB também separa seus usuários de outra nomeação, a da loucura, que é recusada, ainda que posta no horizonte pelos medicamentos psiquiátricos. Esse ponto é especialmente importante para refletirmos sobre determinados grupos de pacientes.

Sabemos que a Reforma Psiquiátrica defendeu serviços abertos articulados com a comunidade e com seus diversos setores para evitar a segregação da loucura. Esse funcionamento, norteado pelo que se convencionou chamar de modelo de atenção psicossocial, prioriza a organização do trabalho no território de referência dos usuários sendo, em alguma medida, avesso às especialidades. Nesse contexto, os serviços de Saúde Mental deveriam acolher pacientes com qualquer forma de sofrimento psíquico, mantendo uma conexão com espaços de maior circulação como, por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde (SANTOS et al, 2009). No entanto, quando se trata de certos grupos de pacientes, essa proposta depara-se com impasses.

Nesses grupos, podemos incluir não apenas aqueles com sintomas anoréxicos ou bulímicos, mas também aqueles com outros tipos de sofrimento bastante contemporâneos como, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas. Esses pacientes apresentam algumas demandas bastante específicas, incluindo o tratamento de questões orgânicas e, frequentemente, não se identificam com os serviços da Saúde Mental. Nesse sentido, podemos localizar a criação dos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) como reflexo do esforço atual das políticas de saúde para a criação de espaços adequados para acolher esses sujeitos, mantendo a perspectiva do modelo de atenção psicossocial (BRASIL, 2003; MORAES, 2008). No Brasil, no entanto, não existem políticas públicas voltadas especificamente para sujeitos com sintomas alimentares e a falta de serviços desse tipo contribui para que essa população permaneça desassistida (NUNES, 2006).

Em nosso estudo, outro aspecto identificado que favorece o vínculo com o serviço, embora não imediatamente com o tratamento, é o formato de funcionamento em equipe, que facilita o acesso, em um mesmo local, a diversos profissionais: o clínico, o psiquiatra, o psicólogo e o nutricionista. Sabemos que, idealmente, o acompanhamento de sujeitos com esses sintomas deve ser realizado por uma equipe disposta a trabalhar de forma interdisciplinar. No Brasil, os poucos serviços com esse formato que acolhem esses sujeitos estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste e vinculados a centros universitários, como é o caso do NIAB (NUNES, 2006).

Na prática, a maioria desses pacientes acaba sendo recebida por vários profissionais ao mesmo tempo vinculados à rede privada de saúde. Esses profissionais, no entanto, trabalham isoladamente, adotando condutas sem nenhuma conexão e que não favorecem o tratamento dos casos ou só o fazem aleatoriamente.

Outro elemento que nos pareceu decisivo para aceitação do acompanhamento no NIAB é a forma como os pacientes ali chegam: através de informação oferecida por profissionais ou por pessoas qualificadas de sua rede de relações (a psicóloga amiga da patroa, o amigo do chefe do pai, a cuidadora da avó, um programa de rádio) com boas recomendações. Algumas vezes, o atendimento no ambulatório foi citado como o melhor e último recurso, sendo frequentemente contrastado com os encaminhamentos rápidos, o estranhamento e o desconhecimento percebidos pelos pacientes nos profissionais consultados em seus itinerários.

6.2.16 Notas sobre a investigação dos itinerários terapêuticos

A análise das narrativas dos sujeitos com diagnóstico de Anorexia ou Bulimia Nervosas a respeito dos seus itinerários terapêuticos nos revelou caminhos distintos e não lineares. De uma forma geral, esses itinerários são marcados por duas lógicas distintas: uma que rege as respostas e encaminhamentos das instituições de saúde e das famílias e outra que organiza a conduta dos pacientes. Enquanto a primeira pressupõe uma busca por um ideal normativo de saúde, a segunda subverte esse pressuposto, evidenciando uma nova versão do que seria a saúde para cada sujeito.

Conforme vimos, os itinerários narrados são atravessados pela recusa: tanto o estatuto de doença dessas práticas, quanto o tratamento são recusados, o que retarda a procura por ajuda e prolonga o percurso terapêutico. Tal atitude pôde ser vinculada, com o aporte da Psicanálise, a uma funcionalidade dessas práticas para os sujeitos. Elas vêm possibilitar um

trabalho sobre a imagem do eu, como forma de resposta ao que cada um experimenta como traumático em sua vida. A aceitação ou adoção da nomeação psiquiátrica muitas vezes não carrega consigo o sentido patológico, vindo, antes, nomear, como nas comunidades virtuais, o trabalho obstinado sobre a imagem do eu. A opção pelo trabalho sobre a imagem relaciona-se, por sua vez, à fragilidade da ancoragem simbólica dos sujeitos, favorecida pela veiculação da lei na forma da norma.

A aceitação do estatuto de doença ocorre mediante o reconhecimento da falência física, intelectual e da ameaça à vida. Mas, antes disso, como fogem à normalidade social, essas práticas angustiam o Outro (família, escola ou trabalho), que geralmente endereça uma demanda aos profissionais de saúde.

A nomeação psiquiátrica oferece um lugar socialmente qualificado a esses sujeitos, ainda que eles questionem os serviços de saúde e o poder das intervenções biomédicas. As conexões desses sujeitos com os serviços de saúde se estabelecem, de início, em função da conservação concomitante de suas práticas alimentares e da vida. O acolhimento dessa condição pode, algumas vezes, abrir um espaço para que cada um reelabore suas questões e encontre outras saídas.

O embaraço dos profissionais de saúde diante desses pacientes se anuncia, como notam os entrevistados, nos encaminhamentos rápidos e na adoção de posturas ameaçadoras ou de força. Essas são posturas em que os aspectos psíquicos envolvidos não encontram reconhecimento. Já a composição de parcerias entre especialistas pode possibilitar a sustentação de tratamentos e a distribuição de responsabilidades.

Os itinerários, feitos de conexões e desconexões com profissionais, serviços e também com comunidades e personagens virtuais, mostraram-se governados por imperativos que estão a serviço de uma construção da imagem do eu, por sujeitos que, temporária ou permanentemente, não se servem dos recursos moderadores oferecidos pela incorporação da lei simbólica. Nesses casos, o que está em jogo é uma nomeação das coletividades pela via da imagem e das formas compartilhadas de gozo que não deixa espaço para a manifestação das singularidades. Sem a abordagem dessa questão, os profissionais de saúde tendem a encontrar, no trato com esses pacientes, os limites de suas intervenções.

Tais limites serão explicitados no próximo tópico, a partir de uma narrativa coletiva dos profissionais de saúde sobre Marta, uma mulher que leva até as últimas consequências sua diferença radical. A ideia é explicitar os afetos e ações despertados nos profissionais a partir do contato com a singularidade absoluta que não se deixa capturar pelo discurso hegemônico que rege o biopoder.

Como deu uma moça, no Barreiro Novo, essa desistiu um dia de comer
e só bebendo água da pia, benta, em redor dela começaram milagres.
Mas o delegado regional chegou, trouxe praças, determinou o desbando do povo,
baldearam a moça para o hospício de doidos, na capital,
diz-se que lá ela foi cativa de comer, por armagem de sonda.
Tinham o direito? Estava certo?

(Guimarães Rosa, *Grande Sertão Veredas*)

6.3 As peregrinações de Marta: uma narrativa coletiva dos profissionais de saúde

6.3.1 A mulher que não conseguia engolir

Há mais de dez anos, Marta mobiliza a rede de saúde e a comunidade de uma pequena cidade. Como uma pessoa com trinta e poucos quilos poderia se manter de pé e, mais que isso, circular por toda a cidade e por vários serviços de saúde? Guardo a lembrança de seu rosto emagrecido, contornado por uma sonda nasointestinal, estampado em um conhecido jornal local. Marta, sem dúvida alguma, era “A anoréxica” daquele município. Não era surpresa que ela ocupasse a capa do jornal que anunciava a matéria “*Bulimia e anorexia: cidadã, que sofre com as doenças, conta detalhes dos distúrbios*”:

Me diz a verdade, engordei hoje? – perguntou ela após comer três biscoitos água e sal. Quem fez a pergunta foi Marta, de 42 anos. Na época da pergunta, Marta pesava 45 quilos, hoje ela pesa somente 39. Com os ossos da costela e do pescoço à mostra, ela diz que ainda quer perder dois quilos. Marta sofre de distúrbios alimentares, conhecidos como anorexia e bulimia. Doente há 10 anos, ela sofre hoje com a anorexia e bulimia nervosas. (jornal local)

Para apreender o itinerário terapêutico de Marta pela rede de saúde do local, percorri vários serviços dessa pequena cidade, buscando localizar profissionais que já haviam atendido essa mulher. O meu esforço foi no sentido de, sobretudo, identificar afetos, concepções e desafios incitados nesses profissionais a partir do contato com esse sujeito.

Marta era bastante conhecida pela população e pelos profissionais de saúde, sobretudo por aqueles que compunham a rede de saúde mental da cidade⁴³. Não me restringi a conversar com estes últimos, pois queria conhecer a diversidade de opiniões a respeito do mesmo tema. Ao final, o material colhido no campo permitiu que, aos poucos, eu pudesse apreender não só o itinerário de Marta pelos serviços de saúde, mas também localizar pontos marcantes de sua história de vida.

De uma forma geral, as narrativas dos entrevistados apresentavam um teor mais técnico, o que não impediu que eu localizasse, ainda que com alguma dificuldade, os afetos

⁴³ No momento da pesquisa, a rede de saúde mental da cidade era constituída por um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II (CAPS AD), um ambulatório de saúde mental para atendimento de maiores de 18 anos e outro para atendimento de crianças e adolescentes. Esses serviços eram integrados às 16 Unidades Básicas de Saúde do município através de estratégias que envolviam técnicos com formação em saúde mental (psicólogo, terapeuta ocupacional e psiquiatra) que trabalhavam dentro desses espaços, fazendo o acolhimento de sujeitos com sofrimento mental, o acompanhamento e monitoramento de alguns casos, o encaminhamento para os serviços mais especializados e a discussão com as equipes de saúde da família.

despertados no contato com o caso. Em uma visita à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência do bairro em que Marta morava, me surpreendi ao encontrar-me com uma auxiliar de enfermagem que conhecia a paciente há mais de 25 anos. A profissional desenvolveu uma relação de “amizade” com Marta. Sua narrativa, marcada por um afeto pessoal e pela despreensão em produzir um discurso puramente técnico, trouxe importantes elementos para que eu tivesse uma visão mais “viva” da história do sujeito.

Marta, uma paciente muito bonita, conheço ela desde 1989. Nesta época, já era obesa. Nas suas gestações, se tornou mais obesa ainda. Com o passar do tempo, descobriu o Dr. Y, ginecologista, que passou a receitar pra ela o Hipofagin para emagrecer. Ela começou a tomar o medicamento e começou a descoordenar a quantidade. E o doutor alimentou ela com as receitas. Até chegar ao ponto dela começar a ter visões, ver bichos subindo pelas paredes... ouvia pessoas falando no ouvido dela, pessoas caminhando, seguindo ela. E, com isso, ela foi ficando cada dia pior e aumentou a dose de medicamentos. Veio a emagrecer até não poder mais. Chegou a um ponto que o medicamento não fazia mais efeito. Então, o quê ela começou a fazer? Tudo o que ela comia, enfiava o dedo na garganta e jogava pra fora. E foi reduzindo, parou de se alimentar, (...) chegou ao ponto extremo. Começou tratamento psiquiátrico, policlínica, Hospital das Clínicas, colocou a sonda pra colocar alimentação. (auxiliar de enfermagem)

A obesidade de Marta foi lembrada por vários entrevistados como um importante fator que contribuiu para o desenvolvimento dos sintomas alimentares. A enfermeira 1, que teve contato com Marta quando o quadro já estava avançado, contou sobre um episódio que lhe pareceu marcar o início dos sintomas.

Ela teve um episódio em que ela foi passar na roleta de um ônibus e agarrou. E o ônibus teve que desviar o percurso para ir até o ponto final para tirar a roleta para que ela saísse. Ela, literalmente, agarrou na roleta! Então, depois disso, que ela começou com esse distúrbio. (enfermeira 1)

Na época em que Marta iniciou com essa sintomatologia, as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do município passavam pela reestruturação da assistência ambulatorial e domiciliar através da estratégia do Ministério da Saúde conhecida como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nessa transição, embora já houvesse alguns agentes comunitários de saúde, ainda não existia uma equipe de Saúde da Família (ESF) que viabilizasse um acolhimento mais cuidadoso de Marta, de forma a apropriar-se de seu acompanhamento e monitorar o tratamento. Tampouco existia uma rede de saúde mental estruturada. Existiam dois serviços de maior complexidade: uma policlínica municipal com

alguns especialistas, incluindo profissionais da saúde mental (psicólogos e psiquiatras) e um hospital geral, coordenado por uma entidade filantrópica.

Marta, obstinada a emagrecer, peregrinava por diversos profissionais e serviços de saúde, tanto do município, quanto das cidades vizinhas, demandando prescrições para atingir o seu objetivo. Essa circulação errática e o uso deliberado das medicações, provocou reações negativas nos profissionais. Muitos ressaltaram a sua capacidade de “manipular” e subverter o funcionamento da rede de saúde para atingir o seu objetivo, característica que leva os profissionais ao cansaço e serve como justificativa central na desistência de sustentar o seu acompanhamento.

O movimento da paciente na rede de saúde é um movimento um pouco mais problemático que o de outros casos pelas características dessa paciente. Ela tem uma questão que transcende o diagnóstico de transtorno alimentar. Ela tem uma capacidade de cálculo, de estratégia, para conseguir aquilo que quer e acaba movimentando a rede de saúde, muitas vezes, gerando contratransferências. (...) Uma outra questão que também movimenta bastante a rede, não só de saúde mental, mas a rede do município, é o abuso de medicamentos pela paciente. Há constantes relatos da paciente de que fez uso excessivo de medicações prescritas pelos profissionais da rede e também de medicações não prescritas. Então, isso tudo causa um movimento na rede e, muitas vezes, um cansaço dos profissionais, um sentimento difícil de manejar. (psiquiatra 3)

Inicialmente, Marta dizia que não conseguia deglutir alimentos sólidos, justificando a restrição alimentar e a indução de vômitos. Em suas perambulações, acabou chegando à policlínica de especialidades com um encaminhamento dirigido à psicologia. A psicóloga 1 conta que, logo que a acolheu, percebeu a dificuldade em criar um vínculo com um sujeito que não apresentava qualquer demanda de tratamento.

Chegou para mim como uma mulher que não conseguia comer. Foi o encaminhamento de um médico clínico. A policlínica era assim, médicos clínicos, várias especialidades... não tinha PSF na época. E era uma moça que estava com dificuldade de comer. Aí, ela foi, mas não tinha demanda. “Me mandaram aqui, porque eu tenho um negócio difícil de engolir, não consigo engolir, eu só tomo caldo, sopa, suco, vitamina...” No início dos atendimentos dela, eu me lembro que eu tinha que fazer muita força para criar um vínculo, pra ver se ela voltava. Porque não tinha nada. A demanda não era dela. Eram de todos, menos dela! Era da irmã, do marido, do contexto do bairro em que ela morava, até de dentro da policlínica, quando o povo começou a ver a magreza dela, dos médicos. Então, ela chegou assim. E era difícil construir um vínculo com ela. Foi muito difícil! (psicóloga 1)

A partir desse acolhimento, a psicóloga 1 iniciou uma tentativa de estabelecer um vínculo transferencial, localizar alguma demanda da paciente e colher elementos que a possibilitasse construir uma lógica do caso que pudesse nortear o tratamento. No início, sua percepção era de que se tratava de um sintoma histérico, relacionado à sexualidade e ao romance familiar.

Nessa época, Marta já era casada e tinha duas filhas. A psicóloga 1 conta que, durante a adolescência, Marta foi a “companheira do pai”, um homem muito carinhoso que a levava para as “rodas de viola” nas quais ele tocava. Marta deixava apenas o pai pentear os seus longos cabelos, pois, diferentemente da mãe, ele era “cuidadoso”. No entendimento dessa profissional, havia algo “mal estabelecido nesse tripé” que, associado à “dificuldade de engolir”, à recusa do sexo e do próprio corpo, pareciam uma “coisa histérica”.

