

DANIELA FERREIRA ARAÚJO SILVA

**HISTÓRIAS DE VIDA COM TRANSTORNOS
ALIMENTARES: GÊNERO, CORPORALIDADE E A
CONSTITUIÇÃO DE SI**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais do Instituto de Filosofia
e Ciências Humanas da Universidade
Estadual de Campinas, sob a orientação
da Profª. Dra. Heloísa André Pontes

Este exemplar corresponde à
versão preliminar da tese a ser
defendida e aprovada pela
Comissão Julgadora em
25/02/2011.

Campinas, Fevereiro de 2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP
Bibliotecária: Sandra Aparecida Pereira CRB nº 7432**

Si38h

Silva, Daniela Ferreira Araújo

**Histórias de vida com transtornos alimentares : gênero,
corporalidade e constituição de si / Daniela Ferreira Araújo Silva.
-- Campinas, SP : [s. n.], 2011.**

Orientador: Heloisa André Pontes

**Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.**

**1. Distúrbios alimentares - Narrativas pessoais. 2. Corpo humano -
Aspectos antropológicos. 3. Gênero. 4. Anorexia nervosa. 5. Bulimia
nervosa. I. Pontes, Heloisa André Pontes. II. Universidade Estadual
de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.**

**Título em inglês: Life histories with eating disorders : gender, embodiment
and self constitution**

**Palavras chaves em inglês
(keywords):**

**Eating disorders - Personal narratives
Human body - anthropological aspects
Gender
Anorexia nervosa
Bulimia Nervosa**

Área de Concentração: Estudos de Gênero

Titulação: Doutor em Ciências Sociais

**Banca examinadora: Paulo Dalgalarrrondo, Richard Miskolci, Martha Celia
Ramirez-Gálvez, Isadora Lins França**

Data da defesa: 25-02-2011

Programa de Pós-Graduação: Ciências Sociais

DANIELA FERREIRA ARAÚJO SILVA

Histórias de vida com transtornos alimentares: gênero, corporalidade e a constituição de si

Tese de Doutorado em Ciências Sociais
apresentada à Banca Examinadora no Instituto
de Filosofia e Ciências Humanas, da
Universidade Estadual de Campinas, sob
orientação da Profa. Dra. Heloisa André
Pontes

Este exemplar corresponde à redação
final da Tese defendida e aprovada pela
Comissão Julgadora em 25/02/2011.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Dr.^a Heloisa André Pontes (Orientadora)

Prof.^a. Dr.^a. Martha Célia Ramirez Gálvez (UEL)

Prof. Dr. Paulo Dalgalarro (FCM -Unicamp)

Prof. Dr. Richard Miskolci (UFSCAR)

Prof.^a. Dr.^a. Isadora Lins França (PAGU- Unicamp)

Helena Pontes
Martha C. Ramirez
Paulo Dalgalarro
Richard Miskolci
Isadora Lins França

Suplentes:

Prof.^a. Dr.^a. Camilo Albuquerque de Braz (UFG)

Prof.^a. Dr.^a. Regina Facchini (Unicamp)

Prof.^a. Dr.^a. Daniela Tonelli Manica (UERJ)

201130133

Para Christiano.

AGRADECIMENTOS

Esta tese não teria sido produzida sem o apoio da bolsa de estudos de doutorado que me foi concedida pela Fapesp – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

A conclusão de um trabalho da dimensão de uma tese seria impossível sem a colaboração e a generosidade de muitas pessoas. Eu gostaria de poder citar nominalmente a cada uma delas, mas para isso a seção de agradecimentos se transformaria em um capítulo à parte. Assim, antes de mais nada, caso algum de vocês não tenha sido diretamente mencionado, que fique registrada para a posteridade minha enorme gratidão.

Agradeço, em primeiro lugar, a Bel, Vivianne e Valentina, pela coragem, talento narrativo e interminável paciência exigida em sua colaboração neste trabalho. Esta tese também pertence a vocês. Também gostaria de registrar minha gratidão ao apoio e a todos os ensinamentos que recebi do pessoal do Sinto Muito, dos Encontros de Sábado à Tarde e da RISSCA.

Sou eternamente grata à minha querida orientadora, Heloísa Pontes, que me acompanhou como professora ainda na graduação, me orientou no mestrado em Antropologia Social, e teve a coragem de continuar me orientando durante o doutorado, com a mesma generosidade, paciência e olhar aguçado, capaz de dar alguma direção às reflexões um tanto caóticas que tenho por hábito produzir.

Agradeço à professora Suely Kofes, que acompanhou de perto o meu trabalho desde o mestrado, e por sua generosa contribuição na banca de qualificação desta tese.

Deixo registrado meu apreço e gratidão aos membros da banca examinadora, Prof. Richard Miskolci, Prof. Martha Celia Ramírez-Gálvez, Prof. Paulo Dalgalarrrondo, que também foi um valioso interlocutor em sua participação na banca de qualificação, e Dra. Isadora Lins França. Estendo meu agradecimento aos membros suplentes da banca, Prof. Camilo Albuquerque Braz, Profa. Daniela Tonelli Manica e Dra. Regina Facchini.

Aos meus queridos colegas do Ambulatório de Transtornos Alimentares da Unicamp: confesso que foi uma grata surpresa encontrar tanta receptividade, confiança, interlocução e colaboração. Que este trabalho possa contribuir de alguma forma para que

continuem lutando por um serviço cada vez melhor, como todos têm feito desde o princípio.

Meu abraço para meus colegas e professores do ITFCCamp, em especial Cacau Furia Cesar, Juarez Soares Costa, Elisandra Maria de Souza, Tutti Ribeiro Machado, Virgínia Freire, Idamis Lescovar, Maria Amália Monteiro, Juliana Scheifer e Cláudia Zamboni, por tudo o que aprendemos juntos e pelas lições que vou levar comigo para o resto da vida.

Gostaria de agradecer também aos funcionários do IFCH, cujo trabalho quase invisível nos bastidores da secretaria, da biblioteca, da cantina e dos serviços de limpeza, é essencial para que todo o trabalho desenvolvido junto ao instituto, dentre os quais esta tese, possa se realizar.

Preciso também agradecer a generosidade dos amigos que me receberam tão bem na Nova Zelândia: David Epston, contagiada por seu entusiasmo e sua infalível esperança fui capaz de alcançar alguns lugares onde os ônibus não passam; a todo o pessoal da Agência, agradeço pela confiança, receptividade e carinho; Helen Gremillion, além da grande inspiração que obtive com a leitura do seu trabalho, agradeço por todos os *insights* motivados nossas conversas; Helene e Carabelle Connor, sou eternamente grata e me sinto privilegiada por ter sido “adotada” por vocês, da forma mais acolhedora possível; à Ann Epston, por ter me apresentado a deliciosos momentos de distração com os Invisibles.

Minha família merece uma medalha de honra ao mérito, por ter me apoiado o tempo todo na minha escolha profissional, mesmo sabendo das dificuldades e dos sacrifícios que ela implica, tanto da minha parte, quanto da parte de cada um deles. Ao meu pai Jorge, minha mãe Eloisa, minha irmã Elisa e minha sobrinha Bebel, expresso o sentimento de dívida eterna por todo amor, carinho, apoio e alegria que vocês sempre me ofereceram, e pela paciência e compreensão pelos períodos de ausência. Agradeço também à minha família postiça, Julia Kawamura, Alexandre Megumi Tambascia, Marcos Antonio Tambascia, e o pequeno Benjamin. Agradeço também a Ada Letícia Murro por todo apoio.

Meus amigos e colegas do IFCH também foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Aquele abraço especial para Júlio Antonaccio, André Novaes de Rezende, Laura Reily, Paula Vermeersch, Renato Henriques de Souza, Mônica Cardoso, Gábor Basch,

Mariana Françoze, Nashieli Rangel Loera, Bertrand Borgo, Carolina Castelo Branco e Rosamaria Giatti. Vanessa Fioravanti, Anita Silveira: obrigada pelo apoio na comissão de animação. Mário Fernandes Filho, obrigada pelo axé. Uma menção honrosa para Marília Giesbrecht e Gustavo Freitas Rossi, meu “irmão” por orientadora, por todos os cafés e conversas até altas horas, e pela solidariedade quanto às agruras do processo do doutorado.

Por último, e não em ordem de importância, preciso dizer ao Christiano que sinto que nunca conseguirei retribuir o amor, o carinho, o cuidado, e todo o trabalho que teve no revezamento das funções de chef, leitor, revisor, interlocutor, terapeuta e massagista. Por isso, e por tudo mais, essa tese é para você.

RESUMO

Esta tese surgiu do interesse em pesquisar em maior profundidade alguns aspectos da intrincada relação entre corporificação, gênero e assujeitamento, através da análise do conjunto de perturbações denominadas “transtornos alimentares”. No contexto contemporâneo em que o corpo torna-se alvo privilegiado de investimento e intervenção, assumindo centralidade nos processos de construção identitária, uma investigação antropológica destas perturbações permite pensar como a constituição de sujeitos corporificados é perpassada por múltiplas normatividades de gênero, classe, regionalidade, raça e etnicidade, presentes na socialidade cotidiana e nas práticas e discursos biomédicos. Tomando como eixo central a composição de três histórias de vida, em colaboração com mulheres que tiveram experiências pessoais com transtornos alimentares, é possível ter acesso ao processo através do qual pessoas vivenciam formas particulares de assujeitamento, compostas por distintas articulações entre múltiplas dimensões de poder, de forma inseparável, constituindo-se, assim, como sujeitos de ação em meio a conformações e resistências. Ainda que o fio condutor da tese encontre-se nas histórias de vida, escritas ao longo de quatro anos em colaboração com três interlocutoras voluntárias, sua trama é composta pelos diversos percursos teóricos e empíricos de uma etnografia multi-situada (HANNERZ, 2003), que transitou pelo universo de comunidades virtuais brasileiras sobre transtornos alimentares, um serviço ambulatorial de um hospital universitário, congressos de psiquiatria, uma vasta bibliografia e uma agência feminista de base comunitária para tratamento, educação e prevenção de transtornos alimentares na Nova Zelândia.