A psicóloga 1 esforçou-se para estabelecer parcerias e mobilizar uma rede de cuidados, mas deparou-se com outra dificuldade: a ausência de um trabalho em equipe. Apesar de a policlínica contar com profissionais de diversas áreas, o trabalho das especialidades acontecia de forma isolada. Além disso, ao que parece, eles começaram realmente a se mobilizar somente quando o emagrecimento de Marta tornou-se excessivo. Ela chegou a pesar 32 quilos. Nesse momento, o foco das intervenções recaiu sobre questões relacionadas diretamente à alimentação e à saúde física. No entanto, os atendimentos eram pontuais e não contribuíam para o estabelecimento de um vínculo com a paciente.

Apesar do empenho dos familiares, amigos e de alguns profissionais, Marta continuava alimentando-se como queria, não seguia as prescrições dietéticas, provocava vômito, usava laxante e “driblava todo mundo”. Diante da ausência de uma implicação da paciente em seu tratamento e de suas manobras de subversão das recomendações dietéticas, cogitou-se um monitoramento mais próximo. Entretanto, justificar a indicação de um suporte clínico em ambiente hospitalar era difícil devido à falta de alterações objetivas nos exames complementares. Mas a parceria com uma médica, que era mais “sensível às questões subjetivas” dos pacientes, viabilizou a tentativa de um monitoramento diário do consumo dietético de Marta dentro da policlínica. Marta passou vários dias nesse local, sendo monitorada de perto por um enfermeiro. Não demorou para que ela ficasse “amiga” do profissional e comesse a circular sem supervisão. Ia na farmácia comprar remédios para emagrecer, entrava no banheiro e vomitava. Apesar da preocupação e empenho dos profissionais, Marta continuava emagrecendo. A psicóloga 1 ficava cada vez mais angustiada e se sentindo impotente diante do caso. Ela se intrigava ao perceber que quanto maior o emagrecimento, melhor a paciente se apresentava psiquicamente.

Quanto mais piorava fisicamente, melhor emocionalmente ela estava. Tinha dia, dentro do consultório, que eu olhava e tinha que me segurar. Porque eu falava assim: “Não tem o que fazer! Essa mulher quer morrer!” A sensação que me dava era uma angústia de morte. O atendimento dela era muito agonizante. Porque, quanto pior ela estava fisicamente, com uma debilidade física visível, era o dia em que ela estava melhor. Até o semblante dela era de feliz. Eu me lembro que eu ficava incrédula com aquilo que eu via. Eu não imaginava que pudesse existir, sabe? (psicóloga 1)

Como a estratégia de monitorar a dieta de Marta na policlínica não funcionou, as tentativas de internações hospitalares constituíram-se como as estratégias mais frequentes. Tendo em vista o quadro clínico estável de Marta e a falta de alterações nos exames laboratoriais, as internações só foram viabilizadas através dos contatos pessoais de alguns médicos com colegas que atuavam em outras instituições. A primeira internação aconteceu no hospital da cidade.

A gente conseguiu com uma médica, que conhecia um pessoal do hospital, uma internação pra ela, apesar dela não ter nenhum dado clínico que justificasse aquela internação. Seria para segurar ela um pouquinho lá pra ver se fazia uma dieta, pra ver se outras coisas iam aparecer, como é que ela iria se colocar. O meu intuito era mais esse, quando eu topei. E ela topou! Porque ela topava. (...) Mas ela desligava a máquina [bomba de infusão contínua para hidratação]. Ai, administrativamente, ela teve uma alta. Então, tinha todo um contexto em que a gente se via sem recurso. Porque, se segurasse ela ali por mais tempo, o que poderia surgir? Ela deixou claro: “Vou desligar!” Então, ela driblava as normas do hospital de forma sutil, sem brigar. Eu me lembro que as enfermeiras me ligavam e falavam que iam dar alta. E, conversando com a médica, ela falou que não tinha como segurar ela lá, que não tinha como tratar dela lá. [Os profissionais] ficavam agoniados, agitados. Muito irritados, agoniados, tratando ela mal.” (psicóloga 1)

No período da hospitalização, Marta não aceitava as intervenções e chegou a desligar a bomba de infusão contínua para hidratação. Os profissionais ficavam muito irritados e agoniados com sua resistência. Por fim, articularam uma “alta administrativa”, ou seja, um procedimento burocrático destinado aos pacientes que não cumprem as normas da instituição. Marta continuou comendo pouco, vomitando, abusando de laxantes e outros medicamentos para perder peso. Apesar do fracasso dessa primeira tentativa, os profissionais continuaram a insistir em encaminhamentos para novas internações. Conseguiram algumas e, em uma delas, os médicos colocaram uma sonda nasoentérica⁴⁴ para que uma dieta “adequada” fosse

⁴⁴ As sondas nasoentéricas podem ser usadas para infusão de alimentação nos casos em que há a contraindicação ou impossibilidade de se utilizar a via oral fisiológica. São tubos de poliuretano e silicone que podem ser introduzidos através do nariz, passando pelo esôfago, estômago e trato intestinal, de acordo com a indicação. Nos casos de recusa alimentar, pode-se usar essa via para inserir uma alimentação especial independentemente

administrada. Desde então, Marta nunca mais permitiu que a sonda fosse retirada de seu corpo. Depois disso, Marta passou a ficar mais isolada, restringindo o seu convívio à esfera familiar.

A sonda, que, a princípio, poderia ajudar a paciente a se alimentar, não contribuiu para que Marta recuperasse o estado nutricional. O seu quadro ficava cada vez mais grave e refratário às medidas adotadas pelos profissionais. A despeito do emagrecimento, Marta mantinha um quadro clínico estável. Por causa disso, os profissionais começaram a esboçar diversas elucubrações sobre o uso que o sujeito fazia dessa sonda. Na UBS, existia quase que uma unanimidade de que Marta comia e usava a sonda para retirar o alimento ou injetar laxantes e medicamentos para perder ainda mais peso.

Mas não é que as coisas não paravam no estômago dela. Ela punha pra dentro, mas ela jogava de volta pra fora! O que ela faz até hoje. Se ela for pra policlínica, fica lá o dia inteirinho, eles injetando alimentação. Quando de lá ela sai, ela dissolve os comprimidos de Lactopurga e injeta na sonda, pra sair tudo que tiver no estômago. Como ela não tem como fazer o vômito mais, ela elimina assim. (auxiliar de enfermagem)

E uma particularidade no caso que é interessante é que várias pessoas da unidade [UBS] ou outros conhecidos já viram ela comendo coxinha, comendo outras coisas na lanchonete ali na praça. Já viram ela lá comendo salgadinho. Então, assim, é uma coisa que a gente fala: “Puxa vida, então ela come salgadinho?” A sensação que ficou pra gente é que ela usa a sonda mesmo como um mecanismo de estimulação. Como se ela provocasse o vômito. Por isso que ela quer a sonda. Ela quer a sonda pra ela poder estimular e vomitar, entendeu? (...) Então, ela come e fala que não come! (médica generalista 2)

Já a psicóloga 1 acrescentou que, para aquela mulher, a sonda funcionava como um mecanismo de capturar o olhar do outro e, ao mesmo tempo, denunciar a impotência dos profissionais.

A sonda para mim era assim: “Olha!” Por isso, que a gente colocava como sendo algo histérico. Como se fosse uma cena. De apresentação, de algo do tipo: a impotência de vocês! Tá aí, a impotência de vocês! Porque era a nossa impotência categórica! (psicóloga 1)

O uso da sonda tornou-se motivo de grande controvérsia para os profissionais de saúde do município. “Marta da sonda” tornou-se um nome comum para se referir a esse caso, uma marca que, como nos conta o psiquiatra 1, muitas vezes tinha efeitos de estigmatização e

impedia que os profissionais percebessem questões importantes no caso que ultrapassavam a sonda.

Alguém falou: “Ah, é a da sonda!” Eu achava estranho, me incomodava falar “a mulher da sonda”, porque ela não é a sonda, ela não é “a mulher da sonda”. A sonda entrou ali em algum momento, mas ela é muito mais que a sonda. Tem as filhas, tem toda a relação problemática com as filhas, inclusive uma delas obesa, né? Então, assim, tinha muito mais que a sonda ali. Mas eu achava curioso que ficou como “a sonda”, né? Acho que também as pessoas veem ela com a sonda e todo mundo identifica logo. Ficou um estigma ali, né? A marca. (psiquiatra 1)

Tendo em vista a falta de uma indicação médica precisa para o uso da sonda, não demorou para que sua retirada fosse cogitada por muitos profissionais. Nessa época, as UBS's já começavam a se reestruturar a partir das ESF. As idas de Marta à UBS eram pontuais e não tinham um caráter de acompanhamento sistemático. Marta não endereçava qualquer questão relativa aos seus sintomas alimentares para aqueles que a acolhiam e resistia a passar por consultas médicas.

A enfermeira 1 sensibilizou-se com o caso e, desde que assumiu as atividades assistenciais no território, esforçou-se para criar estratégias que possibilitassem um vínculo da paciente com a UBS. A despeito dos comentários dos outros profissionais – de que Marta não usava a sonda nasoesférica para alimentação – a enfermeira se interessou em conhecer melhor a paciente.

Cuidar da sonda sem questionar a sua indicação clínica foi uma estratégia bem sucedida adotada pela profissional que, desde então, conseguiu estabelecer algum vínculo com Marta. Ela explicou que, antes de trocar a sonda, tinha que mostrar a nova para a paciente autorizar o procedimento.

Na época, o primeiro contato que a gente teve foi porque uma das filhas veio, porque ela [a mãe] não estava usando a dieta, porque a sonda tinha rompido, a ponta da sonda tinha quebrado. Ela não estava conseguindo infundir a dieta. Então, alguém do Centro de Saúde que já a conhecia há mais tempo, falou: “Ah, não tem problema a sonda quebrar não, ela não infunde nada nela!” Eu falei: “Como assim?” Aí eu tive o primeiro contato com ela, fiz a troca da sonda dela e, a partir daí, ela teve uma certa confiança em mim. Ela passou a me ter como referência dentro da unidade. (enfermeira 1)

Na medida em que ganhava a confiança de Marta, a enfermeira 1 aproveitava os momentos em que a paciente estava na UBS, como, por exemplo, para fazer as medidas exigidas pelo programa Bolsa Família do qual era beneficiária, e fazia algum tipo de

negociação para que Marta passasse por uma consulta médica. Essa era a forma encontrada por essa profissional para “poder ver se estava tudo bem”.

A despeito da relação estabelecida com essa enfermeira, o laço de Marta com a UBS era considerado frágil pela maior parte da equipe e o seu acompanhamento se mantinha centrado na psicóloga da policlínica. A maioria dos profissionais que a atendiam, diante do embaraço, acabavam reencaminhando a paciente para o atendimento com a psicóloga 1. Esta ressalta que, mesmo que Marta, em alguns períodos, não fosse regularmente em suas consultas, como a cidade era pequena e o prontuário da policlínica era compartilhado por todos os profissionais da policlínica, a psicóloga sempre tinha notícias do caso e a paciente acabava sendo reencaminhada para ela.

A psicóloga mantinha a estratégia de tentar incluir outros profissionais na condução do tratamento. Ela se lembra de uma situação que contribuiu para que Marta aceitasse ser atendida por um psiquiatra.

O marido criava umas aves dessas mais silvestres escondido e ela deu um remédio, desses tipo Diazepam, e os passarinhos morreram todos. Eu sei que fizeram uma denúncia e quase que o homem foi preso porque tinha exterminado fauna silvestre. Nesse momento, ela falou: “Eu fiz!” Foi o único dia em que eu vi ela fazendo alguma ruga na testa. “Eu fiz porque esses bichos estavam me irritando, aquela barulhada, aquela coisa, eu não estava aguentando, eu dei os remédios para eles ficarem calmos!” Só que ela carregou a mão e os bichos morreram. Eu falei: “Ué, mas parece trem de doido! O seu marido vai ser preso!” Falei na lata! Entrei, porque ali não tinha meio termo, tinha que entrar, porque o marido estava correndo risco. Eu falei: “Olha, você tem que fazer alguma coisa! Você vai deixar o seu marido ser preso?” Tipo assim, tentei ver se alguma coisa mexia com ela. E ela: “Ah não, não vou não! Eu sou doida! Eu vou lá na delegacia falar que fui eu!” Foi a partir daí que ela começou a se consultar com o psiquiatra. (psicóloga 1)

Apesar disso, a relação estabelecida com esse psiquiatra foi efêmera e não permitiu que ele entrasse de fato na condução do tratamento. Segundo a psicóloga 1, Marta pretendia apenas conseguir um “álibi” com esses atendimentos. Para proteger o marido, ela assumiu o ato, se furtando de qualquer responsabilidade devido ao diagnóstico psiquiátrico dado pelo profissional. Depois que a situação se resolveu, ela deixou de ir às consultas.

A sensação de impotência, inquietação e aflição da psicóloga 1, assim como sua percepção de ausência de parcerias e de uma rede de cuidados organizada de modo a permitir o acompanhamento adequado de Marta foram alguns dos fatores que contribuíram para que começasse a se pensar no encaminhamento do sujeito para um serviço mais especializado.

Essa profissional ressaltou que Marta se constituía como um caso inclassificável, que não se inscrevia na lógica do discurso biomédico e, muito menos, na rede de saúde da cidade.

Você fica irritado porque você pensa assim: “Gente, não tem o que fazer! Neste contexto nosso da saúde, eu acho que é isso, não dá conta! Porque é um caso que tem que ser conversado!” Naquela época, não tinha essa coisa de projeto terapêutico que a gente trabalha hoje. Sentar para discutir um caso! Não tinha! A instituição tinha a sua forma de funcionar e aquele caso não entrava ali. O caso dela não entrava ali! Primeiro porque ele não tinha nenhum sinal clínico para estar ali. Porque ela estava visivelmente daquele jeito, mas o exame de sangue não tinha uma anemia! Não havia nada que justificasse no número, quantitativamente! Então, é um caso que nos deixava numa agonia, ao lidar com ele. E uma vontade de falar assim: “Gente, mas não é possível! Vocês querem números?” Eu conversava isso com a médica. A gente ficava tentando. Aí, conseguiu isso com o hospital, mas depois de muita tentativa! Porque os dados clínicos dela, quantitativos, não diziam que ela precisasse disso. Era no ambulatório! Então, ela circulava, ia nos médicos e pegava todos os medicamentos que ela queria para emagrecer! Aí, depois desse circuito todo, que é um circo, né? Porque parece um circo montado e, ao mesmo tempo, é triste... dramático falar isso, mas você ri ao pensar como um caso dá um tomé em todo mundo. E numa boa! Manda as instituições todas passear, os técnicos, todo mundo! Porque a coisa era tão imponente que ela não se abalava com nada. Não se movimentava com nada! (psicóloga 1)

Marta foi levar a sua filha para atendimento em um serviço ambulatorial voltado para adolescentes no Hospital das Clínicas (HC), na capital do estado. A filha estava um pouco acima do peso, mas quando a equipe do hospital percebeu como isso transtornava a mãe, encaminhou Marta para o tratamento. Foi a partir dessa contingência que ela chegou ao Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB), um serviço ambulatorial voltado para a assistência de pacientes com esses sintomas. Lá, ela foi acolhida e iniciou um acompanhamento semanal.

A psicóloga 1 percebeu nesse encontro uma oportunidade para rever a organização do tratamento de Marta. A profissional entendia que, no município, a preocupação estava direcionada quase que exclusivamente para o somático. Isso contribuía para que Marta, sempre emagrecida e com uma sonda sem uma indicação estabelecida, sofresse constantes intervenções intempestivas da equipe. Centrar o acompanhamento da paciente em uma outra cidade, não só a deixaria mais protegida do excesso dessas intervenções, mas também dificultaria que ela tivesse acesso às prescrições de medicamentos que conseguia nos serviços de saúde da rede municipal. O fato de ser uma cidade pequena, segundo a psicóloga 1, deixava a paciente ainda mais exposta aos olhares e intervenções dos outros. Um ponto me chama particularmente a atenção nessa elaboração da psicóloga: ao mesmo tempo em que ela

percebia que Marta, ao se localizar em um limite tênue entre a vida e a morte, ameaçava a equipe, ela também era ameaçada pelos profissionais com as diversas intervenções propostas.

No NIAB, Marta passou a ser acompanhada por um médico clínico, um psiquiatra e um psicanalista que trabalhavam na equipe interdisciplinar. Aos poucos, eles foram construindo o caso⁴⁵ e adotando uma outra direção de tratamento. Em um relato de caso publicado pelo psicanalista, há uma fala de Marta que nos permite compreender sua percepção sobre a transferência para o serviço especializado:

Às vezes, sinto falta da policlínica. Tenho medo de ficar sozinha. Gostaria de voltar a fazer terapia ocupacional, mas eles não dão conta de mim. Não gosto que ninguém me mande. Eu faço tudo o contrário. Só faço o que eu quero. (fala de Marta extraída do relato do caso⁴⁶)

Em certo momento, dois profissionais do município, a psicóloga 1 e uma estagiária da terapia ocupacional, participaram de uma das discussões realizada pela equipe do NIAB. Essa conversa foi importante para que houvesse alguma mudança no entendimento sobre o caso. A hipótese do diagnóstico estrutural de psicose promoveu uma reflexão sobre o estatuto fragmentado do corpo da paciente. Neste contexto, a sonda apareceu como uma solução, uma tentativa de promover algum contorno daquele corpo. Assim, percebeu-se a importância de respeitar as saídas e o tempo requerido para aquele sujeito, evitando condutas muito radicais. Esse foi o único momento em que ambas as equipes se encontraram.

A gente levou o caso para o NIAB como se fosse uma histeria, mas, depois que a gente conversou com a equipe de lá, saímos de queixo caído: “Uma psicose!” Então, teve uma outra explicação para a gente e, aí, a gente viu que era isso mesmo. (...) E, depois da discussão de caso no NIAB, comecei a ter um olhar ainda mais cuidadoso, no sentido de deixar o ritmo que ela estava escrevendo.” (psicóloga 1)

Depois disso, a psicóloga 1 discutiu com outros profissionais da saúde mental da policlínica e articulou para que Marta frequentasse as oficinas de terapia ocupacional. Apesar de o tratamento de Marta ter sido centralizado no NIAB, ao participar dessas atividades, ela

⁴⁵ A construção do caso clínico é adotada pela equipe do NIAB como uma proposta metodológica de trabalho baseada no referencial psicanalítico. A política desse serviço, norteadada pelo sintoma, parte do pressuposto de que há algo na manifestação sintomática que funciona como uma solução singular para o sujeito, permitindo sua adaptação e organização psíquica. A partir da construção do caso, tenta-se elucidar e transmitir o estatuto dessa solução para a equipe, respeitando-a, na medida do possível, até o momento em que o sujeito encontre saídas menos devastadoras. A elaboração de um saber sobre cada caso permite um direcionamento do tratamento compatível com a vida daquele paciente, minimizando os riscos físicos e psíquicos de seu sintoma alimentar e, ao mesmo tempo, avaliando as consequências de sua remoção. Para esclarecimento dessa metodologia, sugiro os textos do psiquiatra e psicanalista Carlo Viganò (1999, 2010).

⁴⁶ Disponível em: <http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Chafia_Americo_Farah_A_mulher_da_sonda1.pdf>.

mantinha algum contato com os profissionais da rede de saúde mental. A psicóloga acredita que o encaminhamento para o NIAB promoveu um apaziguamento nos profissionais da rede de saúde do município e, conseqüentemente, na paciente.

Ela apaziguou. O caso ficou mais tranquilo. Ela vinha para as oficinas de TO [terapia ocupacional] e o contexto era outro. Ninguém estava em cima dela para ela ter que fazer alguma coisa, pra marcar um médico, pra fazer um exame, pra comer... (psicóloga 1)

Na época do encaminhamento, a rede de saúde mental começava a se desenhar no município e contava com casos graves como o de Marta para justificar a mobilização dos profissionais e gestores na direção dessa construção. Sem dúvida, o caso de Marta indicava a necessidade de formatar uma rede específica que, como disse a psicóloga 1, “*fugisse das normas convencionais das instituições que não podem ser mudadas*”. De fato, nessa época a rede de saúde mental do município começou a ficar cada vez mais diversificada. Foi inaugurado um CAPS II, que se dedicaria ao atendimento dos casos em crise, e um ambulatório de saúde mental, que faria o acompanhamento dos casos estabilizados. A equipe aumentou e os profissionais saíram da policlínica para ocupar esses novos espaços juntamente com outros profissionais que foram contratados pela gestão municipal.

6.3.2 O retorno do “problemão”

Após cinco anos de acompanhamento no NIAB, Marta foi reencaminhada para a rede de saúde da cidade. Não houve, previamente, uma discussão entre as equipes dos dois serviços a respeito desse encaminhamento. Marta recebeu um relatório do NIAB e só foi entregá-lo na UBS⁴⁷ cerca de um ano após o seu desligamento.

Marta foi acolhida na UBS por uma terapeuta ocupacional que fazia parte da equipe de saúde mental. Como não se tratava de um caso agudo, com indicação de um encaminhamento mais urgente para o CAPS, tampouco de um caso pouco complexo que pudesse ser acompanhado apenas na UBS, o caso foi levado para discussão em reunião com a equipe do ambulatório. Alguns profissionais que participaram dessa reunião se lembraram que o caso foi descrito pela profissional que o conhecia (a psicóloga 1) como um caso em que a morte estava muito presente.

⁴⁷ Nesta época, a UBS já tinha a ESF estruturada, além de médicos clínico, ginecologista, pediatra e duas referências técnicas em saúde mental (um psicólogo e uma terapeuta ocupacional). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também já atuava junto à equipe.

Eu me lembro que o caso retornou e a gente já tinha um serviço mais estruturado. Eu acho que teve uma reunião, eu já estava saindo... Na época já tinha CAPS, já tinha tudo. Eu me lembro que a gente conversou sobre isso. Que quem iria atender esse caso teria que estar disponível para lidar com a morte. Eu me lembro que, por causa desse caso, eu retornei para a análise! Eu falei: “Olha, tem que ser alguém que vai abraçar a morte mesmo!” (psicóloga 1)

Na reunião, decidiu-se que Marta seria acompanhada pela psicóloga 2 e pelo psiquiatra 1, no ambulatório de saúde mental. Além disso, ela voltaria a participar das atividades de terapia ocupacional do serviço. Tanto se falou sobre as dificuldades da condução do caso que o psiquiatra 1 ficou angustiado antes mesmo de acolher Marta:

Eu me lembro que, antes dela chegar, quando ela recebeu alta [do NIAB], já teve gente na equipe dizendo: “Nossa, aquela pessoa está voltando!” Então, já tinha um clima assim, o povo já estava se mobilizando para recebê-la. E me angustiava muito na época (...) Me chamou muito a atenção o auê que isso causou em algumas pessoas só de saber que ela estaria voltando. (...) Eu peguei o prontuário, vi um pouco da evolução até ela ir para o NIAB. Me deu a impressão de que foi um alívio para a rede municipal quando ela saiu e foi para o NIAB. De que assim: “Ah, estamos agora descansados! E, quando ela estava voltando, era o problemão, né?” (psiquiatra 1)

Para esse psiquiatra, os relatos de profissionais da rede municipal que já haviam lidado com Marta no passado contribuíram para gerar resistência na nova equipe, que ainda não conhecia o caso.

Foi uma psicóloga que me trouxe a história de que Marta estava voltando. E desta forma, angustiada: “Olha, sabe quem está chegando aqui? Marta!” E eu não sabia quem era Marta e fui entender quem era, né? E fui vendo como que as pessoas percebiam. Então, eu acho que não foi bem preparado, na verdade. Eu acho que foi descuidado. Não é a melhor forma de receber uma pessoa dessa gravidade, né? Porque parece que cria mais resistência. (psiquiatra 1)

As dificuldades inerentes às características do caso pareciam continuar as mesmas: lidar com a recusa da paciente, com seu abuso de medicamentos para perder peso, suportar o seu emagrecimento visível com todas as possíveis repercussões na saúde, manejar a falta de demanda por tratamento e o hábito de burlar o que era proposto.

O psiquiatra 1 comentou como era grande a sua sensação de impotência. Ele tentava articular com outros serviços e com os familiares algum tipo de estratégia para o tratamento, mas, mesmo os pequenos detalhes, como fazer um exame de sangue, por exemplo, eram

difíceis. Ele passou a entender que estava diante de um caso muito grave, porém, estabilizado. Um quadro com “*uma gravidade muito grande e uma estabilidade muito precária*”. Para ele, o estabelecimento de um vínculo com a paciente era difícil, algo que tornava os atendimentos exaustivos e lhe causava ainda mais resistência.

Desperta uma resistência muito grande, uma vontade de não ver mais. Antes dela chegar, a equipe já está sabendo e já está tratando como uma bomba. [...] Eu tentava marcar em um dia em que não tivesse gente mais grave, porque era exaustivo. Por mais que fossem vinte minutos, meia hora, eu tentava marcar no início da manhã, em um dia tranquilo, porque era muito difícil. Era como se eu quisesse o tempo todo chegar e ela empurrando. Então, esgota mesmo. Acho que desperta resistência, desperta raiva em muita gente. Eu não cheguei a ter raiva, mas resistência sim. (psiquiatra 1)

Outro ponto de dificuldade destacado por vários profissionais foi a estrutura de funcionamento do ambulatório de saúde mental na época. Entre os fatores citados, o excesso de pacientes, a impossibilidade de se fazer um acompanhamento mais próximo do caso e a ausência de um consenso sobre a condução do tratamento foram recorrentes.

O psiquiatra 1 sentia que a rede não oferecia o que a gravidade do caso demandava. O tempo reduzido das consultas foi apontado como um grande empecilho para um atendimento adequado:

“(...) a pessoa tem um problema gravíssimo, tem uma história de vida difícil, são anos lidando com isso e eu tinha vinte minutos de consulta. Como é que você faz? Vinte minutos com essa gravidade, sabe?”.
(psiquiatra 1)

A falta de discussões em equipe e de uma supervisão dos profissionais envolvidos no tratamento foram também enfatizados:

(...) a rede do município, eu confesso que ainda hoje eu não sei se está estruturada para receber Marta. Porque eu entendo que seria uma pessoa que precisaria de uma atenção mais próxima, sabe? Contatos mais próximos com a equipe. (...) Mas, lá no ambulatório, na época em que eu estava, eu não conseguia marcar a Marta com a frequência que eu gostaria, sabe? Às vezes, eu queria vê-la com um mês que fosse, eu até marcava, mas era um encaixe. Aí, você extrapola a agenda, porque a agenda estava muito cheia. E eu já acho que um mês é mais do que eu gostaria de marcar, sabe? Eu achava que tinha que ser alguma coisa bem mais próxima. Então, se fosse deixar como fluxo normal de paciente, dos pacientes em geral, seriam dois meses até o retorno. Inviável! Fingir que trata! E eu sentia falta de uma supervisão pra isso. Acho que é um tratamento muito difícil de ser conduzido, demanda muito, a gente, a equipe, e eu, como indivíduo, precisamos ter uma pessoa para poder trocar.

Nem que seja trocar a angústia dessa impotência, sabe? Ao passo que no ambulatório nem reunião acontecia direito. Tinha reunião uma vez por mês. Aí, mistura um tanto de questões administrativas. (psiquiatra 1)

Esse profissional ressaltou a importância de que a rede funcionasse de modo articulado para garantir o acolhimento adequado de Marta, algo que nem sempre acontecia. Ele falou, por exemplo, sobre dificuldade em se ter um consenso em relação ao uso da sonda. Quando Marta precisa trocá-la, ela passa por vários serviços se deparando com muitas resistências, até que algum profissional se sensibilize e faça o procedimento. Ou seja, a manutenção da sonda depende muito mais de uma sensibilização pessoal do que de um trabalho de articulação e construção coletiva dessa indicação.

O psiquiatra 2, que também atuava no ambulatório e acompanhou o caso durante um período, entende que aquele era o lugar mais adequado na rede de saúde para a condução do tratamento de Marta. Para ele, se os profissionais ficassem menos impressionados com a sonda e com o emagrecimento de Marta, perceberiam que ela estava estabilizada e que, naquele momento, precisava muito mais de um “espaço de sustentação” do que do arsenal dos serviços mais especializados.

Ele comentou que, quando conheceu a paciente, o caso já tinha tido muita repercussão, sendo, inclusive, objeto de estudo de vários trabalhos acadêmicos. Esse fato parecia contribuir para que o caso fosse visto como um caso muito grave, que exigia certa *expertise* para acompanhá-lo. No entanto, depois de conversar com um profissional do NIAB, ele sentiu-se mais tranquilo para conduzir o tratamento.

Dada a dimensão crônica da doença e a aparente falta de alternativas para modificar o quadro da paciente, o psiquiatra 2 entendia que o fundamental era apostar na estabilização precária e garantir o vínculo de Marta com os profissionais que atuavam na rede municipal de saúde. No entanto, ele percebia que a imagem emagrecida de Marta, com o rosto contornado por uma sonda, tinha forte impacto em outros profissionais que também atuavam no ambulatório. Por isso, ele acreditava que seus parceiros não aderiam facilmente à perspectiva de que o caso estava estabilizado e de que aquela situação deveria ser sustentada pela equipe.

(...) era um momento em que ela era uma paciente, a meu ver, estável e que eu achava perfeitamente possível de manter o acompanhamento no ambulatório. Era uma paciente que usava uma sonda? Era! Era uma paciente emagrecida? Era! Mas ela estava, a meu ver, estável. Ela não tinha agravamentos nem clínicos, estava clinicamente, com exames laboratoriais, etc, estável. E se você passasse por cima disso que eu estou te falando, desse incômodo dela usar uma sonda, desse incômodo dela estar magra,

ela não estava emagrecendo mais... Eu achava que era um espaço de sustentação dela. Então, aquilo que estava ali era aquilo que era possível, ela não estava em um processo. Ela não estava piorando, ela não estava agravando, ela não estava passando ao ato, ela não estava com um sofrimento mais incapacitante ou que a incomodava muito, que ela trazia como um sofrimento psíquico intenso. Não tinha isso! Acho que era um lugar de sustentar! Era um lugar que ela tinha como referência, que ela trazia questões que não tinham a ver com alimentação. Aliás, a gente trabalhava isso. Então, tinha relação com o marido, com a feminilidade, com as relações sexuais, com as filhas... Isso tudo aparecia! Então, acho que era um bom lugar! (psiquiatra 2)

Durante o período em que o psiquiatra 2 acompanhou Marta, ele adotou a estratégia de falar de outros assuntos que não fossem comida e peso. Essa conduta parece ter possibilitado a emergência de outras temáticas e o estabelecimento de um vínculo em que algo mais afetivo pudesse surgir.

Eu não fiz nada muito... eu não estudei, não tomei nenhuma condução clínica tão assim... Foi um raciocínio mais geral. Eu tinha isso na minha cabeça que não, eu não posso ficar só nessa questão, eu acho que essa mulher tem outras questões a serem trabalhadas. Acho que nessas questões de alimentação, ela está estável desse jeito! (...) Ela começa falando de umas questões de comida, mas outras coisas aparecem... E, aí, o afeto também ia aparecendo... Porque, eu acho, quando ficava restrito na comida, essa negação da comida era a mesma para o afeto. (psiquiatra 2)

Outro ponto destacado pelo profissional foi o diálogo com outros profissionais de fora da rede que também tiveram contato com a paciente. Depois de conversar com uma médica do NIAB, o psiquiatra 2 ficou convencido de que a sonda garantia a estabilização do quadro e, por isso, deveria ser mantida e, periodicamente, trocada pelos profissionais que atuam na rede municipal de saúde. Assim como o psiquiatra 1, ele também reconheceu como esse ponto é complicado, já que a sonda, até hoje, se constitui como motivo de angústia e controvérsias para muitos que atuam na rede.

Apesar de reconhecer a necessidade de se manter um “espaço de sustentação” para Marta, o psiquiatra 2 revela que, em alguns momentos, a preocupação de não ter um conhecimento específico sobre transtornos alimentares retorna. No entanto, isso não o impediria de escutar a paciente em suas singularidades, se não fosse o tempo reduzido de atendimento. Uma dificuldade com a qual ele se deparou foi a de que a psicóloga, que dividia o caso com ele e tinha um espaço mais adequado na sua agenda para essa escuta, não compartilhava a mesma visão sobre o caso e ficava muito angustiada.