ABSTRACT

The aim of this thesis is to investigate in greater depth some aspects of the intricate relation between embodiment, gender and subjectification, through the analysis of the group of perturbations named “eating disorders”. In the contemporary context, in which the body becomes the privileged target of investment and intervention, assuming a central role in the processes of identity construction, an anthropological investigation of these perturbations allows us to evaluate how the constitution of embodied subjects is fraught with multiple normativities of gender, class, regionality, race and ethnicity, present in daily sociality and in biomedical practices and discourses. Taking as a central axis the composition of three life-histories, in collaboration with women who had personal experiences with eating disorders, it is possible to gain access to the process by means which persons live particular forms of subjectification, composed by distinct inseparable articulations of multiple dimensions of power, becoming, thus, subjects of agency amidst conformation and resistance. If the connecting thread of the thesis is found in the life histories, written with the voluntary research collaborators along four years, its warp is the woven out of the different theoretical and empirical paths of a multi-sited ethnography (HANNERZ, 2003), along the universe of Brazilian virtual communities about eating disorders, an outpatient treatment unit at an University hospital, Psychiatry congresses, a wide bibliography and a feminist community based service for the education, prevention and counseling for eating difficulties in New Zealand.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: HISTÓRIAS DE VIDA, EXPERIÊNCIA, SUJEITOS.....	1
<i>Mapeando contextos sociais dos transtornos alimentares</i>	<i>9</i>
PARTE I – HISTÓRIAS DE VIDA	27
1. BEL	33
2. VIVIANNE	75
3. VALENTINA	99
PARTE II.....	153
4. TRANSTORNOS ALIMENTARES, EM RELAÇÕES	153
<i>Mulheres no espelho</i>	<i>153</i>
<i>Espelho de relações</i>	<i>159</i>
<i>Jogo de corpo</i>	<i>176</i>
5. ENTRE DISCURSOS E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS	193
<i>Antropologia no ambulatório</i>	<i>197</i>
<i>Terapias narrativas e sua abordagem dos transtornos alimentares</i>	<i>224</i>
<i>A Agência : uma abordagem narrativa e feminista dos transtornos alimentares</i>	<i>231</i>
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	249
Anexo I – Critérios Diagnósticos para Transtornos Alimentares.....	257
Anexo II – Cronologia da história de Bel, por ela mesma.	261
Anexo III - Proposta de pesquisa de campo em uma ONG de orientação feminista e narrativa para prevenção e tratamento de transtornos alimentares.....	265
Anexo IV - Termo de Consentimento Informado para participantes da pesquisa junto a Agência	271
Anexo V – Critérios diagnósticos para Transtorno de personalidade anti-social	275
BIBLIOGRAFIA	277

INTRODUÇÃO: HISTÓRIAS DE VIDA, EXPERIÊNCIA, SUJEITOS

“Muitas vezes surpreendo-me com o fato de que eu exista, de que meu corpo seja corpóreo, de que minha face seja minha face, que meu nome tenha uma correlação com uma pessoa que eu possa identificar como eu mesma. Mas suponho que não seja tão estranho criar uma colagem de memórias – recortes que substituam uma narrativa lógica, linear. Eu fiz algo muito semelhante comigo mesma.”

Marya Hornbacher¹

*“Tanta luta pra construir um eu e agora tenho que mudar o nome dele! (Risos).”*²

Foi essa a reação, em tom bem humorado, de Bel, uma das minhas interlocutoras de pesquisa, quando lhe pedi que escolhesse um pseudônimo para ser identificada nos textos resultantes do estudo. O humor do comentário está na referência implícita à sua história de vida, que foi sendo construída em nossas inúmeras conversas de pesquisa, uma história que ela nesse momento qualifica como sua história de luta para construir um eu.

Em certa medida, essa qualificação também pode ser considerada válida para virtualmente toda história de vida – ao menos aquelas que descendem da convenção romanesca moderna que Bourdieu (1997) identifica como a base da noção que teria “entrado de contrabando” na produção etnológica e sociológica. Afirma o autor:

Essa inclinação a tornar-se ideólogo de sua própria vida, selecionando, em função de uma intenção global, certos acontecimentos *significativos* e estabelecendo entre eles conexões que possam justificar sua existência e atribuir-lhes coerência, como aquelas que implicam em sua instituição como causa ou, com mais frequência, como fim, encontra a cumplicidade natural do biógrafo para quem tudo, a começar por suas disposições de profissional da interpretação, leva a aceitar essa criação artificial de sentido. (pp.75-76).³

¹ HORNbacher (1998), p.279. Tradução livre. No original: “I’m often surprised that I exist, that my body is a corporeal body, that my face is my face, and that my name has a correlation to a person I can identify as myself. But I suppose it’s not so strange to create a collage of memory – clippings that substitute for a linear, logical narrative. I did a very similar thing with myself.”

² As convenções de notação adotadas no texto foram as seguintes: Citações de falas de informantes integradas ao texto estão entre aspas e em itálico. Citações de mais de três linhas, tanto de informantes quanto de bibliografia, são alocadas em novo parágrafo, sem aspas, espaço entre linhas simples e fonte menor, com recuo de parágrafo apenas à esquerda, quando referentes a bibliografia, e à esquerda e à direita, quando referentes a falas de informantes. Trechos de diálogos com informantes também estão recuados, com fonte menor, sendo as falas da antropóloga em fonte normal, e as das informantes em itálico, com espaçamento de 1,5 linhas para facilitar a leitura.

³ Grifo no original.

Para contornar tal armadilha, o sociólogo francês defende que qualquer análise de uma trajetória individual (ou história de vida) seja sempre uma etapa posterior à construção do “conjunto de relações objetivas” nos “estados sucessivos do campo em que ela se desenrolou”. Em outras palavras, a noção de campo serviria como instrumento de garantia da objetividade sociológica àqueles pesquisadores que se arriscam a vadear o pantanoso terreno subjetivo das histórias de vida, correndo o risco de permanecerem atolados na reprodução do discurso “nativo”.

Esta tensão entre subjetividade e objetividade, presente na crítica de Bourdieu, encontra paralelo naquilo que Crapanzano (1984) identifica como o embaraço conceitual da antropologia acadêmica, gerado pelos usos de histórias de vida que, apesar de perpassarem toda a história da disciplina no século XX, ainda seriam relegadas a uma posição marginal no interior da mesma.

Crapanzano relaciona tal problematização à posição ambígua da antropologia acadêmica. De acordo com o autor, o recurso à história de vida realiza a mediação da tensão entre a experiência íntima da pesquisa de campo e o processo, essencialmente impessoal, da análise antropológica e da apresentação etnográfica, tensão esta que seria o cerne da ambiguidade da disciplina. Por ser simultaneamente mais “literária” do que “científica”, e mais “científica” do que “literária”, a história de vida traduz de forma metonímica a tensão entre a afirmação do caráter científico da antropologia e a dificuldade de se atestar a objetividade de um conhecimento produzido pelo encontro das subjetividades de pesquisados e pesquisador no campo.

Suely Kofes (2001) aponta para os limites da crítica de Bourdieu, ao assinalar que “o problema atacado na discussão de Bourdieu, é de uma explicação que leva em conta a interpretação dos sujeitos e a própria ideia de sujeito”. A antropóloga prossegue, assinalando que tal viés analítico não é apenas pertinente na seara da investigação antropológica, como também chega a assumir certa centralidade em alguns momentos da história da disciplina. Assim como Kofes, inspiro-me aqui no sentido que Crapanzano (1984) atribui à história de vida enquanto “uma complexa negociação da constituição de si”.

Trata-se de levar a sério, pois, o que os sujeitos têm a dizer sobre si e sua trajetória, de considerar que as formas pelas quais interpretam o mundo estão intimamente relacionadas a seus modos de viver e agir sobre ele, sendo, portanto, não apenas um objeto pertinente à investigação antropológica, como também um de seus fundamentos heurísticos, uma das condições da produção do próprio conhecimento.

Arthur Kleinman (1995) defende uma proposta de etnografias da experiência para enfrentar aquilo que denomina de dilema interpretativo dos antropólogos:

A interpretação do sofrimento de uma pessoa ou de um grupo, enquanto reprodução de relações opressivas de produção, simbolização de conflitos dinâmicos no interior do *self* ou enquanto resistência à autoridade, é uma transformação da experiência cotidiana da mesma ordem daquelas reconstruções patologizantes da biomedicina. Antropologizar perturbações não é moralmente superior a medicalizá-las. O que se perde nas descrições biomédicas – a complexidade, a incerteza e a cotidianidade do mundo da experiência de um homem ou mulher – também está ausente quando a doença é reinterpretada como papel, estratégia ou símbolo social... como qualquer coisa a não ser experiência humana. (p.96).⁴

A apreensão, em registro profissional, da experiência humana, seja em categorias biomédicas, sociológicas ou antropológicas não é, portanto, apenas um dilema moral, mas um problema heurístico. Sob o preço da abstração necessária para o cumprimento da tarefa analítica e interpretativa da empreitada antropológica, corre-se o risco de perder de vista o horizonte da experiência vivida dos sujeitos que procuramos compreender, e passa-se a produzir um tipo de conhecimento que diz mais respeito às categorias, teorias e conceitos formulados pela própria disciplina do que às formas pelas quais os sujeitos vivem a cultura.

Não se trata, evidentemente, de abdicar de qualquer pretensão analítica e limitar-se a um inventário exaustivo de relatos nativos de primeira mão, mesmo porque tal empreitada também corre o risco de congelar e reificar uma experiência que está sempre em fluxo, em constante mudança e é sempre incompleta, localizada e parcial.

⁴ Tradução livre. No original: “The interpretation of some person’s or group’s suffering as the reproduction of oppressive relations of production, the symbolization of dynamic conflicts in the interior of the self, or as resistance to authority, is a transformation of everyday experience of the same order as those pathologizing reconstructions within biomedicine. Nor is it morally superior to anthropologize distress, rather than medicalize it. What is lost in biomedical renditions – the complexity, uncertainty, and ordinariness of some man or woman’s world of experience – is also missing when illness is reinterpreted as social role, social strategy, or social symbol... as anything but human experience”.

Para Kleinman, a tarefa da antropologia é se fazer no movimento entre a etnografia, relato próximo-da-experiência⁵, e a interpretação ou análise – a tradução de uma cultura à outra, o último passo na análise cultural (p. 116). Definindo experiência como o meio intersubjetivo de transações sociais em mundos morais localizados e o produto da interação entre categorias culturais e estruturas sociais com processos psicofisiológicos, o autor ressalta que o importante é atentar para o que está em jogo (*at stake*) nas interações cotidianas, algo que varia enormemente, em função de elaborações culturais, idiossincrasias pessoais, particularidades históricas e as especificidades da situação.

Tomemos o exemplo do metrô, utilizado por Bourdieu para defender a noção de campo. Ora, segundo Bourdieu, “Tentar compreender a vida como uma série única e, por si só, suficiente de acontecimentos sucessivos, sem qualquer outra ligação que a vinculação a um ‘sujeito’ cuja única constância é a do nome próprio, é quase tão absurdo quanto tentar explicar um trajeto no metrô sem levar em conta a estrutura da rede, isto é, a matriz das relações objetivas entre as diversas estações” (Op. cit., p. 81).

Pensando sobre esse mesmo exemplo sob a ótica de Kleinman, de nada adianta o mapa das estações do metrô para compreender o uso que determinado sujeito faz dele se não soubermos sobre sua experiência cotidiana, se o que está em questão é evitar o trânsito ou a dificuldade em estacionar o carro em determinada região, a que horas o sujeito precisa acordar para sair de casa e chegar ao trabalho usando este ou aquele meio de transporte, se ele está com medo de andar de ônibus porque estes têm sido alvos de ataques incendiários de facções criminosas, se ele tem alguma dificuldade de locomoção que influencie a sua escolha por um meio de transporte mais ou menos acessível ou, até mesmo, se voltar do trabalho pelo metrô tem algo a ver com ir ao bar com os colegas no final do expediente.

Para Kleinman, portanto, a antropologia se constrói no constante deslocamento de foco efetuado pelo antropólogo:

⁵ Aqui, Kleinman toma de empréstimo o termo “experience-near”, trazido ao léxico antropológico por Clifford Geertz (1974): “Um conceito próximo-da-experiência é, grosso modo, aquele que um indivíduo - um paciente, um sujeito, um informante em nosso caso – pode usar naturalmente e sem esforço para definir o que ele ou seus companheiros vêem, sentem, pensam, imaginam etc, e que ele iria prontamente reconhecer se empregado de forma semelhante por outrem.” (p.28). Tradução livre. No original: “An experience-near concept is, roughly, one which an individual - a patient, a subject, in our case an informant - might himself naturally and effortlessly use to define what he or his fellows see, feel, think, imagine, and so on, and which he would readily understand when similarly applied by others”.

A tarefa é interpretar padrões de significado no interior de situações compreendidas através de categorias próximas-da-experiência; contudo, os etnógrafos trazem consigo a libertadora distância advinda de suas próprias categorias próximas-da-experiência e de sua apreciação das condições humanas compartilhadas. Isso significa que a etnografia, assim como a história, a biografia e a psicoterapia, é dotada da possibilidade de uma forma de conhecimento mais válida para a estrutura dialética e o fluxo contingente da experiência vivida do que formas reducionistas de conhecimento que, por definição, distorcem as condições existenciais da vida. (p.99)⁶.

À ênfase de Kleinman sobre a importância de o antropólogo manter-se atento às categorias próximas-da-experiência, podemos aliar a proposta de Turner (1980) de “apreender as estruturas da experiência nos processos reais da vida social” (p.144).⁷ Insatisfeito com os limites da análise antropológica nos moldes do estrutural-funcionalismo em que se formara como antropólogo, Turner inspira-se em Dilthey e Dewey para pensar as estruturas da experiência que englobam simultaneamente os aspectos cognitivos, conativos e afetivos da vida humana. Para tanto, volta a atenção para narrativas e dramas sociais, trazendo as expressões da experiência e a performance para o centro da análise antropológica.

Inspirando-me em Kleinman e em Turner, proponho pensar nesta tese os transtornos alimentares como experiências, procurando atentar para o que é posto em questão pelas minhas interlocutoras de pesquisa, nos diversos momentos de suas experiências transformadas em narrativa, nas histórias de vida que compõem o cerne da pesquisa de campo que fundamenta este estudo.

A opção por atribuir centralidade às histórias de vida na pesquisa que deu origem à tese nasceu, como não é raro, de uma pesquisa anterior. Durante a etnografia virtual que embasou a minha dissertação de mestrado (SILVA, 2004), notei que as histórias de experiências pessoais com transtornos alimentares não apenas eram frequentes nos grupos de discussão sobre o tema, mas também adquiriam significativa importância nesse meio.

Por um lado essas narrativas biográficas serviam para legitimar a posição dos sujeitos no interior dos grupos, conferindo autoridade para falar sobre o assunto através do

⁶ Tradução livre. No original: “The task is to interpret patterns of meaning within situations understood in experience-near categories; yet, ethnographers also bring with them the liberating distance that come from their own experience-near categories and their appreciation of shared human conditions. That means that ethnography, like history and biography and psychotherapy, holds the possibility of a way of knowing more valid to the dialectical structure and contingent flow of lived experience than reductionistic forms of knowing that by definition distort the existential conditions of life”.

⁷ Tradução livre. No original: “toprehend (sic) experiential structures in the actual processes of social life”.

conhecimento que se supõe ser adquirido apenas através da experiência íntima com um transtorno alimentar.

Por outro lado, narrar a própria história era também considerado um bem em si mesmo, seja pela lógica do “desabafo”, que supõe que o sofrimento compartilhado torna-se mais suportável, seja pela ideia de que o próprio ato de narrar implica em uma reflexão que tem um potencial transformador. Ou seja, falar sobre a própria experiência pode levar a pessoa a refletir sobre ela e compreendê-la de modo a abrir novas possibilidades de ação. Este último argumento por vezes tomava a forma de “tornar-se autor da própria história”, no sentido de ser capaz de reconhecer sua própria capacidade de agir (*agency*) perante uma situação (transtorno alimentar) tida como bastante limitada ou eventualmente negada⁸.

A autobiografia da norte-americana Marya Hornbacher, de onde foi extraída a epígrafe desta tese, é um notável exemplo de uma situação em que o sujeito procura recuperar a autoridade sobre a própria vida por meio da narrativa. Não por acaso, ela inicia a história com um resumo da versão de sua vida que pode ser encontrada nos prontuários e registros médicos sobre seu “caso”: bulímica aos nove anos, anorética aos quinze, oscilou entre ambos até os vinte, e, aos vinte e três, ao escrever sua história de vida, tinha o diagnóstico de “transtorno alimentar, não especificado”. Neles ela é descrita como “crônica”, “caso perdido”, uma garota inválida e delirante, destinada, se sobrevivesse, a uma vida em camas de hospital.

A essa narrativa inaugural, Marya opõe sua própria versão. A história da autobiografia de Hornbacher não é tomada como uma versão “mais verdadeira” do que aquela compilada pelos prontuários e registros médicos; tampouco, como sugere a epígrafe, é uma versão bem acabada, coerente, unívoca. É uma narrativa que se assume enquanto colagem, que revela arestas, incongruências e frestas entre fragmentos; que manifesta seu caráter artesanal, de artifício – e talvez, por isso mesmo, revele o sujeito que se constitui por meio dela.

⁸ Em um trabalho anterior (SILVA, 2006) tive a oportunidade de discutir o estatuto problemático da agencialidade (*agency*) nos discursos terapêuticos sobre os transtornos alimentares. Nesta tese, procuro complementar a reflexão a partir do ponto de vista dos sujeitos que têm a experiência de um transtorno alimentar.

Assim, a opção por dar centralidade às histórias de vida se distancia de uma perspectiva orientada pela noção de representatividade, ou pelos moldes de relatos de casos clínicos. Não se trata de ter acesso a uma experiência vivida (pré)objetiva, a fatos ou dados para fundamentar um conjunto de explicações, ou de tornar visível uma realidade objetiva que sempre existiu, e que apenas foi apagada ou silenciada por um discurso hegemônico – o biomédico, no caso. Proponho uma leitura da autobiografia de Hornbacher, e das histórias de vida elaboradas nessa pesquisa, como *contraversões* – ou seja, possibilidades de contra-discursos, geradas por e em relação aos próprios dispositivos de poder que produzem os discursos hegemônicos.

Isso noz conduz à questão do assujeitamento, ou seja, à ideia de que a constituição de sujeitos e de sua capacidade de agir não pode ser separada dos dispositivos de poder que os sujeitam. Nas palavras de Butler, “se eu possuo alguma capacidade de agir, ela é inaugurada pelo fato de que eu sou constituído por um mundo social que jamais escolhi” (BUTLER, 2003, p. 3); ou, como afirma Veena Das, “a experiência de tornar-se sujeito está vinculada de maneiras importantes à experiência de subjugação” (DAS, 2000, p. 205).⁹

As histórias de como os sujeitos se constituem em meio à experiência de transtorno alimentar podem revelar, portanto, elementos fundamentais dos processos contemporâneos da produção de sujeitos no seio de relações sociais atravessadas por múltiplos dispositivos de poder, e no contexto específico em que o corpo¹⁰ adquire especial relevância, não apenas por sua centralidade na problemática dos transtornos alimentares, como também por configurar uma interface privilegiada nos processos contemporâneos de assujeitamento.

Richard Miskolci (2006) afirma: “vivemos na era do corpo como encarnação da identidade, sustentáculo dos ideais societários que incidem sobre os indivíduos e depositário das ansiedades individuais sobre a possibilidade de adequação ao mundo” (p. 681). E ainda que em seu ensaio o foco recaia sobre as formas de assujeitamento que

⁹ Tradução livre. No original: “the experience of becoming a subject is linked in important ways to the experience of subjugation”.

¹⁰ A partir da década de 1970, e exponencialmente nas três décadas seguintes, o corpo torna-se objeto privilegiado de diversas correntes de estudos nas Ciências Sociais, e sob diferentes articulações teóricas. Dentre estas, enquanto fonte de inspiração para a abordagem aqui desenvolvida, destacam-se os estudos de gênero e corporalidade, bem como seus desdobramentos na teoria *queer*, inspirados sobretudo na obra de Judith Butler (2003), e também os estudos sobre *embodiment*, (MARTIN, 1992; CSORDAS, 1994; FEATHERSTONE e TURNER, 1991; FEATHERSTONE, HEPWORTH e TURNER, 1991; STRATHERN e LAMBECK, 1998).

marcam a formação dos corpos-identidades de homens, os dispositivos de poder nelas implicados também dizem respeito às formas de assujeitamento que perpassam a fabricação de corpos-identidades gendrados em geral, visto que sua produção é sempre relacional.

O argumento de Miskolci é de que a tendência contemporânea de adesão a uma ética individualista e masculinizante, através do apelo e à incitação à disciplina, conduziria à formação de subjetividades que incorporam os valores dominantes e aderem aos meios de adequação corporal e identitária que, por sua vez, levaria à integração no grupo “mais valorizado” e tido como mais feliz, e, ao mesmo tempo, à produção da exclusão sistemática daqueles que falham em performatizar os valores hegemônicos:

Quem não tem um corpo bronzeado, malhado, “sarado”, lipoaspirado e siliconado é visto como alguém que fracassou e isso explica o aumento de casos de anorexia, bulimia, distímias e depressões. Um corpo inadequado não apenas marca a maior parte da população como gorda, feia ou disforme, segundo os padrões modelares de uma elite, mas também gera subjetividades auto-destrutivas em sua busca de adequação a qualquer custo. Em alguns casos, o medo da rejeição supera até mesmo o desejo de sobreviver. (p. 685).