Acho que a minha função lá, como psiquiatra, me permitia sustentar isso até um determinado limite porque minha agenda era uma agenda lotada, eu atendia as pessoas uma vez a cada dois meses etc. Eu tinha uma parceria com uma psicóloga que não tinha uma visão parecida com a minha. Acho que ela ficava muito mais tomada com essa angústia, de ser uma mulher com uma sonda, de ser uma mulher emagrecida e não enxergava que ela estava... estável! Que tinham outras questões a serem trabalhadas. Ela ficava muito angustiada. (psiquiatra 2)

Segundo o profissional, havia uma ideia recorrente da psicóloga de que o caso deveria ser transferido para o CAPS, local onde seria possível um acompanhamento mais próximo. Embora ele entendesse que não havia indicação para essa transferência, diante da iminência de ser transferido para outro serviço da rede e da angústia da colega de trabalho, ele acabou cedendo e fez o contato com o psiquiatra do CAPS. Durante a discussão, entendeu-se que, naquele momento, era importante que o CAPS participasse da condução do caso, dando um suporte para a psicóloga que acompanhava a paciente.

Como a psicóloga estava ficando muito angustiada, tensa, etc, a gente tinha feito um acordo para que essa psicóloga pudesse dividir essa angústia com uma outra psicóloga do CAPS. (...) não era que ela fosse transferida para o CAPS, a ideia era que fosse um pouco dividido. Para que essa angústia toda desse caso, dessa mulher anoréxica, emagrecida, etc, que anda com uma sonda, fosse dividida um pouco. (psiquiatra 2)

Em uma conversa informal com essa psicóloga do ambulatório, ela contou como, na medida em que foi acompanhando Marta, começou a localizar alguns elementos, como a ausência de uma retificação subjetiva, a dificuldade de historização da própria vida e a presença de um corpo fora do discurso sexual, que a conduziram ao diagnóstico estrutural de psicose. Ela entendia que a sonda fazia parte do corpo de Marta e não deveria ser retirada, mas, a despeito da discussão com os profissionais da UBS, não conseguia mobilizar a unidade para que isso também fosse sustentado naquele local. A psicóloga se sentia cansada e achava que os colegas não comungavam com a ideia de que o caso era muito grave. Diante da impossibilidade que o caso trazia, ela se questionava o que mais poderia fazer. A proposta de compartilhar o atendimento com a profissional do CAPS surgiu como uma possibilidade de rever o diagnóstico e de se certificar de que a paciente estava tomando a medicação corretamente. Ela imaginou que algo de novo poderia surgir daí, ressaltando que o acompanhamento de Marta é marcado por uma permanente construção e desconstrução, causando-lhe a sensação de sempre recomeçar do zero.

Assim, foi feita uma articulação para que Marta mantivesse o acompanhamento com o psiquiatra e com essa psicóloga do ambulatório e, simultaneamente, fosse semanalmente ao CAPS. Esse serviço tem uma estruturação que permitiria a liberação gradual das medicações para a paciente, o que poderia contribuir para um melhor monitoramento dessa questão que preocupava, constantemente, os profissionais do ambulatório. Além disso, Marta seria também atendida pela psicóloga 3, que tentaria localizar novos elementos para contribuir na construção do caso e na condução do tratamento.

A psicóloga 3 reforçou a dificuldade em receber uma paciente cujo diagnóstico já era dado como algo inquestionável, destacando que foi a partir do seu questionamento que conseguiu operar com o caso. A sua percepção era de que se tratava de uma neurose, dado o entendimento de que sua sintomatologia apresentava um caráter de atuação, uma demanda de amor direcionada ao outro.

O desafio, primeiro, foi de receber uma paciente que já vinha com um diagnóstico fechado. Isso me causou um certo incômodo, porque, de certa forma, isso me contaminou. Então, no primeiro momento, eu tive que me despojar disso. Isso foi trabalhoso. Até as pessoas com quem eu conversava já falavam do diagnóstico como se fosse inquestionável, de uma psicose. E aí, com alguns outros profissionais, eu fui percebendo que tinham algumas coisas que eu começava a notar que me faziam mesmo acreditar em uma psicose, mas tinha muita coisa que eu me questionei sobre a histeria. As atuações, a forma de se dirigir pra mim, as atuações direcionadas para mim, as atuações na casa... Me questionei se, de fato, não tem uma demanda de amor aí. (psicóloga 3)

Realmente, Marta apresentava uma miríade de manifestações que, como destacou o psiquiatra 3, que começou a atendê-la no lugar do psiquiatra 2, transcendia a psicopatologia dos transtornos alimentares, dificultando sobremaneira o diagnóstico e a condução do tratamento.

O caso Marta é o caso de transtorno alimentar mais desafiador que eu já conduzi, porque, dentro da própria equipe de profissionais que conduziu o caso ao longo do tempo, existe uma dívida em relação ao diagnóstico. Eu não me refiro ao diagnóstico de transtorno alimentar. Ela tem os sintomas alimentares, não resta dívida. Esses sintomas são de natureza crônica. Mas, falando agora da singularidade do quadro, ele é de uma riqueza de manifestação psicopatológica que transcende o sintoma alimentar e gera enorme dificuldade de condução do caso. Colegas de orientação psicodinâmica, psicanalítica, que conduzem o quadro, até hoje discutem se trata-se de uma neurose, de uma psicose, já foi aventada uma perversão. Ou, pelo menos, traços. Então, isso tudo gera uma dificuldade terapêutica muito grande. (psiquiatra 3)

A angústia e a sensação de impotência e frustração também afligiram a psicóloga 3 em alguns momentos. No entanto, o seu entendimento de que o tratamento consistia muito mais em “fazer uma borda”, permitiu-lhe continuar sustentando o caso.

Esse caso me causou, em certo momento, uma frustração, porque as intervenções que eu fazia, eu percebia que não tinham ressonância. Não tem, de fato, uma retificação. Então, as coisas que eu falava, ela me dizia: “Olha, eu não pensei sobre isso!” Mas é muito raso! Ela pode até não ter pensado, mas isso não tem o menor efeito! Ela não vai pensar! E, aí, no outro atendimento, se eu tentasse resgatar isso, ficava perdido! Não tem um link entre um e outro. “Olha, eu pensei nisso semana passada...”. Ela me traz, realmente, as coisas do presente. Então, me causou... “Será que, de fato, eu tô tratando?” Ou fiquei me questionando se o meu papel era esse mesmo, de recolher, de fazer uma borda para isso tudo que ela traz. As relações com a família, com o corpo... (psicóloga 3)

A psicóloga 3 adotou uma postura semelhante à do psiquiatra 2: a de não focar os atendimentos nas questões relativas à alimentação. Para ela, isso possibilitou a construção de um vínculo com Marta e um melhor entendimento do caso.

Então, a gente tem que desfocar. Sair da questão primeira, da alimentação, para que outras coisas do sujeito possam surgir. Abrir esse espaço. Mas OK, a alimentação, mas deixa isso de lado! Fale de você pra descobrir qual é a associação disso com a comida. Que história é essa que a pessoa está construindo em relação à alimentação? (psicóloga 3)

Depois de um período de acompanhamento no CAPS, o quadro permanecia sem grandes alterações, ficando claro para a psicóloga 3 que, independentemente do uso correto das medicações, tratava-se de um caso cronicamente grave, porém estabilizado e que deveria ser “suportado” pela equipe sem a expectativa de que Marta voltaria a comer. Foi realizada uma reunião para discutir a possibilidade de que o caso voltasse a ser acompanhado apenas no ambulatório.

Quando veio pro CAPS, eu acho que tinha uma expectativa aí, de alguma coisa outra, que alguma coisa melhor fosse acontecer com a entrada de um serviço de urgência. Eu acho que essa tentativa era uma movimentação no quadro. E eu retorno com isso. Que não! E é isso: é suportar essa angústia de atender a Marta! Esse discurso de morte, de que não vai sair disso, que a solução é morrer, essas coisas... é suportar isso! É o quadro no seu limite máximo. (...) eu acho complicado a gente entrar nesse discurso de que tem que comer, de que tem que melhorar, de que tem que engordar... não! É um processo que tem que ser construído a dois. Aonde vai dar, eu acho que é único pra cada sujeito. Eu acho que nós da psicologia não temos que esperar que a pessoa saia desse quadro. Não tem que ter essa expectativa. (psicóloga 3)

A passagem de Marta pelo CAPS parece ter contribuído tanto para o fortalecimento dos vínculos entre os trabalhadores de toda a rede de saúde mental como também para sedimentar o entendimento de que o caso estava estabilizado. A ideia de certo limite das intervenções dos profissionais e da necessidade de moderação das expectativas em relação ao ideal de saúde e de cura ganhou consistência, conforme podemos perceber no relato do psiquiatra 3:

Você tem que manejar essa dificuldade. Muitas vezes, você tem que entender que o prognóstico do caso é grave e que uma série imensa de abordagens psicoterapêuticas, psicofarmacológicas já foram tentadas, sem o resultado esperado. E você tem que manejar o seguimento clínico de um quadro de prognóstico grave, que você sabe que pode ter um desfecho clínico ou psiquiátrico muito negativo e, dentro de todas as dificuldades que o quadro impõe, tentar construir as saídas possíveis para a paciente. Exatamente a dificuldade dessa construção e a constante tentativa de construí-la e a ausência de respostas têm que ser manejadas. E, muitas vezes, entender que existem quadros graves, de prognóstico pior e que, muitas vezes, alguns quadros vão estabilizar em um ponto que não é considerado clinicamente o ideal, o desejado, mas que você vai conduzir o caso daquela maneira, tentando construir as saídas possíveis. (psiquiatra 3)

No entanto, essa construção não impedia que, em certos momentos, ressurgisse a sensação de impotência, frustração e angústia, acompanhadas de propostas de medidas mais energéticas na condução do tratamento ou de encaminhamentos para internações. Marta, contudo, não aceitava este tipo de intervenção, chegando, diante disso, a ter pioras no quadro. Isso aconteceu, por exemplo, quando o psiquiatra 3 exigiu que ela fosse em seus atendimentos acompanhada de algum familiar. Nessa época, Marta não só não seguiu o combinado, mas também piorou a sua postura de recusa. Diante disso, ele organizou, com muita dificuldade, junto a família e ao hospital um encaminhamento para internação, mas, no momento da transferência, Marta se recusou e a família acatou a decisão do sujeito.

Lembro-me de uma reunião com toda a equipe de saúde mental em que o caso foi comentado. Marta havia procurado o CAPS dizendo que queria morrer e, após ser acolhida, foi redirecionada para o ambulatório. Vários profissionais falaram sobre o caso. Um dos funcionários do CAPS comentou que achava que a estratégia de que a medicação fosse dispensada pelo serviço não foi efetiva e ressaltou a postura contemplativa do sujeito. Na época em que ela esteve nessa instância, ela chegava para os atendimentos e não falava nada, ficava sentada horas na recepção como uma “samambaia” até que alguém se prontificasse a perguntar se ela estava precisando de algo e se movimentasse para auxiliá-la. Uma outra

profissional comentou que sempre via a paciente circulando pelas ruas próximas aos serviços de saúde com sacolas cheias de alimentos, indagando o que ela fazia com aqueles produtos já que não os consumia. Todos falaram da dinâmica familiar complicada, da falta de participação dos parentes no tratamento, mostrando-se especialmente preocupados com uma das filhas que, ao que tudo indicava, estava também adotando práticas bulímicas. Uma vez, ela foi com a mãe ao CAPS e, enquanto aguardava o atendimento, comia os produtos da sacola carregada por Marta. As “inconsistências” dos relatos de Marta foram incisivamente comentadas e escrutinadas. A sensação de impotência do psiquiatra 3 foi visível. Ele falou que se sentia um “mero prescritor de medicamentos”, pedindo sugestões para toda a equipe em relação ao manejo do caso e, inclusive, em relação à prescrição farmacológica. A ideia de que o caso era difícil e que necessitava, a todo momento, de uma nova estratégia foi recorrente.

A noção de que casos como esse devem ser sustentados por toda a rede, contando com um apoio da gestão, foi apontado por vários entrevistados como uma alternativa para a minimização da angústia dos profissionais diretamente envolvidos no tratamento. O fato de ser um sujeito que circula e aterroriza toda a comunidade com sua aparência contribui para que a cobrança direcionada aos profissionais seja ainda maior, dificultando ainda mais a condução do tratamento. Por isso, como destacou o psiquiatra 2, a equipe deve sustentar a posição de que o quadro está estabilizado não só diante dos colegas de trabalho, mas também diante da família e da sociedade.

Então, ela é uma mulher que não é só um paciente do serviço e em casa, é uma mulher que aparece na rua... eu acho que ela deu uma entrevista para um jornal da cidade! Então, assim, acho que têm os dois lados. Tem essas questões próprias da clínica que são muito emblemáticas: suicídio, a própria anorexia e bulimia, etc. Fora isso, ela é uma mulher que circula muito, que aparece muito na sociedade, na comunidade e faz referência ao serviço que está tratando dela. Então, no fim, a Marta sustenta a imagem dela perante a comunidade, na sociedade, e você vai ter que sustentar junto a ela. Tipo assim, aquela paciente é sua e ela está daquele jeito mesmo e a aparência dela é essa mesma. E ela está bem. Ah, ela está magra, com sonda, mas está tratando e está ótima! Porque, aí, quem está tratando tem que sustentar isso junto. Sustentar não só para equipe, para família dela, mas também para o resto da comunidade em que ela circula, que ela está bem. Estamos tratando sim e é isso aí! Ela não vai engordar, ela não vai botar uma roupa bonitinha, ela não vai sair maquiada, ela não vai tirar a sonda! Os profissionais têm que sustentar juntos! Acho que isso também angustia os profissionais que estão lidando com ela. Tipo assim, aquela sensação de prestar conta pro outro sobre aquele tratamento. (psiquiatra 2)

Se a proposta de uma sustentação coletiva do caso encontra dificuldades entre os profissionais da rede de saúde mental, não é de se surpreender que esse embaraço se multiplique entre os profissionais da atenção primária. Como mencionei anteriormente, quando Marta foi reencaminhada pelo NIAB, as UBS's já estavam melhor estruturadas. No entanto, os profissionais haviam sido remanejados devido à chegada de novos funcionários que foram aprovados em um concurso público que aconteceu na época. Durante a minha visita à UBS, me chamou atenção a postura inicial do médico generalista e do enfermeiro que, de saída, disseram que praticamente não conheciam o caso, pois a paciente não ia ao centro de saúde. Achei curioso o fato de ambos estarem há cerca de três anos no local e não terem nada para dizer sobre Marta. Lembrei a eles que, antes, ela ia à UBS para pesar e até para trocar a sonda, contando um pouco sobre a estratégia adotada pela antiga enfermeira. A minha curiosidade ganhou eco em uma pergunta: “O que poderia ter contribuído para que Marta não frequentasse mais a UBS?” Os motivos aventados incluíram a dificuldade da paciente em estabelecer um vínculo devido ao seu quadro psiquiátrico, a não identificação com a nova equipe da UBS e o não atendimento rápido de suas demandas, fazendo com que ela procurasse outros locais.

Os poucos contatos que esses profissionais tiveram com Marta se restringiram aos aconselhamentos dietéticos e à avaliação clínica de seu estado de saúde e não foram suficientes para estabelecer um vínculo com o sujeito. O enfermeiro lembrou que, uma vez, chegou a fazer a fixação da sonda⁴⁸ em Marta, mas como ela fazia uma fixação perfeita, “como se fosse um profissional que lida com essa sonda há muitos anos”, ela não retornou mais com essa demanda.

Outra dificuldade apontada pelos dois profissionais foi a desestrutura da família e sua falta de implicação no tratamento de Marta. Como disse o médico: “A gente sozinho, sem a coparticipação do familiar, não tem como, né?”. O enfermeiro comentou sobre um momento em que se estabeleceu um acordo com os profissionais da saúde mental de que a ESF ficaria responsável por entregar a medicação para os familiares da paciente, uma nova tentativa de monitorar o uso dos psicotrópicos.