Creio que o que é importante reter do argumento de Miskolci é a complexa articulação entre tecnologias dos corpos, que são também tecnologias de gênero, valores identitários socialmente hegemônicos e a produção social desigual e excludente de identidades corporificadas nos processos de assujeitamento. Na medida em que os transtornos alimentares performatizam de forma exacerbada¹¹ essa busca de adequação aos ideais hegemônicos, eles revelam de maneira contundente as contradições inerentes a essa lógica, paradoxalmente fabricando sujeitos que, patologizados, mostram-se fundamentalmente inadequados e trazem à tona os fundamentos de sua sujeição. Sujeição esta que diz respeito não apenas a gênero, mas também a classe social e raça/etnicidade. Ainda seguindo Miskolci: “Não sejamos ingênuos, o que se apregoa como beleza é a norma social de que devemos ser jovens, ‘brancos’, masculinos e, é claro, ricos” (p. 686).

Consideremos, pois, os elementos centrais destas normas sociais tal como incidem de forma específica no universo dos transtornos alimentares. Ainda que o fio condutor da tese encontre-se nas histórias de vida, escritas ao longo de quatro anos em colaboração com

¹¹ Em outra ocasião, ressaltai como os comportamentos tidos como patológicos e característicos dos transtornos alimentares são apenas uma versão exacerbada daquelas técnicas corporais de emagrecimento consideradas normais, recomendáveis e mesmo promotoras de saúde (SILVA, 2004).

três interlocutoras voluntárias¹², sua trama é composta pelos diversos percursos teóricos e empíricos de uma etnografia multi-situada (HANNERZ, 2003), que transitou pelo universo de comunidades virtuais brasileiras sobre transtornos alimentares, um serviço ambulatorial de um hospital universitário, congressos de psiquiatria, uma vasta bibliografia. e uma agência feminista de base comunitária para tratamento, educação e prevenção de transtornos alimentares na Nova Zelândia. Esse trânsito por múltiplos cenários, ainda que não se trate da tentativa de delinear um campo, no sentido que lhe atribui Bourdieu, foi o que permitiu traçar o mapa dos diversos discursos e narrativas sobre os transtornos alimentares em diferentes campos sociais, em relação aos quais, e contra os quais, se desenrolam as histórias de vida, transcritas e analisadas na tese. Prosseguiremos, então, apontando as coordenadas mais importantes desse mapa.

Mapeando contextos sociais dos transtornos alimentares

Tidos como perturbações eminentemente femininas (SILVA, 2004), os transtornos alimentares não apenas afetam uma proporção muito maior de pessoas do sexo feminino do que do masculino, como os homens afetados por esses distúrbios também são vistos como feminilizados¹³:

Os transtornos alimentares afetam predominantemente mulheres jovens, com uma prevalência média de relação homem-mulher de 1:10 e até de 1:20 (Klein e Walsh, 2004). Essa diferença diminui entre populações de indivíduos mais novos, nas quais os meninos correspondem de 19% a 30% dos casos de AN¹⁴ (Guideline, 2000). Dentre os homens com transtornos alimentares, parece haver associação específica entre homossexualidade masculina e índices elevados de sintomatologia bulímica e anoréxica, como demonstrado em estudo de Russel e Keel (2002).” (PINZON e NOGUEIRA, 2004, pp. 158 - 159).

Por outro lado, a genealogia das definições biomédicas destas perturbações remete a uma tradição que, a partir do fenômeno da histeria, cria um aparato discursivo que concebe a loucura como uma moléstia feminina.¹⁵

¹² Havia interesse de incluir também algum interlocutor do sexo masculino, todavia nenhum se dispôs a participar da pesquisa.

¹³ “Feminilização” é empregada aqui como uma posição subalterna em relação ao dispositivo de poder sexo-gênero. Não deve ser confundida com “afeminação” na forma de apresentação corporal.

¹⁴ AN é a abreviação corrente para “anorexia nervosa”; BN, para “bulimia nervosa”; TANE, para “transtorno alimentar, não especificado” e TA, para transtorno alimentar.

¹⁵ Ver SILVA, 2004; e SHOWALTER, 1987.

Há ainda um campo de produção bem estabelecido de pesquisas feministas sobre os transtornos alimentares. A partir do trabalho pioneiro de Susie Orbach (1979) na Inglaterra, toda uma linhagem de estudos debruçou-se sobre as formas como os padrões considerados socialmente hegemônicos de feminilidade colaboram com as condições sociais de possibilidade dos transtornos alimentares. Grande parte dessas pesquisas¹⁶ baseia-se na análise de discursos socialmente difundidos, principalmente aqueles oriundos da publicidade, da indústria de dietas e boa forma e da mídia, apontando para aspectos contraditórios de um padrão de feminilidade ocidental contemporâneo hegemônico, que ao mesmo tempo em que demanda que as mulheres sejam independentes, competitivas e bem sucedidas no mercado de trabalho, exige que elas mantenham uma série de comportamentos voltados para suprir as necessidades e expectativas de outras pessoas, notadamente de familiares (pais, parceiros, filhos), não apenas através das atividades de consumo, mas também no investimento em sua própria aparência. Todavia, muitos desses estudos limitam-se a identificar e a descrever tais padrões, encontrando similaridades nos discursos sobre os transtornos alimentares e nos relatos dos sujeitos que os vivenciam, enquanto os processos pelos quais os discursos afetam as ações dos sujeitos sociais permanecem sem maior exame.

Apenas os estudos mais recentes¹⁷ começam a se debruçar em maior detalhe sobre como tais discursos hegemônicos de feminilidade operam na produção de sujeitos, e assumem materialidade em seus corpos. E não obstante a recente preocupação com a investigação dos transtornos alimentares em países em desenvolvimento¹⁸, fora do eixo Estados Unidos – Europa Ocidental, ainda há uma imensa lacuna nos estudos sobre a relação entre gênero e os processos de corporificação envolvidos nos transtornos alimentares.

Esse último ponto merece particular atenção, pois é através do exame da literatura que procura compreender o surgimento de transtornos alimentares entre esses grupos

¹⁶ Ver, p. ex., ORBACH (1979, 1986), LAWRENCE, (1984), CASKEY (1986), PROBYN (1987), BORDO (1990,1992,1995), WOLF (1992), BROWN e JASPER (1993), MACSWEEN (1993), CHERNIN (1994a, 1994b), FALLON e KATZMANN (1994).

¹⁷ GREMILLION (2003,2009), BURNS (2004, 2009), BURNS e GAVEY (2004), MALSON (1998, 2009), SAUKKO (2009).

¹⁸ Ver, p. ex., BECKER (1995,2004,2007); BECKER *et alli* (2002,2003,2007); NASSER (1997); NASSER, KATZMAN e GORDON (2001); NASSER e MALSON (2009).

“atípicos”, que se fazem visíveis as fortes marcas de classe e raça/etnicidade presentes na concepção dos transtornos alimentares. Entremos nesse assunto a partir de uma vinheta, oriunda de minha atuação como voluntária no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Unicamp.

Em 2008, foi atendida no Ambulatório uma paciente cujo caso mobilizou particularmente a atenção da equipe, fazendo com que minha participação como antropóloga no ambulatório fosse, naquele momento, particularmente mobilizada.

Negra, aos vinte e nove anos de idade, a paciente que aqui será identificada pelo pseudônimo de Carolina, era residente de uma pequena cidade ao sul do Estado de Minas Gerais, e trabalhava na colheita de batatas junto com os pais, irmãos e irmãs desde que abandonara a escola para contribuir com a renda da família.

Carolina não era a primeira paciente negra a ser inserida no ambulatório. Também não era a única a não corresponder ao perfil de classe social mais elevada esperado: em se tratando de um serviço em um hospital universitário que oferece atendimento gratuito e está integrado à rede do Sistema Único de Saúde, o ambulatório tem um perfil de usuários provenientes, sobretudo, de classe média a baixa, que não têm condições de arcar com os custos de um tratamento na rede privada.

Considerando a falta de serviços especializados no tratamento de transtornos alimentares na região, não é de todo incomum que a procura pelo serviço também inclua pessoas de um perfil social mais elevado. Todavia, dentre estes, são poucos os que dão continuidade ao tratamento, eventualmente optando, até mesmo sob sugestão de profissionais da equipe, por tratamento na rede privada, para evitar os constrangimentos e as dificuldades habituais a que estão sujeitos os usuários do sistema público de saúde no país.

Parece interessante que, apesar da distinção geral entre o perfil dos usuários do ambulatório e o perfil típico esperado e descrito na literatura, a tendência geral dos profissionais ao lidar com esses casos seja a de minimizar as diferenças e enfatizar as semelhanças, operando uma espécie de glosa entre os dois perfis. Assim, no caso de outra

paciente negra inserida¹⁹ no ambulatório, o fato de ser negra era menos importante do que sua descrição como extremamente disciplinada e estudiosa, e de ter conseguido ainda muito cedo um emprego em uma posição de relativo prestígio na prefeitura da cidade onde morava. Essa glosa, vale ressaltar, é menos motivada por uma “cegueira social” do que pela necessidade prática de adotar um modelo de tratamento previamente testado e recomendado pela literatura especializada.

O caso de Carolina, entretanto, parecia desafiar qualquer tentativa de ajuste. Negra e pobre, causava ainda perplexidade à equipe de tratamento por apresentar anorexia extremamente grave e com todas as características “típicas”: ela manifestava uma sintomatologia completa, correspondente à descrição clássica da anorexia nervosa na literatura de referência, a não ser por seu perfil social. Isso fazia de seu caso uma espécie de contradição em termos, um enigma a ser explicado. Não por acaso, a participação da antropóloga da equipe foi solicitada, como também seu caso foi escolhido para ser descrito em um trabalho apresentado no XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria (FACURI et al, 2008).

A vinheta sobre Carolina interessa, pois, a esta introdução, na medida em que revela os pressupostos sobre raça/etnicidade e classe social que, embora não estejam explicitamente marcados nas definições habituais dos transtornos alimentares, participam delas de forma tão poderosa a ponto de que uma anorética típica, a não ser pelo fato de ser negra e pobre, seja considerada um enigma científico. Desse modo, é essencial adotar uma perspectiva analítica capaz de dar conta não apenas da questão de gênero, mas também de outras dimensões sociais em ação nos processos de assujeitamento, de maneira inseparável.