Teve uma época em que a gente estava até entregando a medicação dela, a gente tentou colocar a família junto, só que a família também não ajuda. Parece que ali, na família, não existe um vínculo também. O marido parece que é um pouco distante. As filhas também parecem que não estão empenhadas em ajudar a mãe. Então, essa questão do vínculo é bem difícil. Não só aqui, mas lá na

⁴⁸ A fixação da parte externa da sonda nasoentérica deve ser feita diariamente, após a higienização, através do uso de uma fita aderente na região nasal.

família também. A família não consegue ver o problema dela como uma doença mesmo. Me parece que eles não veem. A minha percepção é essa. A família não a vê como uma paciente doente. (enfermeiro 2)

Durante as entrevistas com esses profissionais, apareceram elementos que me permitiram entender que os “casos da saúde mental” são, muitas vezes, tratados a parte, em reuniões específicas envolvendo os técnicos em saúde mental que estão na unidade. O acompanhamento desse tipo de paciente parece não ser apropriado pela ESF, ficando centralizado nos técnicos da saúde mental.

[O caso] aparece mais com a reunião de equipe com a saúde mental. Com as agentes de saúde, não! Das agentes de saúde, o retorno que a gente tem semanal, é um retorno dos pacientes que vieram na unidade, que estão solicitando determinadas especialidades, que vieram, que não vieram... A gente faz muita busca ativa também, sabe? Mas os quadros de saúde mental já são tratados em outras reuniões. (médico generalista 2)

O médico generalista comentou sobre o seu ressentimento ao perceber que o caso não estava “caminhando”, explicando que a falta de vínculo com Marta, que ele acredita fazer parte do “quadro mental” do sujeito, não o mobiliza no sentido de pensar em estratégias de aproximação.

Olha, existem casos que a gente realmente lamenta de não conseguir, de não caminhar, né? Desse caso não ir pra frente. Como é o primeiro distúrbio alimentar que a gente vê aqui na unidade, pelo menos que a gente tem conhecimento, ainda, realmente, não me despertou muita coisa não. Justamente por não haver vínculo dela. Precisa ter esse vínculo também pra gente poder ou então querer movimentar mais. (médico generalista 2)

Quando mencionei sobre a questão da sonda, ambos falaram da impressão de que Marta a utilizava para provocar vômitos e injetar medicamentos para emagrecer. Em relação à possibilidade de que a sonda fosse trocada na unidade, o médico falou que isso deveria ser visto com o enfermeiro. Este, por sua vez, comentou que só faria o procedimento se houvesse uma prescrição médica.

Eu nunca troquei. Então, como não tem uma indicação clínica, eu não trocaria. Por isso, a gente até fez várias reuniões para saber se ela teria alguma indicação. A médica da unidade não vê uma indicação clínica. E o psiquiatra também não acha. Na verdade, a gente não chegou a uma conclusão em relação à manutenção dessa sonda. (...) Porque os exames laboratoriais dela não indicam essa utilização. E ela não tem nenhum problema para deglutir os alimentos. Então, assim, ela não tem uma

indicação clínica. Porque ela não é acamada. Se ela fosse acamada, com dificuldade para deglutir, talvez, existisse uma indicação para essa sonda, para ela se alimentar. Mas ela não tem nenhum problema. (enfermeiro 2)

A postura dos profissionais da UBS em relação à sonda é compreensível para o psiquiatra 3. Ele mesmo não tem uma ideia consistente sobre essa indicação e entende que, do ponto de vista da clínica médica, a sonda pode trazer alguns riscos para a paciente como, por exemplo, o de infecções. De todo modo, ele destaca que independentemente de qualquer cálculo da equipe, a paciente sempre passa por cima das indicações e consegue manter a sonda.

A questão da indicação clínica é legítima e as equipes clínicas se ressentem muito diante do fato da paciente, supostamente, provocar vômitos usando a sonda. Isso é uma questão preocupante para gente, mas entendemos isso dentro de um contexto distinto daquele da clínica médica. Para a clínica médica, isso é uma simulação, é burlar, enfim. Isso é visto dentro de um cenário diferente. (psiquiatra 3)

Diante da realidade da UBS, continuei com a investigação no intuito de entender o motivo da paciente não ir mais à unidade. O encontro contingente com a auxiliar de enfermagem que conhecia Marta há mais de 20 anos e tinha muita disponibilidade para falar sobre o caso, me forneceu uma chave para a questão. Essa profissional conversava muito com a paciente, desenvolveu com ela uma “relação muito afetuosa” e lhe dava conselhos, tentando ajudá-la: “Marta, você não tem necessidade disso. Tira essa coisa horrível do rosto! Procura uma nutricionista, ganha um pouquinho de peso que nunca vai ser demais”. Depois de muitos anos, a auxiliar de enfermagem já não aguentava mais ver Marta naquele estado, “aquela magreza, aquela palidez, aquela fisionomia de uma caveira ambulante...” Ela ficou muito incomodada ao perceber que a paciente estava “se matando” e, por fim, perdeu a paciência e falou: “Marta, aproveita enquanto você está andando e vai comprar o seu caixão pra você comprar do seu gosto!” Depois disso, Marta não procurou mais a profissional e perdeu o hábito de ir à unidade.

Quando estimei que os profissionais avertissem possibilidades e estratégias para que Marta voltasse a frequentar a UBS, tanto o médico quanto o enfermeiro produziram respostas lacônicas, enfatizando mais as dificuldades do que as possíveis soluções. Isso não aconteceu com a auxiliar de enfermagem que, prontamente, respondeu:

Por exemplo, se eu mandar um recado pra sogra dela que eu tô querendo vê-la, conversar, que eu tô com saudade dela, eu tenho certeza de que ela vem! Porque a gente convive desde 1989! Eu

acompanhei ela em todas as gestações dela, tudo... então, a gente pegou uma amizade! E bem, como que eu vou dizer? Uma ligação bem afetiva mesmo! Ela parece que gosta muito de mim e eu gosto muito dela, tenho dó dela. Só que, quando você vai chegando em um ponto, não sei se estou certa ou errada, quando chegou um ponto que eu não conseguia mais fazer nada pela Marta, vendo, cada dia que passava, Marta se destruindo mais ainda, eu fui ignorante com ela. (auxiliar de enfermagem)

Até o momento final da minha investigação no campo, Marta estava sendo acompanhada no ambulatório de saúde mental. No entanto, ela continua peregrinando pelos serviços de saúde e pela cidade. A última notícia que tive foi a de que ela foi procurar a enfermeira 2, que agora trabalhava com atividades de gestão em saúde no município, pedindo que ela trocasse a sua sonda. A enfermeira orientou que ela procurasse a UBS e convocou uma reunião com vários profissionais da saúde mental, da atenção primária e da policlínica. Nesse encontro, descobriu-se que Marta havia passado por todos os serviços e diante da negativa em realizar o procedimento, ela procurou o NIAB onde foi atendida pontualmente, tendo sua sonda, finalmente, trocada. Mais uma vez, ela conseguiu!

6.3.3 Marta: morta ou viva?

O itinerário terapêutico de Marta mostra uma série de questões que se repetem, ainda que de forma mais branda, em diversos percursos de outros sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. Marta evidencia a exacerbação de uma série de características, seja na forma de apresentação de seus sintomas, seja na forma como os profissionais respondem a eles.

O significativo morte é recorrente nas narrativas dos profissionais ao se referirem à Marta, aparecendo literalmente ou em expressões como “caveira ambulante”, “cadáver”, “caixão”, “suicídio”, “samambaia”, entre outras. Esse elemento nos permite uma associação às elaborações do filósofo Giorgio Agamben (2008) sobre os indivíduos contemporâneos diante da biopolítica atual. Ele se vale do jargão "muçulmano" usado no campo de concentração de Auschwitz, mostrando que essa figura se constitui como uma espécie de cadáver ambulante. A imagem composta pelo olhar opaco, a expressão indiferente, a pele cinza, pálida, fina e dura como papel descascado, a respiração lenta, a fala muito baixa, feita a um grande custo, nos remete à figura do morto-vivo que poderia, a princípio, ser associada à forma como Marta se apresenta. Mas não concluamos apressadamente sem examinar mais amiúde o desenvolvimento do filósofo.

Agamben mostra que a redução da vida ao contorno de uma mera silhueta promove a perversão de um poder que não elimina o corpo, mas o mantém numa zona intermediária

entre a vida e a morte, entre o humano e o inumano, criando-se o sobrevivente. O filósofo torce um pouco a concepção de Foucault, destacando que o biopoder contemporâneo faz sobreviver, produz um estado de sobrevida biológica, reduzindo o homem a uma dimensão residual, não humana. Uma vida vegetativa encarnada que pode ser verificada em extremos que variam desde o "muçulmano" do campo até os neo-mortos das salas de terapia intensiva. Nesses casos, vemos de forma emblemática que essa sobrevida é a vida humana reduzida a seu mínimo biológico, à sua nudez última, à vida sem forma, ao mero fato da vida, ao que Agamben chama de "vida nua". O autor resgata a noção romana de *Homo Sacer* para indicar aqueles que eram excluídos tanto da esfera do direito humano como divino. Seres banidos da comunidade política e expostos a uma relação de exceção com o poder soberano que podia, inclusive, decretá-los à morte sem que isso constituísse um crime (AGAMBEN, 2008).

Essa concepção pode ser extrapolada para todos nós, sujeitos contemporâneos que, a partir das incidências generalizantes do biopoder, nos tornamos *Homo Sacer*, sobreviventes reduzidos à vida nua, à mercê da gestão biopolítica e seus cálculos estratégicos, pastando como verdadeiros zumbis⁴⁹ entre serviços e mercadorias. O efeito do biopoder, portanto, não se restringe aos regimes totalitários, incluindo plenamente a democracia ocidental, a sociedade de consumo, o hedonismo de massa, a medicalização da existência, em suma, a abordagem biológica da vida numa escala ampliada – mesmo que promovida e mascarada num contexto de sofisticação biotecnológica. Nesse cenário, cultuam-se formas de vida de baixa intensidade, submetida a uma "morna hipnose", ainda que a anestesia sensorial possa, em alguns momentos, vir revestida pela hiperexcitação.

No entanto, não podemos desconsiderar que o biopoder apresenta certas fendas através das quais os sujeitos podem se manifestar. Como esclarece Foucault, a vida não pode ser completamente cooptada pelos arranjos técnicos, escapando deles continuamente (FOUCAULT, 2009). Nessa perspectiva, cabe a pergunta: quem, de fato, é o morto-vivo da história? Ao que tudo indica, Marta não se deixa capturar pelas normas. Pelo contrário, ela as subverte e segue vivendo. Mesmo diante da contingência de tentarem alimentá-la com uma sonda, ela se apropria desse acessório de uma maneira absolutamente inédita, a partir de sua forma singular de gozar de sua vida. Enquanto isso, os profissionais parecem "sobreviver" às insistências de Marta.

Não estamos, contudo, recusando o caráter pulsional irrevogável ligado ao real da pulsão de morte que, como apontamos na introdução, está presente no cerne de toda

⁴⁹ A comparação dos indivíduos contemporâneos com zumbis, mortos-vivos, é realizada por vários autores como, por exemplo, David Le Breton (2005) em seu texto *A síndrome de Frankenstein*.

manifestação sintomática. No caso de Marta, isso aparece de forma bastante proeminente. Defrontar-se com o real escancarado, sem dúvida, provoca a angústia nos profissionais e é insuportável. No entanto, não nos custa lembrar que esse elemento impossível apresenta um duplo efeito: se, por um lado, apresenta um potencial destrutivo, por outro, pode impulsionar os sujeitos a se movimentar, fazendo construções no sentido de encontrar soluções e saídas, mais ou menos precárias. Por outro lado, a insistência em eliminar esse núcleo ineliminável, pode fazer com que ele retorne de forma ainda mais poderosa e devastadora. Dito, em termos freudianos, quanto mais se renuncia à satisfação pulsional, mais se é levado a renunciar. Desse modo, sustentar uma presença diante do insuportável colocado pelo caso de Marta, sem assumir uma posição sacrificial ou fazendo uso dos ideais e da força, pode ser uma boa estratégia para manter o sujeito vivo. Mas como ocupar esse lugar?

Retomemos a consideração do psicanalista Jacques-Alain Miller (MILLER, 2009) a respeito do lugar alfa do analista. Esse lugar não se caracteriza por um “lugar de escuta”, onde o sujeito pode falar à vontade sem qualquer implicação. Trata-se de um lugar em que o dito do sujeito é recolhido e retornado para ele mesmo como resposta. Assim, o saber fica do lado do sujeito e não de quem conduz o tratamento. Miller ressalta que, para estar nessa posição, é fundamental o engajamento no próprio tratamento. Nesse percurso, cada analista encontra um estilo singular para lidar com o insuportável sem assumir o lugar do Outro obscuro convocado, muitas vezes, pelos sintomas contemporâneos.

Não queremos dizer com isso que, para que os profissionais conduzam o tratamento de Marta, eles tenham que ter esse tipo de formação. Na verdade, trata-se de ressaltar que cada um precisa se haver, minimamente, com o próprio sintoma e sua relação com o saber para que consiga localizar e sustentar o impossível e lidar com ele a cada vez que ele apareça. Sabemos que esse deslocamento não é nada fácil, mas acreditamos que a presença de “ao menos um” que ocupe o lugar alfa, algo que pode ser suportado, por exemplo, na figura de um supervisor, possa orientar a equipe no sentido de sustentar um certo vazio em relação ao saber. Essa manobra permite, ao mesmo tempo, um engajamento da equipe na investigação e no processo de construção do caso a partir daquilo que há de mais “vivo” no desejo de cada um.

6.3.4 Um Outro rechaçante

Outro ponto que se repete nas narrativas dos profissionais é a dificuldade em se estabelecer um vínculo com o sujeito. No entanto, paradoxalmente, Marta está sempre presente nos serviços de saúde, sendo encaminhada de um lado para o outro, ora seguindo os

encaminhamentos, ora subvertendo-os. Definitivamente, não se trata de um sujeito que some dos serviços e do qual não se tem mais notícias, mas de alguém que está permanentemente em busca de contato com os profissionais. E o que acontece, por parte dos profissionais, que contribui para que Marta mantenha a peregrinação sem encontrar um lugar?

O esforço dos profissionais em tentar classificar Marta é patente nas narrativas. Embora pareça não existir dúvida de que ela apresente um transtorno alimentar, esse quadro nosológico não é suficiente para circunscrever todo o colorido fenomenológico que ela apresenta. Na perspectiva dos profissionais da saúde mental, fala-se de histeria, perversão, psicose, transtorno de personalidade, desvio de caráter, entre outros. Mas nada disso consegue conter os discursos e a busca constante por um enquadramento. Na perspectiva dos outros profissionais da saúde, a falta de achados quantitativos e objetivos nos exames também não permite a inscrição do sujeito nas indicações de cuidados clínicos, a despeito de sua magreza assombrosa. Marta fica, por assim dizer, em uma zona cinza do discurso biomédico. Ela é inclassificável: não há um diagnóstico definido, não há um tratamento protocolar a ser seguido. Na falta de uma nomeação que a possibilite ser enquadrada no discurso biomédico, ela parece ocupar um lugar indecível.

Diante dessa impossibilidade, aqueles que atendem a Marta reagem de diferentes maneiras. Alguns insistem na condução do tratamento, conseguem adotar estratégias criativas, procuram dividir suas experiências com outros colegas. Outros desistem, fazendo encaminhamentos rápidos ou se mostrando indiferentes diante da presença de Marta nos serviços. De todo modo, entre insistências e desistências, o afeto que não cessa de ser experimentado é o de “frustração”. Este decorre do entendimento de que Marta não responde bem às abordagens e propostas realizadas. Mas o que seria “responder bem” nesse caso? Para a maioria dos profissionais, a melhora do sujeito está intimamente conectada ao aumento de peso, à normatização dos hábitos alimentares, à adesão às prescrições, à retirada da sonda e à redução das demandas direcionadas aos serviços de saúde. No entanto, a insistência direcionada a esse ideal parece não contribuir para o estabelecimento de um vínculo com Marta. Isso pode ser verificado, por exemplo, na cena paradigmática em que a auxiliar de enfermagem manda o sujeito comprar o seu próprio caixão, precipitando a ruptura do vínculo com a UBS. Por outro lado, as situações em que os profissionais estabeleceram uma parceria com ela tiveram como pano de fundo a estratégia de investir em outros temas que não fossem peso e alimentação ou de trocar a sonda nasoentérica sem grandes questionamentos.

A associação da frustração com a sensação de impotência, frequentemente, desperta raiva, desconfianças e julgamentos por parte dos profissionais. Algumas pesquisas mostram

que sujeitos com esses sintomas, muitas vezes, são desacreditados e rotulados pelos profissionais de saúde com termos pejorativos. Nesse contexto, os seus sintomas são entendidos como mentiras, sabotagens, manipulações ou ataques direcionados àqueles que querem cuidar, algo muito presente em nossas narrativas quando, por exemplo, foi mencionado que Marta burlava, deliberadamente, as normas do hospital no período de uma das internações. Isso pode incrementar a postura vigilante dos profissionais que acabam descobrindo novas “inverdades” e “inconsistências”, do tipo “ela come e fala que não come”, ficando cada vez mais incrédulos em relação aos pacientes. Essa descrença, no entanto, recai não apenas sobre os pacientes, mas também sobre os próprios profissionais que se sentem decepcionados e envergonhados por não desempenharem os seus papéis da forma como julgam adequada (HUNT & CHURCHILL, 2013; KING & DE SALES TURNER, 2000; REID et al, 2010; THOMPSON-BRENNER et al, 2012).

As reações negativas despertadas nos profissionais de saúde são entendidas como reflexos da frustração, do medo, da falta de conhecimento, de desesperança e do estigma em relação às anorexias e bulimias. Tais reações apresentam um impacto negativo na busca pelos serviços de saúde, no estabelecimento de vínculo com os pacientes, na condução do tratamento e no prognóstico desses quadros (THOMPSON-BRENNER et al, 2012).

Domenico Cosenza (2013), psicanalista italiano, ressalta a evidente recusa dos sujeitos anoréxicos ao Outro primordial (a mãe), ao Outro simbólico e ao Outro social. Ele destaca, no entanto, que essa recusa deve ser localizada em sua dupla vertente. Por um lado, há a recusa do sujeito, mas, por outro, há também, em suas histórias, uma dimensão na qual o Outro não permitiu que o sujeito tivesse um espaço para a manifestação de sua singularidade; ou seja, há uma recusa que também provém do Outro⁵⁰. Por isso, o psicanalista adverte que aqueles que conduzem o tratamento não devem responder à recusa desses sujeitos, rechaçando-os. Para ele, evitar encarnar o Outro rechaçante, posição na qual esses sujeitos tendem a colocar aqueles que conduzem o seu tratamento, torna-se uma manobra essencial. Isso possibilita desmontar o circuito autístico do sujeito e seu impulso a interromper o tratamento. Além disso, evita-se, assim, que os sujeitos realizem aquela que é, no mais alto grau, sua posição de gozo por excelência: ser o dejetivo, o resto do Outro. É essa posição que pode ser entrevista quando Marta fala “eles não dão conta de mim”. Por outro lado, quando os profissionais

⁵⁰ Cosenza (2013) lembra que não se trata, por exemplo, do fato de um par parental não ter providenciado, na maior parte dos casos, suas atenções mais solícitas diante das demandas do filho. Pelo contrário. O que aparece, realmente, nas histórias clínicas, é uma dificuldade extrema do lado do filho de suportar os signos de reprovação e de decepção por parte dos pais e uma dificuldade, desses últimos, em abrir um espaço para o desejo singular do filho. Um espaço sustentado por um vazio, por uma não saturação imediata da demanda, que esteja situado para além do próprio horizonte narcísico de investimento do par parental.

respondem de outra maneira, acolhendo as singularidades do sujeito, eles conseguem criar um “espaço de sustentação” no qual as soluções, contingencialmente, podem se consistir ou se deslocar de alguma forma. Esse tipo de condução ressoa a proposta de que, diante do estatuto de solução desses sintomas, não se deve extirpá-los prontamente, mas fazer manobras de moderação. Afinal, a sua retirada brusca pode desencadear algo ainda mais tenebroso no sujeito.

No entanto, esse tipo de manobra não é fácil e requer um trabalho de equipe para que possa ser suportado. O prognóstico preocupante do quadro de Marta coloca a morte em um horizonte próximo, deixando os profissionais inseguros. Se pensarmos no imperativo de “fazer viver” da biopolítica contemporânea, associado a situação de permanente vigilância a que todos nós somos submetidos, realmente faz sentido a colocação de um dos entrevistados de que há algo aí dessa imagem assustadora que deve ser sustentado pela equipe diante dos colegas de trabalho e de toda a comunidade: “Ela está magra, com sonda, mas está tratando e está ótima!”

6.3.5 Uma rede é uma porção de buracos, amarrados com barbante

As peregrinações de Marta pelos serviços de saúde coincidem com o desenvolvimento da rede de cuidados do município. Esse processo não é linear e regular. Pelo contrário. É caracterizado por momentos de estruturação e desestruturação de acordo com os interesses políticos e engajamento dos gestores, dos profissionais e da própria sociedade.

Em um primeiro momento, observa-se que o município não tinha uma rede diversificada de serviços. Os centros de saúde funcionavam com marcação automática de consultas, centrados nos atendimentos médicos, sem preocupação com a adscrição dos usuários e formação de um vínculo com os pacientes. Os profissionais de diversas especialidades que se concentravam na policlínica trabalhavam de forma isolada e fragmentada, dificultando o desenvolvimento de um trabalho verdadeiramente interdisciplinar e a condução coletiva do tratamento dos casos. O predomínio da lógica biomédica, centrada no corpo orgânico e na doença, era evidente.

Em consonância com as mudanças nas políticas públicas de saúde nacional, o município implementou diversos dispositivos ao longo dos anos. As Unidades Básicas de Saúde (UBS's) foram reorganizadas, novos profissionais foram contratados, houve o investimento nos agentes comunitários de saúde na tentativa de aproximação da população, estabeleceram-se as equipes de saúde da família, criou-se uma rede de saúde mental (com

CAPS, ambulatório e técnicos de referência em saúde mental nas UBS's). No entanto, parece que o desafio de ampliação do foco da clínica dos profissionais para além da doença e do corpo ainda resiste. De forma geral, observa-se a dificuldade em se desenvolver abordagens psicossociais e, particularmente, no manejo de tecnologias relacionais, que envolvam o trabalho com equipes, famílias, grupos e comunidade.

Especificamente em relação à rede de saúde mental, pudemos localizar algumas dificuldades indicadas nas narrativas dos profissionais. O excesso de pacientes e a sobrecarga das agendas do ambulatório dificulta o acompanhamento de casos mais complexos. Chama atenção como o trabalho de “escuta” fica concentrado na psicologia, algo que pode sobrecarregar o profissional e dificultar a construção do caso. Essa construção se torna ainda mais custosa diante da ausência de um espaço de interação entre os profissionais do ambulatório. Nesse sentido, é importante destacar que, embora a legislação que norteia a Reforma Psiquiátrica no Brasil não faça considerações específicas para os serviços ambulatoriais de saúde mental, a tendência atual é que a maioria dos atendimentos realizados por essas instâncias sejam direcionados às UBS's. Historicamente, os ambulatórios se constituíram como serviços superlotados e pouco resolutivos, em que se predominava uma lógica de trabalho sem articulação com a rede de saúde. Por isso, esses dispositivos foram suprimidos em alguns municípios ou, pelo menos, reformulados. O grande desafio tem sido o de transformar esses espaços em locais flexíveis de acolhimento em que ocorra um verdadeiro trabalho de equipe articulado à rede de atenção à saúde. Ou seja, a proposta é que desenvolvam um trabalho mais semelhante ao que é desenvolvido pelo CAPS ou pelos Centros de Convivência do que ao trabalho realizado por um ambulatório no sentido estrito da palavra (SOUZA, 2007).

Nessa investigação, a possibilidade de dividir o caso com outros serviços e profissionais apareceu como uma alternativa interessante que possibilitou, inclusive, o avanço da rede, fazendo existir, de fato, uma equipe (MENDES, 2014). Fica claro que são casos como o de Marta que, ao questionar os saberes pré-estabelecidos, mobilizam diversos dispositivos e profissionais, impondo esse avanço.

Uma questão colocada é que a hipótese de diagnóstico estrutural lançada pelo NIAB não foi aceita prontamente por alguns. Interrogações desse tipo criam espaços para que a própria equipe construa, junto à paciente, novas soluções para lidar com o caso. Essa dinâmica parece possibilitar o efetivo engajamento dos profissionais, a autorização para conduzir o caso e o incentivo a uma estruturação inédita da rede. Isso acontece, por exemplo, quando o caso é sustentado, simultaneamente, pelo CAPS e pelo ambulatório. Nesse

momento, surgem novos elementos para se pensar o caso e uma divisão da responsabilidade que apazigua aqueles que conduziam o tratamento.

Um ponto fundamental e bastante controverso é a questão do uso da sonda. A falta de um consenso em relação à manutenção desse acessório foi apontada por diversos profissionais como um empecilho na condução do tratamento de Marta. Alguns não concordam, outros julgam e outros preferem não mexer, chegando ao silenciamento. Esse elemento parece ser o que há de mais singular no caso de Marta e, por isso, não se trata de algo sobre o qual os profissionais devam buscar um consenso, mas de algo que deve ser permanentemente construído entre os profissionais e a paciente. Essa é a ideia de Viganò (2010) que, apesar de entender que a construção coletiva do caso deva ser um trabalho democrático, no qual cada um dos protagonistas envolvidos (profissionais, familiares e instituições) participa com suas contribuições, adverte que esse debate não deve visar um consenso quanto à melhor conduta a ser tomada (VIGANÒ, 2010). Se houvesse uma harmonia, estaríamos diante da autoridade do mestre, excluindo o sujeito que é o verdadeiro protagonista de todo o trabalho. Ou seja, não se trata de nos perguntarmos o que é melhor para um paciente ou o que podemos fazer por ele e sim o que ele pode fazer por si. O ponto comum a ser buscado na construção do caso por uma equipe é o ponto cego das narrativas em que pode ser evidenciado um vazio de saber. É nesse lugar em que podemos encontrar o sujeito e a doença que o acometeu. Portanto, o trabalho consiste em uma inversão dialética das partes de tal forma que a rede social envolvida no caso coloca-se em posição de discente e, o paciente, na posição de docente (VIGANÒ, 1999, 2010). Seguindo a indicação do psicanalista Zenoni (2000), a equipe deve se instalar no lugar de *aprendiz da clínica*, servindo-se das produções do sujeito como norteadores do tratamento. Mais uma vez, faz-se necessária a garantia de um espaço de discussão e interação entre os profissionais, no qual o tempo possa ser diferente do pronto atendimento das demandas que ocorrem no cotidiano. São justamente essas “porções de buracos” – parafraseando a sensibilidade perspicaz de Guimarães Rosa – que vão viabilizar a constituição de uma rede como tal.

No entanto, sabemos que ainda predomina, nos serviços de saúde, a ilusão de que é possível e necessário buscar alcançar um saber totalizante, um protocolo idealizado que possa solucionar todos os problemas. Essa ideia funciona como impeditivo para o exercício de uma interdisciplinaridade (GUERRA et al, 2015) que entenda a impossibilidade do saber recobrir toda a verdade, seja de uma realidade social, de uma família, de um sujeito ou de qualquer outro objeto. Esse saber ao qual nos referimos deve estar na experiência que se configura no cotidiano do trabalho.

Outra grande dificuldade aparece na interação entre UBS's e a rede de saúde mental. A criação do Programa de Saúde da Família (PSF) foi um modo de promover a transformação do modelo tradicional de atenção à saúde. Nessa proposta, privilegia-se o trabalho interdisciplinar, a aproximação das ações ao território, o fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e população, além do trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde (SANTANA & CARMAGNANI, 2001). Essa concepção permite o estabelecimento de um lugar potencial para se construir a aproximação entre a saúde mental e a atenção primária, haja vista certa confluência de concepções e objetivos entre as duas instâncias.

Nesse sentido, desde 2001, têm sido discutidas estratégias para que essa parceria possa ser efetivada⁵¹. Entre as diretrizes para essa aproximação, inclui-se o apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica e à formação permanente dos profissionais. O apoio matricial é uma metodologia de trabalho que pretende oferecer a retaguarda assistencial através de ações compartilhadas, além do suporte técnico e pedagógico às equipes de referência. A ideia é que esses dispositivos possam fomentar uma rede de cuidados articulada ao território com parcerias intersetoriais, possibilitando intervenções transversais de outras políticas públicas. Há uma aposta no acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos casos como forma de combater a lógica do encaminhamento (ONOCKO-CAMPOS & GAMA, 2008).

Em nossa investigação, observamos, no entanto, que os profissionais da atenção primária apresentam justificativas e posturas que indicam uma resistência em relação à condução do tratamento de Marta. Na verdade, há o predomínio do entendimento de que o caso deva ser cuidado pelos profissionais da saúde mental. A conduta de delegar a condução de casos de saúde mental aos especialistas é fonte de cadente discussão na estruturação e gestão da atenção primária. Apesar das iniciativas do Ministério da Saúde para tentar estimular a aproximação, existem diversas dificuldades relacionadas às particularidades do campo da saúde mental. No plano individual, o tema envolve a mobilização muito grande de questões emocionais nos profissionais. Muitas vezes, o diagnóstico apressado, a conduta extremamente técnica e desumana, a medicalização de todas as queixas e as barreiras ao contato podem obedecer a mecanismos de defesa contra identificações e angústias relacionadas ao tipo de trabalho. É o caso, por exemplo, do médico e do enfermeiro da equipe

⁵¹ Em 2003, houve a edição de uma Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, número 01/03, denominada *Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. Esse documento é um marco importante para a aproximação da saúde mental e atenção básica, representando o início do desenho de algumas diretrizes como, por exemplo, o apoio matricial.

que afirmam não conhecer o caso. Por outro lado, pode também ocorrer uma abertura muito grande do profissional ao sofrimento vivenciado pelo usuário de forma que não haja uma distância que permita o discernimento a respeito da situação do paciente, perdendo-se assim a potência da intervenção (FIGUEIREDO & CAMPOS, 2009; ONOCKO-CAMPOS & GAMA, 2008). Essa situação é patente na conduta da auxiliar de enfermagem que manda Marta “comprar o seu próprio caixão”.

Mesmo os profissionais que têm formação específica em saúde mental, como psicólogos e psiquiatras, apresentam dificuldades. Habitualmente, a formação acadêmica ainda é centrada numa clínica que privilegia os aspectos técnicos, individuais e curativos, dando pouca ênfase às questões sociais e às possibilidades de criações inéditas de acordo com as adversidades de cada caso. A forma como os conteúdos são abordados, completamente descontextualizados da prática diária da atenção primária, dificulta a aplicação prática do conhecimento. Por isso, é necessária uma formação continuada a partir da vivência cotidiana nos serviços, tendo como foco a construção coletiva de casos concretos e as trocas entre as diversas especialidades.

O cenário com que nos deparamos em nossa investigação não é incomum. Observamos duas equipes trabalhando de forma fragmentada, uma cuidando dos problemas físicos e, outra, dos problemas psíquicos. A ausência de um trabalho efetivo de matriciamento é um entrave para mudança dessa realidade. A falta de preparo e suporte dos profissionais da atenção primária contribui para posturas inadequadas como práticas discriminatórias e preconceituosas com relação ao portador de sofrimento psíquico, ações moralistas, normatizantes e repressivas. Marta, ao não encontrar ressonância das suas demandas na UBS, resiste com sua peregrinação.

O conceito de saúde como o bem-estar orgânico, psíquico e social nos permite intuir que os centros de saúde não devem ser meros espaços de tratamento das doenças, mas se constituir como um local de interação. Nesse caso, o paciente não precisaria apresentar uma demanda propriamente médica ou um diagnóstico para se inscrever nesse espaço relacional. É esse ponto do vínculo que fica patente na solução encontrada pela auxiliar de enfermagem. Ora, não são necessárias tecnologias pesadas ou um arsenal teórico volumoso para indicar que basta mandar um recado para Marta para que ela volte a frequentar a UBS.