A interseccionalidade entre gênero e diversas categorias marcadoras de diferença ganhou destaque na produção acadêmica nos estudos de gênero quando a universalidade da categoria “mulher” como sujeito do feminismo passou a ser questionada a partir de diferenças internas, com especial ênfase no tocante à “raça”²⁰. Entretanto, “a questão não se

¹⁹ O termo “inserida” significa que a paciente, após ter passado pelo processo de triagem e avaliação inicial por psiquiatras do ambulatório, foi considerada apta a participar das atividades terapêuticas previstas pelo protocolo de tratamento, por preencher os critérios de inserção estabelecidos. Uma descrição mais completa desses critérios e do protocolo de tratamento utilizados pelo ambulatório pode ser encontrada no quinto capítulo desta tese.

²⁰ Ver PISCITELLI (1993).

resolve adicionando as diversas formas de opressão na configuração da condição social das mulheres e das relações de gênero”²¹.

Kimberlé Crenshaw (2002) é uma das teóricas pioneiras na “virada da interseccionalidade” no pensamento feminista. De acordo com a autora:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (p. 177).

A metáfora da intersecção de eixos de poder, tal como formulada por Crenshaw, é uma dentre tantas tentativas de conceituar essas composições de poder específicas que geram opressões, exclusões e invisibilidades, que não podem ser suficientemente compreendidas apenas como a somatória de diferentes marcadores de diferença social. A combinação desses marcadores gera diferenças e invisibilidades não só externamente, mas no interior das próprias categorias de diferenciação.

Entretanto, argumenta Bacchetta (2008), a metáfora da interseccionalidade teria o limite de ainda conceber os eixos de poder de forma independente, como se, para além dos pontos de intersecção, um ou outro eixo pudesse ser compreendido como preponderante. Isso significa que raça, classe e heteronormatividade são igualmente coformadores tanto das identidades femininas das lésbicas de cor quanto das identidades femininas das heterossexuais brancas, ainda que no caso das últimas, por estarem de acordo com a normatividade hegemônica, a questão da raça e da heterossexualidade não esteja visivelmente marcada.

Como alternativa ao termo interseccionalidade, Paola Bacchetta propõe os termos coformações e coproduções. Interessada na questão dos sujeitos subalternos, invisíveis e até mesmo “impossíveis”²², ela afirma:

²¹ Idem, p.4.

²² Um bom exemplo de sujeitos “impossíveis” é o do grupo de lésbicas muçulmanas que participaram, usando o véu, de manifestações contra a proibição do uso do véu na França, em 2004. A maior parte das militantes francesas, feministas e lésbicas, entendeu o gesto como “alienação” e “cumplicidade com o fundamentalismo islâmico”, “internalização da lesbofobia” e “perpetuação do armário”. Todavia, para as lésbicas muçulmanas,

Ao contrário, a noção de coformações implica em que os poderes, embora possam emergir sob diferentes formas (incluindo formas diferentes de sexismo, racismo, opressão de classe, etc.) são sempre mutuamente constituídos com, por meio e como cada operação plural de poder. Ademais, coformações, por levarem em conta a inseparabilidade do que antes haviam sido conceitualizados como poderes analiticamente distintos (gênero, sexualidade, raça, classe, etc.), nos instiga a indagar a respeito do poder que é invisibilizado quando uma parte do poder é visível. (pp. 9 -10).²³

Já as coproduções seriam dispositivos, no sentido foucaultiano do termo:

Quando uso o termo coproduções eu me refiro a operações inseparáveis de poder (coformadas) através das dimensões materiais, discursivas, corpóreas, sociais, psíquicas e simbólicas, partindo das mínimas micro escalas, que confluem em vários tipos de relações de poder de larga escala que são específicas a um tempo-espço particular. (p. 11).²⁴

Acredito que a perspectiva adotada por Bacchetta seja compatível com aquela proposta por Judith Butler. Logo na introdução de *Undoing Gender* (2003), Butler deixa claro que embora esteja focando sua análise especificamente em questões de gênero e sexualidade, múltiplas normatividades, e não apenas de gênero, estão sempre presentes nos processos de produção de pessoalidades:

O humano é compreendido diferencialmente dependendo de sua raça, da legibilidade desta raça, de sua morfologia, da possibilidade de reconhecimento dessa morfologia, de seu sexo, da possibilidade de verificar esse sexo através da percepção, de sua etnicidade e da compreensão categórica dessa etnicidade. Alguns humanos são reconhecidos como menos do que humanos, e tal forma de reconhecimento qualificado não conduz a uma vida viável. Alguns humanos sequer são reconhecidos como humanos, e isso conduz a ainda outra ordem de vida invivível. (p. 2).²⁵

o gesto tinha um significado político profundo, deliberadamente calculado, não apenas de afirmar a possibilidade de um sujeito lésbico islâmico que usa véu, mas também de ressaltar a “impossibilidade” desse sujeito perante as normatividades hegemônicas e também para o feminismo lésbico francês não-islâmico. (BACHETTA, 2008, pp.20-23).

²³ Tradução livre. No original: “Instead, the notion of co-formations implies that powers, though they may emerge in different forms (including in forms different from sexism, racism, class oppression, etc.), are always mutually constituted with, through and as each plural working of power. Farther, co-formations, by accounting for inseparabilities of what have previously been conceptualized as analytically distinct powers (gender, sexuality, race, class, etc.), provokes us to ask about power that is invisibilized when some part of power is visible.”

²⁴ Tradução livre. No original: “When I use the term co-productions I mean to signify inseparable workings of (co-formed) power across material, discursive, corporeal, social, psychic, and symbolic dimensions beginning at the most micro scales, that congeal in various types of large scale relations of power that are specific to a particular time-space”.

²⁵ Tradução livre. No original: “The human is understood differentially depending on its race, the legibility of that race, its morphology, the recognizability of that morphology, its sex, the perceptual verifiability of that sex, its ethnicity, the categorical understanding of that ethnicity. Certain humans are recognized as less than human, and that form of qualified recognition does not lead to a viable life. Certain humans are not recognized as human at all, and that leads to yet another order of unlivable life.”

Partindo do pressuposto que gênero não pode ser entendido como uma dimensão isolada ou preponderante dentre as inúmeras normatividades que constituem socialmente as pessoas, essas tantas outras dimensões não apenas se somam ou intersectam, mas se imiscuem e se modificam umas às outras de forma inseparável. É, portanto, necessário ter sempre em mente que há uma infinidade de regras implícitas que coproduzem (BACCHETTA, 2008) pessoas enquanto humanos, menos-que-humanos ou inumanos, inteligíveis, aceitáveis, normatizáveis, incorrigíveis, abjetos, invisíveis e até impossíveis. E, condição imprescindível da vida humana até o presente, a corporificação dessas normatividades é parte essencial da produção desses sujeitos e dos limites de seu agenciamento (*agency*).

Partindo dessa perspectiva analítica, é possível compreender melhor a relação entre a definição biomédica dos transtornos alimentares e os denominados fatores sócio-culturais neles implicados, sobretudo quando colocados em relevo pelas tentativas de explicar sua incidência em contextos sócio-culturais atípicos e/ou não-ocidentais.

Estudos clínicos transculturais recentes apontam para a correlação entre a incidência desses distúrbios e os contextos de rápida “modernização”, entendida como uma crescente inserção no mercado mundial de produção e consumo, de circulação de discursos relacionados à boa forma, saúde e beleza, veiculados pela mídia.

Entretanto, em sua grande maioria, as concepções de cultura adotadas são pouco problematizadas, sendo muitas vezes empregadas como sinônimo de raça, etnicidade ou nacionalidade. Por outro lado, a mudança cultural e a “modernização” são encaradas como “aculturação”, ou “choque entre culturas”, enquanto gênero e idade são tratados como variáveis independentes da cultura, sinônimos de uma realidade biológica, ou elaboração social dessa realidade que seria mais ou menos universal.

Tomando como ponto de partida a leitura crítica de alguns textos publicados em periódicos científicos que abordam a relação entre transtornos alimentares e os ditos fatores sócio-culturais em países em desenvolvimento, ou entre minorias étnico raciais em países desenvolvidos, gostaria de compor uma segunda vinheta para ressaltar alguns elementos dos discursos a respeito da relação entre transtornos alimentares e os contextos

socioculturais em que se manifestam, e para delinear o mapa em que se situam as histórias de vida que serão apresentadas adiante.

Nesta vinheta, tratarei diretamente dos artigos “Television, disordered eating and young women in Fiji: negotiating body image and identity during rapid social change” (2004), e “Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian girls” (2002), de Anne E. Becker. Gostaria de frisar, contudo, que as considerações mais gerais estão informadas pela leitura de um conjunto bem mais amplo de artigos²⁶.

Anne E. Becker ganhou notoriedade por sua pesquisa nas Ilhas Fiji, na década de 1990, que teria demonstrado a emergência de transtornos alimentares nessa região após a introdução da televisão, em 1995. Em “Body, Self and Society” (1995), Becker procura explicar a suposta ausência de transtornos alimentares em Fiji a partir das concepções étnicas fijianas tradicionais de pessoa. Na Fiji tradicional, há um tipo de doença, sem causa orgânica aparente, caracterizada pela recusa alimentar e o emagrecimento progressivo e acentuado, denominada *macake*. Por sua apresentação, o *macake* poderia ser interpretado por incautos olhos ocidentais como uma categoria nativa para a anorexia.

Todavia, nos adverte Becker, o *macake* é fundamentalmente diferente da anorexia: primeiro por não apresentar outros elementos definidores²⁷ da anorexia, como a distorção da imagem corporal, o medo intrusivo de engordar e a restrição alimentar com a finalidade de emagrecer. Além disso, o emagrecimento no *macake* não poderia jamais ser entendido como auto-imposto, em função das características da noção êmica de pessoa.

Segundo Becker, de acordo com a noção tradicional de pessoa em Fiji, a forma e a beleza corporal de cada pessoa são entendidas como a manifestação material dos cuidados

²⁶ ALEGRIA et al (2007), BECKER et al (2002), BOJORQUEZ e UNIKEL (2004), CLEIKEL et al (2008), CHUI et al (2007), FRANKO (2007), HOEK et al (2005), HUMPHRY e RICCIARDELLI (2003), JACKSON e CHEN (2007), KATZMAN et al (2004), KAYANO et al (2008), KEEL e KLUMP (2003), KIANG e HARTER (2006), LAI (2000), LATZER et al (2007), LEE (1996), LEE e LEE (2000), LE GRANGE (2004), LESTER (2007), LILENFELD et al (2008), MARCUS et al (2007), NICDAO et al (2007), PIKE e MIZUSHIMA (2005), PINHEIRO et al (2008), RICCIARDELLI et al (2007), RICH e THOMAS (2008), RIEGER et al (2001), SÁNCHEZ-JOHNSEN et al (2008), SOH et al (2006), STRIEGEL-MOORE et al (2003) e TAYLOR et al (2007).