6.3.6 O ensinamento de Marta para além das anorexias e bulimias

Marta se constitui como uma “prova viva” de que um sujeito, em sua mais radical singularidade, pode emergir-se, entre os furos de uma rede e dos saberes que a sustentam, como um acontecimento político.

Por mais que os profissionais de saúde tentem capturá-la através dos dispositivos do biopoder – seja através dos esforços classificatórios, prescritivos ou medicalizantes – Marta resiste, fundando sua própria categoria. Ao manter-se irredutível a toda predicação, esse sujeito se torna insuportável para o sistema (AGAMBEN, 2013), um estorvo para o exercício de qualquer forma de poder. Isso parece explicar em boa parte as reações negativas dos profissionais com quem ela se depara. Raiva, desconfiança, descrédito, frustração e impotência foram os afetos mais evidenciados ao longo das narrativas a respeito das peregrinações dessa mulher.

A tendência dos profissionais à exclusão desse sujeito convive com as indicações de Marta quanto à necessidade de pensarmos em políticas públicas de saúde menos engessadas. Ela nos ensina uma nova lógica de território que ultrapassa as limitações geográficas. Transitar através do território criado por Marta implica na flexibilização dos serviços e profissionais de saúde, deixando-o que ele exista sem imposições, restrições ou marcações rígidas (GARCIA, 2011).

As investidas dos profissionais de inclusão dentro de uma lógica homogênea são evidentes, culminando na inserção de uma sonda nasoentérica no corpo de Marta para que ela volte a se alimentar e recupere o peso. Ela, no entanto, inverte o jogo: faz um “novo uso” desse objeto, contornando o seu corpo de forma a construir uma identidade própria, menos fragmentada (GARCIA, 2011). Mais uma vez, Marta escapa, deixando de ser submetida ao governo das normas e dos ideias biomédicos. Assim, ela cria o seu próprio saber e uma forma de existência inédita em torno daquilo que, literalmente, lhe foi “enfiado pela goela abaixo”.

Eis a política que Marta nos ensina para além das anorexias e bulimias: guiar-se a partir de uma construção singular ao invés de se deixar guiar pelos imperativos e protocolos do biopoder, mantendo-se como um ser radicalmente privado de qualquer identidade representável. Trata-se de uma política muito parecida com aquela já anunciada por Giorgio Agamben, que destaca que, por mais que o Estado tente ignorar as singularidades, elas não deixam de se manifestar, mobilizando um outro tipo de organização social que as suporte.

Se você tem um problema, vamos achar uma solução:
não há problema que não tenha solução,
afirma o delírio cientificista, em sua reduzida visão da experiência humana.

A isso, respondem os autores deste livro em paródia:
“Não há problema que uma falta de solução não possa resolver.”

(Prefácio de Jorge Forbes para o livro *Você quer mesmo ser avaliado?*, originado de um debate entre
Jaques-Alain Miller e Jean-Claude Milner)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Coletiva constitui-se através da crítica sistemática ao paradigma universalizante do discurso biomédico. Seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina, abarcando saberes que, até então, estavam à margem dessa discussão. Nesse contexto, a Psicanálise entra no debate contribuindo com seus conceitos fundamentais e sua forma de operar. Em seu método, a investigação, a clínica e a teoria conferem forma à sua unidade epistêmica. O psicanalista sempre parte do discurso do sujeito, determinado pelo inconsciente e pelas moções pulsionais, suspendendo a teoria *a priori* para, em seguida, a ela retornar e a modificar. Esse movimento está em consonância com o campo epistemológico aberto pela Saúde Coletiva, caracterizado por uma estrutura discursiva semiaberta que permite a inclusão contínua de disciplinas e uma permanente construção e reconstrução de paradigmas. Esse traço confere à Saúde Coletiva e à Psicanálise uma interessante possibilidade de conexão, potencializando e complexificando suas práticas e formas de intervenção no social.

Nesta investigação, pudemos localizar as relações e consequências de uma pesquisa, sustentada pela Psicanálise, para o campo da Saúde Coletiva. Antes de mais nada, é preciso esclarecer os efeitos promovidos pela mudança do significante “público” para o significante “coletivo” que marcou a transição da Saúde Pública para a Saúde Coletiva. Esse deslocamento se revela quando entendemos que a saúde pública não é a mesma coisa que um serviço público de saúde. Este refere-se a um serviço do Estado ou, em todo caso, de coletividades públicas. A saúde pública, por sua vez, faz alusão não só à saúde de certa população, mas também à saúde de cada um de seus membros. Nesse sentido, a troca de significantes – do “público” para “coletivo” – representa um reconhecimento do poder instituinte da vida social em seus vários planos e instituições. Isso não significa, no entanto, que esteja excluído o risco de que a extensão do público absorva completamente a esfera do privado.

Vivemos em uma época em que a biopolítica associada ao gosto generalizado pela mostraçõ e pela avaliação contribuem para que o mais íntimo de cada um seja complemente apagado. Em nossa sociedade, não é incomum que a formação de coletividades – como, por exemplo, os grupos de anoréxicos e bulímicos – se imponha aos profissionais de saúde, inclusive àqueles que têm o sujeito como terreno privilegiado de sua intervenção terapêutica. A princípio, essas designações genéricas, que dizem muito do mal-estar decorrente da organização social contemporânea, podem até oferecer certo reconhecimento e um local de

endereçamento para sujeitos com esses sintomas. No entanto, não é raro que o seus excessos ofusquem as singularidades e, conseqüentemente, os próprios sujeitos. Partindo da ideia de que o sujeito é algo evanescente, que escapa a qualquer tentativa de racionalização, comparação ou normatização, a Psicanálise torna-se uma ferramenta para uma articulação inédita entre o coletivo e o singular.

A teoria e a prática psicanalíticas nos ensinam que as nomeações das coletividades nada mais são do que meros semblantes, uma tentativa de nomear algo que, na verdade, subsiste para além e não se esgota na classe representável. De fato, um sujeito anoréxico jamais será igual a outro com os mesmos sintomas. O nome “anoréxico” só serve para indicar a maneira anoréxica que tem um sujeito de ser radicalmente dessemelhante de qualquer outro, conforme tentou-se evidenciar ao longo desta investigação. O acolhimento desses sujeitos, contudo, nos coloca uma situação bastante contemporânea: a identificação maciça com um diagnóstico médico-psiquiátrico como meio de inscrever algo que não vai bem. Para dissolver, remover ou, quem sabe, até mesmo conservar essa nomeação, será preciso primeiro acolhê-la como ela se apresenta para o indivíduo em nossa cultura científica. Essa inscrição, finalmente, pode se constituir como uma possibilidade de endereçamento do apelo por cuidado, por parte de sujeitos e familiares, que, em geral, relutam em reconhecer a gravidade do que se apresenta.

Em um tratamento orientado pela Psicanálise, o foco recai nas estratégias que visam resgatar a dignidade do sujeito e de seu sintoma. É a partir daí que se torna possível o estabelecimento de um vínculo transferencial, abrindo o caminho para uma escuta cuidadosa da história, das queixas, das necessidades e demandas de cada um. Esses elementos vão se decantando de forma a nos permitir a construção do caso e a localização dos motivos singulares para que certo sujeito nos apresente o seu mal-estar naquele formato. Entender o sintoma como uma solução, ainda que uma solução *prêt-à-porter* e/ou devastadora, nos possibilita sustentá-lo, dentro de um cálculo clínico, até que o sujeito possa encontrar outras saídas. A aposta nesse sentido visa, portanto, a singularidade e, conseqüentemente, o deslocamento da identificação com uma nomeação homogênea. Trabalhar na perspectiva do singular não significa, no entanto, deixar de lado o coletivo. Pelo contrário. Reconhecendo nos sintomas anoréxicos e bulímicos uma identificação que carrega a particularidade de uma satisfação pulsional autoerótica, fora das regulações oferecidas pela civilização, um trabalho clínico desse tipo caminha no sentido de uma reconstrução da própria viabilidade de (re)conexão do sujeito com os coletivos. Ou seja, prioriza-se a singularidade do caso para localizar o ponto em que se degradou a possibilidade, para um sujeito, de buscar satisfação no

vínculo social. O tratamento propõe, assim, a criação de um espaço que favoreça a participação ativa do sujeito na construção do seu modo singular de estar na vida, dando suporte às suas tentativas de reconstruir suas conexões.

Em outros termos, podemos dizer que a delimitação e nomeação das coletividades em um momento histórico é um produto do embate dos saberes, do jogo das forças sociais e do mal-estar que habita determinada sociedade. Se, por um lado, a nomeação dessas particularidades produz identificações e coletividades, permitindo pensar e intervir na dinâmica social, por outro, a pesquisa da singularidade visa tocar naquilo que separa, que distingue cada sujeito e que, por vezes, dificulta ou inviabiliza seu trânsito social. Assim, pode-se dizer que a clínica do singular reencontra o coletivo no que ela possibilita reinscrições do sujeito.

Esse ponto me parece decisivo no âmbito da Saúde Coletiva. Nesse campo, é comum que os serviços sejam organizados a partir de nomeações genéricas – por exemplo, grupo de diabéticos e hipertensos, programa de saúde da mulher, etc. Tais nomeações, chanceladas pelo discurso biomédico, podem ofuscar completamente a singularidade. Imaginemos um sujeito com diabetes mellitus que frequenta, religiosamente, o grupo de diabéticos da sua UBS de referência. Ele está sempre ali, mas sua glicemia nunca se localiza dentro dos parâmetros estabelecidos. Diante disso, há uma tendência dos profissionais entenderem que esse sujeito não se beneficia com o grupo. Afinal, ele não segue as recomendações, não adere ao tratamento. Ao examinarmos mais de perto a situação, descobrimos, no entanto, que, desde que começou a participar do grupo, esse sujeito passou a ter uma vida social mais ativa, fez novas amizades e se sente muito melhor. Ou seja, apesar de não se adaptar aos protocolos, ele faz um uso absolutamente original desse espaço, obtendo um ganho subjetivo. Trata-se de um ganho não quantificável pelo viés biomédico, mas que se constitui como a própria essência da dignidade humana. É justamente esse ponto que impede uma espécie de mortificação parecida com aquela do “mulçumano” de Agamben. Nesse exemplo hipotético, podemos também localizar como há algo da singularidade que faz furo nas propostas universais das políticas públicas de saúde e, ao mesmo tempo, se constitui para o sujeito como fonte de invenção e responsabilização. É premente que os profissionais estejam advertidos quanto a isso, evitando assim uma prática improdutiva e alienante que reproduza a ditadura de um ideal de saúde sem uma participação efetiva dos principais interessados.

O entendimento de que as manifestações sintomáticas de cada um funcionam como uma resposta às contingências da vida pode contribuir para revisitarmos a ideia de acolhimento tão discutida na Saúde Coletiva. Nessa perspectiva, acolher um paciente significa

estabelecer uma relação entre usuário e profissionais, sustentada por uma escuta qualificada que vise localizar e respeitar as singularidades de cada um. Não se trata de uma escuta qualquer, mas de uma escuta em que o saber do próprio sujeito retorne para ele, permitindo a criação de saídas inéditas para o seu mal-estar. O inverso disso pode provocar uma devolução de suas queixas e reclamações em um discurso cifrado no qual o sujeito deixa de se reconhecer e, conseqüentemente, de se responsabilizar por seu tratamento.

O método psicanalítico nos mostra a impossibilidade de se apreender por completo a realidade pelo saber. Como mencionado inicialmente, a prática clínica e investigatória orientada pela Psicanálise se caracteriza por uma permanente construção de certa realidade. Isso significa que ela não se sustenta através de um sistema fechado de conhecimento, mas a partir de um trabalho constante de revisão da teoria de acordo com o que nos deparamos no campo. A intervenção na realidade na medida em que se tenta construir um saber sobre ela faz com que o objeto encontrado seja sempre diferente daquele que é buscado.

Conforme ressalta o diálogo do psicanalista Jaques-Alain Miller com o filósofo Jean-Claude Milner (MILLER, 2006), no contemporâneo, vivemos o império da fórmula “problema-solução”. Na construção daquilo que podemos definir como “delírio cientificista”, “não há problema que não haja solução”. Em uma perspectiva diferente, a Psicanálise nos ensina que, na verdade, “não há problema que uma falta de solução não possa resolver”. Isso quer dizer que a manutenção de um vazio no saber é fundamental para o avanço do conhecimento. Essa elaboração é especialmente útil para refletirmos sobre nossas práticas assistenciais e de pesquisa no campo da saúde na atualidade.

Em se tratando da assistência, o trabalho em equipe requer um esforço para se preservar esse vazio de forma a permitir que a construção singular do sujeito que busca por atendimento possa emergir. Essa tarefa não é fácil, sobretudo quando pensamos em uma rotina em que as próprias singularidades dos profissionais são desconsideradas e respostas rápidas são exigidas. Nesse sentido, a ideia de um supervisor – contribuição trazida pela Psicanálise para a Saúde coletiva – constitui-se como uma via para que a equipe e a instituição receba certo tratamento. Entender que existem dinâmicas que se repetem e que se relacionam com questões inconscientes e pulsionais de cada um pode colaborar para que o profissional tenha condições de se haver, minimamente, com o seu próprio sintoma e sua relação com o saber. Nesse movimento, ele pode ser (re)engajado no gosto pela clínica, implicando-se em seu trabalho a partir daquilo que há de mais vivo em seu desejo. A partir daí, talvez, possamos falar de um verdadeiro trabalho de equipe.

Nas atividades de pesquisa, também suportar um ponto vazio no saber é a condição fundamental para a cooperação entre os diversos campos do conhecimento em torno de um mesmo tema sem desconsiderar as contribuições advindas das experiências práticas das coletividades e dos sujeitos em questão. Trabalhar com a ideia de um objeto que não está dado *a priori* e, por isso, deve ser constantemente construído, impõe uma verdadeira implicação dos pesquisadores que se distancia da pretensão cientificista de neutralidade. O produto disso é uma reinvenção incessante de paradigmas e metodologias que, sem dúvida alguma, contribui para o avanço da Saúde Coletiva. Manter a complexidade desse campo é essencial para sustentar sua proposta original de que no processo saúde-doença não cabe, definitivamente, um meio monolítico de expressão.

Por fim, vale reexaminar a ideia de coletivo apresentada na introdução, retomando os rastros deixados pelo psicanalista Célio Garcia (2015). Ele indica que a passagem do singular para o coletivo só é possível se encontramos uma lógica coletiva capaz de acolher o “Um sozinho”. É comum que a ideia de coletividades seja rapidamente aproximada ao ideal democrático do “para todos”. Uma classe coletiva, no entanto, só se constitui como tal porque há uma exceção. Por exemplo, só temos um grupo de sujeitos “anoréxicos” porque existem sujeitos que não são. O coletivo, nesse sentido, sempre comporta um paradoxo, pois aponta incessantemente para uma exceção, para uma singularidade, para um “não todo”. Quando nos fixamos na aproximação das coletividades à lógica do “para todos”, deixamos de incluir o elemento “não todo”, discriminando-o. Lembremos, a partir da narrativa das peregrinações de Marta, do comportamento do discurso biomédico diante daquilo que escapa às suas premissas: ou ele se esforça para enquadrá-lo, classificá-lo, ou, simplesmente, o exclui, o ignora.

Por outro lado, a lógica do “não todo” é, por definição, não segregativa – já que nela é impossível fixar uma exceção. Podemos pensar, seguindo esse raciocínio, em um coletivo como um conjunto aberto, inconsistente, paradoxal, que se localiza nessa dimensão do “não todo”. Um conjunto em contínuo desdobramento capaz de subtrair dos participantes todo e qualquer predicado. Nesse coletivo, o “para todos” não é suposto desde o início, mas experimentado a partir da verificação – um por um – de sua própria singularidade. Esse “para todos” não totalizado seria construído por singularidades sem qualquer traço diferencial ou exceção que autorizasse as hierarquias, segregações ou discriminações.