²⁷ Os critérios diagnósticos para transtornos alimentares, principalmente a distorção da imagem corporal e o medo de engordar têm sido questionados, já que segundo estudos realizados em várias regiões do mundo, em diferentes contextos culturais a anorexia nervosa parece prescindir dessas características em sua apresentação. Ver, p. ex. LEE, 1996.

investidos na pessoa por sua rede social. Desse ponto de vista, o *macake* seria resultado de um investimento social insuficiente na pessoa, e sua “cura” se encontraria na mobilização e no reavivamento desses laços sociais e dos cuidados neles implícitos.

Vejamos agora como Becker teria comprovado a emergência de transtornos alimentares em Fiji em decorrência do impacto da introdução da televisão em 1995, partindo dos artigos anteriormente mencionados.

Ambos se referem aos resultados de um estudo em escolas secundárias localizadas em uma comunidade rural de Fiji Ocidental (Nadaroga), entre adolescentes autodenominadas etnicamente fijianas. Foi um estudo prospectivo interseccional em duas fases, sendo a primeira em 1995 (poucas semanas após a chegada da televisão na região), e a segunda em 1998. O estudo incluiu todas as alunas de escolas secundárias da província de Nadaroga da quinta a sétima série que se auto-identificassem como etnicamente fijianas.

O desenho do estudo seguiu, portanto, os moldes de investigação científica das ciências biomédicas. As participantes do estudo responderam a um questionário padronizado auto-aplicável sobre atitudes alimentares, o EAT-26²⁸, em sua versão na língua inglesa. Além disso, foi incluído um questionário qualitativo, com perguntas sobre a presença de aparelho televisor nos domicílios, sobre a frequência com que assistiam TV, e foram aferidos também o peso e a altura das participantes do estudo.

Em 1998, novas perguntas foram adicionadas, incluindo dados como imagem corporal, dietas e potenciais disparidades intergeracionais entre sujeitos e seus pais quanto a tradições a respeito de dieta e peso. Constavam ainda perguntas específicas, centradas em se (e como) a exposição à televisão ocidental no contexto de rápida transição social e econômica teria estimulado mudanças na imagem corporal e perturbações alimentares, a despeito das práticas culturais locais que tradicionalmente favoreciam formas e apetites corporais robustos.

No tocante aos resultados do estudo, Becker aponta para dois dados mais significativos na comparação entre as duas amostras: um aumento da pontuação média no EAT-26 entre 1995 e 1998, bem como uma presença de vômitos auto-induzidos em 11,3%

²⁸ Instrumento de pesquisa validado e amplamente utilizado em pesquisas sobre transtornos alimentares em diversas disciplinas da área de saúde.

em 1998, contra 0% em 1995. Não cabe aqui entrar nos pormenores dos resultados do estudo, mas de acordo com os dados apresentados por Becker, a pesquisa teria estabelecido uma correlação entre a exposição à TV e a presença (e o aumento) de sintomas alimentares.

Quanto às entrevistas abertas de 1998, Becker identifica vários temas que “sugerem a profunda influência da televisão em atitudes e comportamentos relacionados à dieta, peso e forma corporal nessa faixa etária”²⁹. Esses temas seriam:

1. Prevalente admiração por personagens televisivos e o desejo explícito de imitá-los mediante a modificação de comportamento, estilo de cabelo e vestimenta e modificação corporal.
2. A grande maioria dos participantes admitiu que a televisão teve influência direta na modificação de seus sentimentos quanto ao peso e à forma corporal, bem como nas iniciativas para modificá-los. A maior parte também admitiu influência direta da TV quanto à autopercepção corporal.
3. As participantes demonstraram um marcado interesse em aprimorar suas chances de assegurar um emprego, e 40% racionalizaram o desejo de comer menos ou de perder peso como um meio para progredir na carreira ou tornar-se mais útil em casa.
4. 30% dos entrevistados indicaram que personagens televisivos serviam como modelos no tocante a questões de trabalho e carreira.
5. Todos os sujeitos entrevistados indicaram maneiras em que a TV afetou normas e comportamentos tradicionais, enquanto alguns sujeitos relataram perceber o desenvolvimento de tensões intergeracionais em função da adoção, por parte dos mais jovens, de costumes ocidentais vistos na TV, mencionando especificamente conflitos sobre as expectativas quanto à quantidade adequada de comida a ser ingerida.

Ao fim do artigo mais recente, Becker conclui:

²⁹ BECKER (2002), p. 511. Tradução livre. No original: “It is a logical and frightening conclusion that vulnerable girls and women across diverse populations who feel marginalized from the locally dominant culture’s sources of prestige and status may anchor their identities in widely recognized cultural symbols of prestige popularized by media-imported ideas, values, and images.”

A lógica e assustadora conclusão é que meninas e mulheres vulneráveis de diversas populações que se sintam marginalizadas das fontes de prestígio e status da cultura local dominante ancoram suas identidades em símbolos de prestígio amplamente reconhecidos, popularizados por idéias, valores e imagens importados pela mídia. (BECKER, 2007, p. 555)³⁰

Parece ser interessante, do ponto de vista antropológico, assumir uma posição de estranhamento em relação ao poder tão “evidente” que tais imagens de magreza feminina teriam como modelos ideais de beleza capazes de promover mudanças nos comportamentos femininos (sobretudo em mulheres jovens e adolescentes, consideradas “vulneráveis”) para a emulação desses modelos.

A meu ver, esse pressuposto faz parte de um conjunto maior de suposições a respeito da “globalização” – que seria o “pacote cultural” que acompanharia a propalada mundialização do capital no regime contemporâneo de acumulação flexível. Esse “pacote” supõe que, ao serem inseridas no mercado de produção mundial, as diferentes regiões do mundo sofram uma modificação decisiva no sentido do desenvolvimento de uma cultura de consumo e do individualismo competitivo, descrita sobre as rubricas de “modernização” ou “ocidentalização”.

Esses termos são constituídos em contraposição a noções como “cultura tradicional”, “tradições locais” etc. Esses também são os termos com que a emergência dos transtornos alimentares nessas regiões “em desenvolvimento” costuma ser explicada. Diante do confronto entre a cultura local tradicional e a modernização ocidental globalizada, há dois caminhos possíveis, e ambos são apontados como causas para o suposto aumento da incidência dos transtornos alimentares.

O primeiro é o que denomino de “teoria da aculturação”, que pode ser ilustrada pela seguinte afirmação: “Os americanos exportam transtornos alimentares junto a hamburques do McDonald’s, filmes da Disney e imagens do Michael Jordan”³¹. Assim, ao ingressarem no sistema mundializado de produção e consumo, as diferentes populações

³⁰ Tradução livre. No original: “It is a logical and frightening conclusion that vulnerable girls and women across diverse populations who feel marginalized from the locally dominant culture’s sources of prestige and status may anchor their identities in widely recognized cultural symbols of prestige popularized by media-imported ideas, values, and images.” BECKER (2007), p.555.

³¹ Tradução livre. No original: “Americans export ED along with McDonald’s hamburgers, Disney movies, and images of Michael Jordan”. Joan Brumberg (2000), apud BOJORQUEZ e UNIKEL (2004), p. 197.

do mundo estariam automaticamente sujeitas a um inexorável processo de “americanização”.

O segundo caminho seria o que denomino de “choque entre culturas”. Aqui, entende-se que as culturas locais não cederiam passivamente ao processo de aculturação. Os “valores tradicionais”, nesse tipo de explicação, seriam representados pelas gerações mais velhas – notadamente, àquelas dos pais da geração considerada vulnerável aos TAs. Essa nova geração estaria vivendo o conflito entre duas “culturas”: de um lado, os valores “tradicionais”, coletivistas e solidários, de outro, o apelo aparentemente irresistível para ingressar em um mercado de trabalho nos moldes capitalistas do individualismo e da competitividade. O pressuposto aqui é que o ingresso nesse mercado de trabalho é sempre visto como uma possibilidade de ascensão social, libertação, e um meio de acesso aos bens de consumo ocidentais – imaginados como inerentemente sedutores. Esse conflito entre valores teria um efeito “psicológico” que se traduziria nas patologias alimentares.

Em linhas bastante gerais, parece-me pertinente afirmar que a maioria dos estudos clínicos transculturais sobre transtornos alimentares encara a relação entre cultura e essas desordens sob uma matriz de oposições correlatas entre Ocidente : Oriente, Moderno : Tradicional, Urbano : Rural, Branco : Étnico (ou racializado), em que a incidência dos TAs estaria vinculada aos primeiros termos das oposições. A noção de “globalização”, tomada como descritiva de um processo social real, opera como mediadora entre os dois termos, sempre de maneira a transformar os segundos pólos em versão arremedada dos primeiros. Mas, se a globalização é retratada como um processo inexorável de modernização desses “outros culturais”, seus efeitos sobre eles são sempre considerados mais perniciosos, seja em função de uma suposta instabilidade gerada pela substituição de valores e práticas tradicionais, seja pela convivência instável e conflituosa dos “valores ocidentais”, onipresentes, com “valores tradicionais” aos quais esses povos ainda se apegam.

O estudo de Fiji, coordenado por Becker, mesmo incorporando elementos de uma metodologia qualitativa que se pretende mais próxima da disciplina antropológica, não escapa a essa chave explicativa. Entretanto, me parece digno de nota que de todos os possíveis ícones femininos oriundos da televisão ocidental, as estudantes fijianas

participantes do estudo de Becker tenham citado a personagem Xena com mais frequência³².

Para Becker, a valorização de Xena entre as adolescentes fijianas está relacionada ao desejo por um corpo feminino magro e atlético, bem como à capacidade de competir em iguais condições com os homens no mercado de trabalho. Mas, tendo assistido a vários episódios do seriado, ousa dizer que a menção a Xena pode apontar para outra direção, sobretudo se pensarmos que o segundo programa mais citado foi “*Beverly Hills 90210*”.

Este último retrata o cotidiano de um casal de irmãos gêmeos oriundos de Minnesota que passaram a morar em *Beverly Hills*, onde se vêem às voltas com as exigências do padrão local de sucesso, fortuna, consumo e aparência. De acordo com a interpretação de Becker sobre os desejos que estariam representados nessas figuras televisivas, parece curioso que as meninas tenham preferido citar Xena a alguma das diversas personagens de *Beverly Hills* (que oferecem uma ampla gama³³ de jovens mulheres bem sucedidas com as quais as meninas poderiam se espelhar).

Em primeiro lugar, Xena nunca me chamou a atenção enquanto um ícone de magreza. Ela tem um físico bastante atlético, mas é mais corpulenta do que as mulheres que costumam figurar nas fotos usadas como *thinspiration*³⁴ nos sites pró-ana/mia. Nas imagens abaixo, temos à esquerda Xena³⁵, e à direita Kate Moss (em uma foto bastante usada como *thinspiration*):

³² Embora os dados de pesquisa que Becker nos fornece não incluam uma lista de personalidades citadas nem a frequência de sua menção, o exemplo de Xena é considerado significativo por Becker, sendo também a única diretamente nomeada.

³³ Essa gama varia de Kelly, loira, linda, rica, que possui os “melhores” bens de consumo e chega a trabalhar como modelo em determinada fase do seriado, até Andrea, judia, tímida, inteligente, politicamente consciente, que vem a namorar um dos galãs do seriado e se torna uma advogada de prestígio).

³⁴ *Thinspiration*, ou inspiração magra, é uma prática comum nos sites pró-ana/mia, que já tive a oportunidade de abordar em trabalho anterior (SILVA, 2004). Seu pressuposto, coerente com a percepção cultural mais ampla que inclusive parece ser compartilhada por Becker, é o de que quanto maior for a exposição de uma pessoa às imagens de pessoas muito magras, maior será seu desejo de emagrecer e se parecer com tais imagens – o que serviria para aumentar a disciplina e a força de vontade na busca pelo emagrecimento e no exercício das técnicas corporais voltadas para este fim.

³⁵ Xena foi interpretada pela atriz neozelandesa Lucy Lawless, e Gabrielle, por Renee O'Connor, estadunidense.



Segundo a trama do seriado, Xena era uma guerreira de habilidades extraordinárias, em alguma época remota e mítica na antiga Grécia. Cometeu terríveis atrocidades enquanto chefiava uma milícia de bandidos, e por isso tornou-se inimiga do próprio Hércules – com quem rivalizava em força e habilidade marcial. Após se arrepender de seus crimes, saiu em busca de redenção lutando contra todas as injustiças que encontrava em seu caminho, acompanhada sempre por sua fiel companheira Gabrielle, uma “barda”. Embora o seriado nunca tenha tratado explicitamente do exato teor dessa relação de companheirismo, seu caráter homoafetivo sempre foi insinuado, chegando a incluir uma cena de beijo.

Além disso, o seriado foi inteiramente filmado na Nova Zelândia, e contava com a participação de vários atores maoris em papéis secundários, algo que provavelmente contribuiu para facilitar a identificação da população etnicamente fijiana com as imagens veiculadas no seriado em questão.

Essa breve descrição do seriado Xena me parece suficiente para sugerir que o foco de Becker, ao limitar-se a sintomas alimentares e à questão da magreza, acabou desperdiçando possibilidades sugestivas de uma investigação mais aprofundada sobre as formas como essas imagens femininas trazidas a Fiji pela televisão estavam sendo recebidas e interpretadas pelas adolescentes fijianas. Quais seriam as restrições impostas à busca de prestígio alicerçadas nas normatividades de gênero que essas meninas fijianas estariam tentando burlar? Quais as características que elas identificavam na corporificação das personagens televisivas que consideravam ser capazes de corporificar nelas mesmas através dessas “novas” intervenções sobre seus corpos? Quais os significados atribuídos a

essas características, e em que medida tais sentidos eram possíveis ou não dentro das opções culturalmente inteligíveis disponíveis a essas meninas? Sem perseguir esse tipo de questão, as conclusões de Becker se aproximam perigosamente dos moldes do orientalismo, tal como definido por Said (1990): “De maneira bastante constante, o orientalismo depende, para a sua estratégia, dessa superioridade *posicional* flexível, que põe o ocidental em toda uma série de relações possíveis com o Oriente, sem que ele perca jamais a vantagem relativa”. (SAID, 1990, p.19). E se no fenômeno do Orientalismo descrito por Said o Oriente é esse construto imaginado em oposição e em posição hierarquicamente inferior ao Ocidente, nesse discurso sobre transtornos alimentares em contextos não-ocidentais, estes Outros sequer são imaginados como antípodas: são definidos essencialmente por aquilo de ocidental que lhes falta.

Saindo de Fiji e retornando às histórias de vida das brasileiras produzidas nesta tese, devemos então formular algumas questões que possam orientar a leitura e a análise das histórias de vida que se seguem, de modo a contribuir para uma compreensão menos reducionista dos transtornos alimentares enquanto fenômenos transnacionais. Em que medida os ideais dominantes de feminilidade, classe, etnicidade se aproximam ou se distanciam do compósito ocidental modernizante de suas contrapartes norteamericanas e européias ocidentais? A oposição entre tradicional e moderno se sustenta quando posta à prova por essas histórias de vida? E, se sim, em que medida? De que maneira a trajetória desses sujeitos para dentro e para fora dos transtornos alimentares e as diferentes formas de agencialidade que vão se constituindo nesse percurso refletem, deslocam ou subvertem esses valores? Estas são algumas das questões que devem ser mantidas no horizonte durante a leitura das histórias de vida que compõem a primeira parte da tese, com os capítulos 1, 2 e 3.

A primeira parte da tese apresenta ao leitor as histórias de vida elaboradas a partir das conversas de pesquisa com três interlocutoras. Para tentar reproduzir ao máximo a atmosfera do encontro etnográfico, procuro recontar as histórias da maneira mais fiel possível à forma como me foram narradas, incluindo apenas alguns comentários para contextualizar os pontos que possam ficar obscuros para um observador externo que não compartilha do mesmo horizonte que eu e minhas interlocutoras fomos construindo nesse processo. Ocasionalmente fiz também algum comentário mais interpretativo, com o

objetivo de ressaltar algumas passagens que me parecem importantes para os rumos analíticos que a tese assume nos capítulos seguintes.

A segunda parte da tese, composta pelos capítulos 4 e 5, procura desenvolver a análise antropológica propriamente dita, retomando algumas passagens das histórias de vida a partir de certos eixos temáticos comuns, relacionado-as a um contexto mais amplo, construído a partir dos outros contextos etnográficos percorridos durante a pesquisa – um grupo virtual brasileiro de apoio para pessoas com transtornos alimentares, um ambulatório especializado em um hospital universitário brasileiro, e uma agência comunitária voltada para a educação, prevenção e tratamento de transtornos alimentares na Nova Zelândia – bem como à literatura sobre o tema.

O quarto capítulo procura se debruçar sobre as maneiras pelas quais as interlocutoras de pesquisa narram sua constituição como sujeitos a partir de suas relações com familiares, amigos, colegas e parceiros afetivo-sexuais. De início, o capítulo dedica-se a explorar as relações familiares em sua relação com os transtornos alimentares. Como vimos, as três histórias dão um lugar de destaque ao tema, não apenas no tocante à relação com os pais, mães e eventuais irmãs, mas também em relação à geração anterior, dos avós. A concepção matrilinear da origem do transtorno alimentar, tal como exposta por Bel, e como veremos adiante em maior detalhe, parece estar intimamente relacionada com alguns discursos terapêuticos, sobretudo de influência psicanalítica, a respeito da importância do relacionamento entre mães e filhas, nas perturbações alimentares. Ao mesmo tempo, o relativo desaparecimento dos pais nas narrativas parece ressoar com a raridade de trabalhos voltados para o exame da relação entre pais e filhas no mesmo sentido.

Em um segundo momento, a análise apresentada no quarto capítulo procura ampliar seu foco, ultrapassando a esfera das relações familiares, para tratar da questão da corporificação e a inserção social em grupos de pessoas da mesma faixa etária das colaboradoras de pesquisa, em diversos momentos das histórias. As relações com colegas de escola, amigos, primos e irmãos, e eventuais interesses românticos surgem nas narrativas como permeadas por uma noção de competitividade, que encontram nos corpos o alvo central de instanciação de valores sociais de gênero, classe, etnicidade/ raça/regionalidade, beleza e status.

O quinto capítulo dedica-se a explorar a problemática dos discursos e práticas terapêuticas voltadas para os transtornos alimentares, partindo da pesquisa de campo desenvolvida nos outros sítios percorridos no decorrer deste estudo: o Ambulatório de Transtornos Alimentares da Unicamp, à luz da etnografia desenvolvida por Gremillion (2003) em uma unidade de tratamento nos EUA; e a agência de base comunitária na Nova Zelândia, a partir da abordagem dos transtornos alimentares pela terapia narrativa. Considerando que os discursos e práticas biomédicas são fundamentais na produção do contexto sociocultural e, portanto, das condições de assujeitamento que constituem as condições de possibilidade dos transtornos alimentares, estas duas abordagens terapêuticas serão examinadas com relação à sua participação nesse processo. em outras palavras, quais os efeitos de poder engendrados em cada contexto terapêutico, e quais suas consequências para o processo de constituição dos sujeitos que pretendem tratar? As experiências narradas nas histórias de vida a respeito de tratamento, melhora e “cura” serão evocadas, neste capítulo, para estabelecer algumas relações destas perspectivas terapêuticas com o ponto de vista de quem passa pelo tratamento para transtornos alimentares.

Finalmente, nas reflexões finais, procuro desenvolver um balanço geral do alcance deste trabalho e das possibilidades de investigação que ele pode suscitar, além de fazer uma breve digressão autobiográfica, a partir da relação estabelecida com as colaboradoras de pesquisa e suas implicações neste trabalho.

PARTE I – HISTÓRIAS DE VIDA

Esta primeira parte da tese tem como propósito apresentar as histórias de vida, construídas a partir de diversas conversas ao longo de quatro anos com as três interlocutoras e colaboradoras da pesquisa, identificadas por três pseudônimos escolhidos por elas: Bel, Vivianne e Valentina. Antes de dar início às narrativas, contudo, é oportuno fazer algumas observações para elucidar o longo percurso entre as conversas de pesquisa propriamente ditas e as narrativas construídas pela pesquisadora, que se apresentam a seguir, bem como a relação particular que desenvolvi com elas.

Dado o alto grau de confiança e comprometimento que tal proposta de pesquisa demandaria daquelas que dela aceitassem participar como voluntárias, optei por fazer o convite a algumas pessoas que participaram de minha pesquisa de mestrado³⁶, a quem eu conhecia e já havia estabelecido uma interlocução razoável.