Acho que é esse o “coletivo” da Saúde Coletiva que queremos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). **DSM IV- TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AGAMBEN, G. **O que resta de Auschwitz - o arquivo e a testemunha [homo sacer III]**. São Paulo: Boitempo, 2008.
- AGAMBEN, G. **A comunidade que vem**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.
- AGUIAR, A. A. de. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALEMÁN, J. **Notas antifilosóficas**. 1. ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006.
- ALEMÁN, J. **Para una izquierda lacaniana - intervenciones y textos**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.
- ALKMIM, W. D. de (Ed.). **Carlo Viganò: novas conferências**. Belo Horizonte: Scriptum, 2010.
- ALMEIDA, M. R. de. C. B. de.; LABRONICI, L. M. The silent itinerary of people with HIV told through oral history. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 263–274, mar. 2007.
- AMARAL, T. M.; FERREIRA, R. A. Anorexia e Bulimia – Um transtorno alimentar: Não se trata disso. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.18, n.4, p.5-12, 2008.
- ARCELUS, J. et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. **Archives of general psychiatry**, [S.I.], v. 68, n. 7, p.724-731, 2011.
- AUSTIN, S. B. A public health approach to eating disorders prevention: It’s time for public health professionals to take a seat at the table. **BMC Public Health**, [S.I.], v. 12, n. 1, p.854–859, out. 2012.
- BECKER, A. E. et al. Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. **International Journal of Eating Disorders**, [S.I.], v. 42, n. 7, p. 611-619, nov. 2009.
- BECKER, A. E. et al. A qualitative study of perceived social barriers to care for eating disorders: perspectives from ethnically diverse health care consumers. **The International journal of eating disorders**, [S.I.], v. 43, n. 7, p. 633–647, nov. 2010.
- BENJAMIN W. Experiência e pobreza. In: _____. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. São Paulo: Brasiliense; 2012a, p. 123-128.

_____. O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: _____. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.** São Paulo: Brasiliense; 2012b, p. 213-240.

_____. Sobre o conceito da História. In: _____. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.** São Paulo: Brasiliense; 2012c, p. 241-252.

_____. **Charles Baudelaire um lírico no auge do capitalismo.** São Paulo: Brasiliense; 1994.

BITTENCOURT, L. de J.; ALMEIDA, R. A. Eating disorders: disease or life style? **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 220–229, jan. 2013.

BOBBIO, M. **O doente imaginado: o risco de uma medicina sem limites.** São Paulo: Bamboo Editorial, 2014.

BOSI, M. L. de M.; ANDRADE, Â. Transtornos do comportamento alimentar: um problema de saúde coletiva. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 197–202, jul. 2004.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRUCH, H. **Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within.** New York: Basic Books, 1973.

BURNS, M. Eating Like an Ox: Femininity and Dualistic Constructions of Bulimia and Anorexia. **Feminism and Psychology**, [S.I.], v. 14, n.2, p.269–295, 2004.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Therapeutic itineraries: state of the art of scientific production in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433–4442, nov. 2011.

CAMARGO JR, K.R. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 45-68, 1997.

CAMARGO JR, K.R. et al. Intellectual production in collective health: epistemology and evidence from different traditions. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 394–398, jun. 2010.

CAMPOS, G. W. de S. Public health and collective health: field and core area for knowledge and practice. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219–230, jan. 2000.

CAMPOS, R. O. **Psicanálise e saúde coletiva: interfaces.** São Paulo: Hucitec, 2012.

CASTIEL, L.D.; POVOA, E.C. Medicina Baseada em Evidências: "novo paradigma assistencial e pedagógico"? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 117-121, Aug. 2002.

COSENZA, D. **El muro de la anorexia.** Madrid: Gredos, 2013.

DARCY, A. M. et al. The Eating Disorders Examination in Adolescent Males with Anorexia Nervosa: How Does it Compare to Adolescent Females? **The International journal of eating disorders**, [s.l.], v. 45, n. 1, p. 110–114, jan. 2012.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1976.

DO VALE, A. M. O. et al. Risk behaviors for eating disorders among female adolescents from different social strata in the Brazilian Northeastern. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 121–132, jan. 2011.

DUNKER, C.I.L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.

EASTER, M. M. “Not all my fault”: genetics, stigma, and personal responsibility for women with eating disorders. **Social Science & Medicine (1982)**, [S.I.], v. 75, n. 8, p. 1408–1416, out. 2012.

EDDY, K. T. et al. Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. **American Journal of Psychiatry**, [S.I.], v. 165, n. 2, p. 245–250, fev. 2008.

EIDELBERG, A. et al. **Anorexia y bulimia**: síntomas actuales de lo femenino. Buenos Aires: Factoría Sur, 2003.

_____. **Porciones de nada**. La anorexia y la época. 1a. ed. Buenos Aires: Del Bucle, 2009.

FERNÁNDEZ-ARANDA, F. et al. Blindness and bulimia nervosa: a description of a case report and its treatment. **International Journal of Eating Disorders**, [S.I.], v. 39, n. 3, p. 263-265, 2006.

FELDMAN, M. B.; MEYER, I. H. Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. **The International journal of eating disorders**, [S.I.], v. 40, n. 3, p. 218–226, abr. 2007.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Mental health in the primary care system of Campinas, SP: network or spider’s web? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 129–138, fev. 2009.

FORBES, J. **Inconsciente e responsabilidade**: psicanálise do século XXI. São Paulo: Manole, 2012.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da sociedade**. Curso no college de france, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **História da sexualidade. 1**: a vontade de saber. 19a. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2009.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes (1915). In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 14, p.123–144.

_____. Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas (1916-1917 [1915-1917]). In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 16, p. 361–378.

_____. Conferência XVII: O sentido dos sintomas (1916-1917 [1915-1917]). In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 16, p.265–279.

_____. Além do princípio de prazer (1920). In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 18, p. 17–75.

_____. O mal-estar na civilização (1920[1929]). In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. v. 21, p. 73–153.

_____. Análise terminável e interminável (1937). In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. v. 23, p.231–274.

_____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919 [1918]). In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. v. 17, p. 173–181.

_____. Totem e Tabu (1913). In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996h. v. 13, p. 11–125.

_____. Construções em análise (1937). In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996i. v. 23, p. 275-287.

GARCIA, C. **Estamira, novas formas de existência**: por uma clínica da carência. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2011.

GARCIA, C. Uma questão de lógica? Do singular ao universal (para todos). [s.n.t]. Disponível em: <http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Celio_Garcia_Uma_questao_de_logica1.pdf>. Acesso em 16 jul. 2015.

GILBERT, N. et al. Should I ask about eating? Patients' disclosure of eating disorder symptoms and help-seeking behaviour. **European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association**, [S.I.], v. 20, n. 1, p. 80–85, jan. 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, RJ: LTC, 2004.

_____. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GRACIA ARNAIZ, M.; COMELLES, J. M.; BERNAL, M. (Eds.). **No comerás**: narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio. 1. ed. Barcelona: Icaria Editorial, 2007.

GUEDES, C. R. et al. Vague and diffuse symptoms in biomedicine: a review of the literature. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 135–144, fev. 2008.

GUERRA, A. M. C. et al. **A assistência social pública na interface entre a subjetividade e política**. Belo Horizonte: Scriptum, 2015.

GUERRERO, P. et al. User embracement as a good practice in primary health care. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132–140, mar. 2013.

HARO-ENCINAS JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. In: **Estudios entre la antropología y la medicina**. Barcelona: Edicions Bellatera, 2000. p. 101–162.

HART, L. M. et al. Mental health first aid for eating disorders: pilot evaluation of a training program for the public. **BMC psychiatry**, [S.I.], v. 12, p. 98, 2012.

HELMAN, C. et al. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HEPWORTH, J. **The social construction of anorexia nervosa**. London: Sage Publications, 1999.

HEPWORTH, N.; PAXTON, S. J. Pathways to help-seeking in bulimia nervosa and binge eating problems: a concept mapping approach. **The International journal of eating disorders**, [S.I.], v. 40, n. 6, p. 493–504, set. 2007.

HOLMILA, M.; RAITASALO, K. Gender differences in drinking: why do they still exist? **Addiction**, Abingdon/England, v. 100, n. 12, p. 1763–1769, dez. 2005.

HUNT, D.; CHURCHILL, R. Diagnosing and managing anorexia nervosa in UK primary care: a focus group study. **Family Practice**, [S.I.], v. 30, n. 4, p. 459–465, ago. 2013.

JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE ENTORPECENTES. **Relatório anual 2010**. Referências ao Brasil. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2011/03-marco/Jife/INCB_References_Brazil_Portuguese.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2015.

KEHL, M.R. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.

KING, S. J.; DE SALES TURNER, N. Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. **Journal of Advanced Nursing**, [S.I.], v. 32, n. 1, p.139–147, jul. 2000.

KONSTANTAKOPOULOS, G. et al. Delusionality of body image beliefs in eating disorders. **Psychiatry Res.**, [S.I.], v.200, n.2-3, p. 482–488, 2012.

KRAEMER, F. B. et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1337–1360, dez. 2014.

LACADÉE, P. **O despertar e o exílio: ensinamentos psicanalíticos da mais das delicadas transições, a adolescência.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

LACAN, J. **O seminário, livro 4: a relação de objeto (1956-1957).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. **O seminário, livro 7: ética da psicanálise, 1959-1960.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 238–324.

_____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud (1957). In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 496–533.

_____. O estádio do espelho como formador da função do eu (1949). In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998c. p.96-103.

_____. A significação do falo (1958). In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998d. p. 692–703.

_____. **O seminário: livro 3: as psicoses (1955-1956).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. Os complexos familiares na formação do indivíduo (1938). In: _____. **Outros escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 29–90.

_____. **O Seminário, livro 20: mais, ainda, 1972-1973.** 3a. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LASÈGUE, C. Sobre la anorexia histérica (1873). **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria**, [S.I.], v. 20, n. 74, p. 271–282, 2000.

LE BRETON, D. A síndrome de Frankenstein. In: SANT'ANNA, D. B. de (Org.) **Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais.** São Paulo: Estação Liberdade, 2005, p.49-65.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade.** Campinas: Papirus, 2007.

LIPOVETSKY, G.; CHARLES, S. **Os tempos hipermodernos.** São Paulo: Barcarolla, 2004.

LUZ, M. T. Complexity of Collective Health field: knowledge and practice multidisciplinary, interdisciplinarity, and transdisciplinarity - a paradigmatic trajectory socio-historical analysis. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304–311, jun. 2009.

MACÊDO, L.F.de. **A experiência trágica da loucura para Michael Foucault.** Uma interlocução com a psicanálise. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MACHADO, I.V. Transtornos alimentares em modelos adolescentes brasileiras: o culto ao corpo na pós-modernidade como causa de flexibilização das características inerentes aos direitos da personalidade humana. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO

GÊNERO, 8., Gênero, Violência e Poder, 2008, Florianópolis, SC. **Anais (on-line)**, Florianópolis: UFSC, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST59/Isadora_Vier_Machado_59.pdf>. Acesso em: 01 abril 2013.

MACHADO, M.N.M. **Entrevista de Pesquisa: a interação pesquisador/pesquisado**. Belo Horizonte: C/Arte, 2002.

MATTOS, R. **Sobrevivendo ao estigma da gordura**. São Paulo: Vetor, 2012.

MENDES, A. A. **O efeito-equipe e a construção do caso clínico**. 2014. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

MILLER, C. A.; GOLDEN, N. H. An Introduction to Eating Disorders. **Nutrition in Clinical Practice**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 110 –115, 1 abr. 2010.

MILLER, J-A. **Você quer mesmo ser avaliado?** : entrevistas sobre uma máquina de impostura. São Paulo: Manole, 2006.

_____. Rumo ao Pípol 4. **Correio da EBP**, Belo Horizonte, n. 60, p. 7-14, 2009.

_____. Leitura crítica dos “Complexos Familiares”, de Jacques Lacan. **Opção Lacaniana Online**, São Paulo, [2005?]. Disponível em: <www.opcaolacanianana.com.br/artigos/n2/pdf/artigos/JAMLeitura.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

_____. **El Otro que no existe y sus comités de ética**. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2010.

MIRANDA, L.; CAMPOS, R. T. O. Ethical guidelines for working in mental health: a psychoanalytic reading. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 100–115, mar. 2013.

MITRE, S. M. et al. Progress and challenges facing user acceptance in the implementation and qualification of the Unified Health System in Primary Healthcare: a review of the bibliographical output in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071–2085, ago. 2012.

MORAES, M. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121–133, fev. 2008.

NICHOLLS, D. E. et al. Childhood eating disorders: British national surveillance study. **The British Journal of Psychiatry**, [s.l.] v. 198, n. 4, p. 295–301, 29 mar. 2011.

NUNES, M. A. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R.; GAMA, C. A. P. Saúde Mental na Atenção Básica. In: **Manual de Práticas de Atenção Básica - Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 221–226.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamim e da antropologia médica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, oct. 2013.

PIMENTA, A. C.; FERREIRA, R. A. O sintoma na medicina e na psicanálise: notas preliminares. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.13, n.3, p. 221–228, 2003.

PINTO, J. M. **Psicanálise, feminino, singular**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p.158–160, 2004.

RABELO, M. C. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1999.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Revista Política e Trabalho**, São Paulo, n. 24, p.27–57, 2006.

RECALCATI, M. **La última cena: anorexia y bulimia**. 1a. ed. Buenos Aires: Del cifrado, 2007.

REID, M. et al. Perspectives on eating disorders and service provision: A qualitative study of healthcare professionals. **European Eating Disorders Review**, [S.I.] v. 18, n. 5, p. 390–398, out. 2010.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

ROUDINESCO, E. et al. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RUSSELL, C. J.; KEEL, P. K. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. **The International journal of eating disorders**, [S.I.], v. 31, n. 3, p. 300–306, abr. 2002.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Family health program in Brazil: a focus on its basic assumptions, performance and advantages. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33–53, jul. 2001.

SANTOS, T. C. dos. **Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005.

SANTOS, T. C. DOS et al. (Eds.). **Os corpos falantes e a normatividade do supersocial**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2014.

SANTOS, Y. F. et al. The mental health ambulatory in psychiatric reform context in the city of Natal, RN. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 27, n. 59, p. 313–322, 2009.

SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

SOUZA, M. E. de (Ed.). **Atenção em Saúde Mental**. 2a. ed. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2007.

STEINGLASS, J.E. et al. Is anorexia nervosa a delusional disorder? An assessment of eating beliefs in anorexia nervosa. **Journal of Psychiatric Practice**, [S.I.], v.13, n.2, p. 65–71, 2007.

THOMPSON-BRENNER, H. et al. Clinician Reactions to Patients With Eating Disorders: A Review of the Literature. **Psychiatric Services**, [S.I.], v. 63, n. 01, p. 73–78, 6 jan. 2012.

TIRICO, P. P. et al. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 431–449, 2010.

VAL, A. C. et al. Silos of internal medicine and psychiatry: anorexia nervosa as a paradigm. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 372–379, 2013.

VAL, A.C. et al. Entre o singular e o coletivo: a experiência de um serviço na abordagem das anorexias e bulimias. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 99-119, mar. 2015 .

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, v. 13, p. 39–48, 1999.

_____. A construção do caso clínico. **Opção Lacaniana on line**, São Paulo, v.1, n.1, p. 1–9. Disponível em: <www.opcaolacaniana.com.br>. Acesso em: 1 abr. 2010.

_____. Assunção múltipla de substâncias e comorbidades psiquiátrica. **Mental**, Belo Horizonte, v. 1, n.001, p. 11-22, 2003.

WEINBERG, C. (Ed.). **Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência – Uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Sá editora, 2008.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T. A. **Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa**. São Paulo: Annablume, 2006.

ZAFIROUPOULOS, M. Nossa arqueologia crítica da obra de Lacan: Lacan e as ciências sociais; Lacan e Lévi-Strauss. **Revista Estudos Lacanianos**, Belo Horizonte, v.2, n.3, p. 31-44, out. 2009.

ZENONI, A. Psicanálise e instituição. **Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares**, Belo Horizonte, ano 1, n.0, p.12–93, 2000.

ZWICKERT, K.; RIEGER, E. Stigmatizing attitudes towards individuals with anorexia nervosa: an investigation of attribution theory. **Journal of Eating Disorders**, [S.I.], v. 1, n. 5, 5 fev. 2013. Disponível em: <<http://www.jeatdisord.com/content/1/1/5>>. Acesso em: 17 dez. 2013.