Durante a pesquisa de mestrado, tornei-me participante ativa de vários grupos brasileiros de discussão virtual sobre transtornos alimentares, e não obstante meu declarado interesse de pesquisadora, sempre compartilhei minhas reflexões e meu posicionamento pessoal diante de vários dos temas discutidos. Em um desses grupos, minha participação se estendeu para além do mestrado: acabei me tornando uma espécie de ativista. Essa postura, bem como os laços de simpatia e amizade desenvolvidos, certamente exerceram uma influência relevante na inclinação dos/as convidados/as a participar ou não da pesquisa.

As três informantes e colaboradoras têm um histórico de participação bastante ativa neste grupo de discussão, seja relatando partes de suas próprias histórias, como desenvolvendo reflexões e interpretações sobre os transtornos alimentares. Essas reflexões não se limitam aos eventos relatados sobre suas próprias experiências, mas também sobre tantas outras apresentadas ao grupo por outros participantes. Essas características sem dúvida contribuíram para que se dispusessem a participar do estudo que, ao estabelecer como seu eixo central a construção de suas histórias de vida, demanda dos informantes um considerável volume de interesse, disponibilidade e desenvoltura para falar sobre o tema dos transtornos alimentares, pelo longo período de tempo previsto para a duração da pesquisa.

³⁶ SILVA (2004).

Além disso, no que diz respeito ao momento de suas trajetórias em relação às perturbações alimentares, duas delas, Bel e Vivianne, já consideram ter superado o transtorno. Valentina, entretanto, no início da pesquisa, considerava que sua bulimia estava “sob controle” e, posteriormente, chegou a considerar-se curada. Em meados de 2009, relatou a volta de algumas preocupações em relação ao peso. Pouco depois, a situação de Valentina tomou um outro rumo após um diagnóstico de câncer de mama e o subsequente tratamento – que levaram à interrupção da pesquisa. Essa situação será abordada em maior detalhe no capítulo que trata de sua história.

Em uma pesquisa de longa duração como a que se propôs aqui, é fundamental que se leve em conta a diversidade de vínculos estabelecidos entre a pesquisadora e os sujeitos participantes da pesquisa, sobretudo em função do contexto específico dos transtornos alimentares já mencionado. Para além do vínculo meramente profissional do interesse de pesquisa, estou ligada às minhas informantes – e elas a mim – por vínculos afetivamente carregados de amizade, interesse intelectual e político, solidariedade etc., que nem sempre são conscientes. Nesse sentido, priorizar o bem estar de minhas informantes e atentar para essa múltipla vinculação não é apenas um imperativo ético, mas uma questão metodológica.

Estes fatores têm consequências diretas, práticas e éticas, para o andamento da pesquisa. Os transtornos alimentares são perturbações psiquiátricas sérias, fonte de grande sofrimento para as pessoas por eles acometidas.. Se considerarmos válido o pressuposto do discurso psicoterapêutico de que falar sobre a experiência do transtorno alimentar produz efeitos sobre as percepções e emoções, e de que abordar este assunto pode ser muito doloroso, dependendo do estado emocional do narrador, isso pode levar a um agravamento de sua condição. Como consequência, o pesquisador deve conduzir a pesquisa com muito tato, respeitar os limites de seus informantes e colocar o bem estar deles acima dos interesses de pesquisa. Desta forma, o andamento da pesquisa depende fundamentalmente da disposição dos informantes.

Quando da negociação das condições de participação na pesquisa, expus claramente para todos os sujeitos interessados que eles teriam toda a liberdade de dizer apenas o que estivessem à vontade para contar, de interromper as conversas e mesmo a participação no estudo caso o desejassem, sobretudo se sentissem que o processo de pesquisa estivesse

contribuindo para seu mal-estar – e procurei lembrá-los dessas condições com frequência. No caso de Valentina, após o diagnóstico do câncer de mama, essas questões adquiriram particular importância.

Finalmente, resta ainda mencionar a questão do anonimato e do sigilo. Embora nem todas as colaboradoras fizessem questão do anonimato, enfatizei a importância de evitar quaisquer referências que permitisse sua identificação direta. Os transtornos alimentares são considerados diagnósticos psiquiátricos, e estão, portanto, impregnados de forte estigma social. Assim, mesmo para aquelas que falam abertamente sobre o transtorno alimentar em suas vidas pessoais, sua identificação em um texto sobre o tema pode trazer consequências imprevisíveis. Na vida pessoal, o sujeito escolhe o momento, a forma e para quem vai falar sobre o assunto, podendo inclusive confrontar seu interlocutor, questionar suas reações através da relação dialógica que com ele estabelece. Em um texto escrito isso não é possível. Por outro lado, suas narrativas envolvem várias outras pessoas, personagens em suas histórias de vida que podem não desejar a identificação.

Quanto ao sigilo, me comprometi a utilizar os relatos apenas para fins de pesquisa. Deixei claro que eles seriam discutidos com colegas e minha orientadora, mas sempre com objetivos de pesquisa e preservando seu anonimato, e que além da tese, poderiam servir de base para o desenvolvimento de artigos e trabalhos a serem apresentados em congressos científicos e publicados em revistas acadêmicas. Também me comprometi a submeter quaisquer textos produzidos à suas leituras e críticas, bem como a negociar com elas alterações que julguem necessárias. Isso significa que, embora a responsabilidade pelos resultados da pesquisa seja inteiramente minha, a participação delas não se limita à de simples “informantes”: são também colaboradoras, participantes ativas no processo de produção do conhecimento. Da mesma forma, a relação que foi se desenvolvendo com cada colaboradora durante esses quatro anos também contribuiu para o tom das narrativas que foram se descortinando.

No tocante à apresentação das histórias de vida, por hora, limito-me a ressaltar que foram editadas inteiramente por mim, a partir das transcrições das conversas de pesquisa, e submetidas à avaliação das colaboradoras da pesquisa em três momentos distintos de sua redação. Procuro incluir no texto trechos de diálogos transcritos e eventuais referências e

comentários a leituras ou a passagens anteriores das histórias, com o intuito de trazer às versões finais das histórias um pouco do “clima” de sua construção. Também optei por apresentar cada história em sua totalidade, em lugar de desmembrá-las segundo temas ou aspectos que interessam à análise, tanto para facilitar a leitura, como também para manter o “fio da meada” das reflexões que foram amadurecendo conforme as histórias foram sendo contadas e escritas.

A longa duração da pesquisa de campo é um aspecto importante na construção das histórias de vida, pois introduz uma reflexividade retrospectiva particular no processo. Uma primeira dimensão da reflexividade é imediata às conversas de pesquisa: ao revisitar o passado não apenas através das próprias lembranças, como também por intermédio das perguntas da pesquisadora, cada colaboradora reflete sobre os eventos de sua vida a partir do olhar que se constrói no momento do relato.

Considerando que o “momento do relato” é composto por várias conversas ao longo do período de pesquisa, este “olhar” para o passado também se encontra em processo, e a partir de certo momento, passa a ser acompanhado pelo olhar da pesquisadora e sua relação com cada interlocutora. Entre uma sessão de pesquisa e outra, entre as pausas para transformar as transcrições em texto, sua leitura pelas colaboradoras, seus comentários e minha incorporação deles ao texto, há inúmeros momentos de reflexão que fazem parte da construção do lugar do narrador em cada história. O fato de que várias dessas conversas tenham ocorrido através de serviços de troca de mensagens instantâneos pela internet, permitindo que as interlocutoras e informantes de pesquisa mantivessem o registro escrito do que haviam falado, contribuiu para intensificar esse processo. Assim sendo, procuro incluir na redação das histórias de vida trechos de nossas conversas que revelem alguns desses movimentos de reflexão.

Em minha dissertação de mestrado³⁷, já me ative à especificidade do uso da comunicação mediada por computador em uma investigação antropológica. O espaço virtual é um ambiente de sociabilidade, e deve ser estudado como tal, levando-se em conta suas especificidades e convenções. Nesse caso específico, tanto a pesquisadora quanto as participantes do estudo estão habituadas a usar os serviços de mensagens instantâneas,

³⁷ SILVA (2004a).

inclusive fora do contexto desse trabalho. Pode-se dizer que partilham elementos comuns a esse universo cultural – o que contribui para o estabelecimento de uma relação mais simétrica entre a antropóloga e as interlocutoras no momento da pesquisa.

O serviço de mensagens instantâneas também inclui a possibilidade de conversar através de microfone e câmera. Alguns desses recursos foram ocasionalmente utilizados, mas como regra geral, a maioria dos diálogos tomou a forma de texto digitado – que inclui composições de sinais gráficos (os chamados *emoticons*) que podem expressar reações e emoções. Desse modo, a ausência do encontro face a face não é necessariamente uma “perda”, já que o ambiente virtual possui uma série de recursos próprios usados para a comunicação, e que constituem dados de pesquisa.

Vale a pena lembrar que, em se tratando de pessoas com histórico de transtorno alimentar, a exposição do próprio corpo à avaliação alheia é no mínimo uma situação problemática. Essas pessoas tendem a sobrevalorizar a importância de sua aparência física na forma como outros as avaliam. Assim, optar por permitir que minhas interlocutoras entrem no contexto do estudo primeiro através de suas palavras, e mesmo colocarem sua corporalidade em questão discursivamente, antes de fazê-lo concretamente, é também uma opção estratégica.

Resta, ainda, fazer uma última observação. Como eu e as três interlocutoras de pesquisa fazemos parte do mesmo grupo de discussão virtual sobre transtornos alimentares, parte dessas reflexões transbordou das sessões de pesquisa para as mensagens do grupo – o que me motivou a solicitar o consentimento dos participantes do grupo para incorporar essas mensagens ao meu trabalho. Desse modo, alguns trechos de mensagens enviadas ao grupo de discussão também serão introduzidos no texto quando necessário.

1. BEL

Atualmente (2011) Bel está com 30 anos, solteira, vivendo sozinha em um apartamento na cidade de São Paulo. É psicóloga, e possui especialização no tratamento de transtornos alimentares e obesidade. Quando a conheci, em 2002, ela estava em tratamento multidisciplinar em um centro especializado no tratamento de transtornos alimentares, com o diagnóstico de transtorno alimentar, não especificado³⁸. Na época, Bel havia criado um *blog*³⁹ em que escrevia sobre si, sobre seu transtorno alimentar e seu tratamento. Sua terapeuta considerou a experiência benéfica, e a estimulou a continuar escrevendo. A partir do blog, Bel criou um grupo de discussão virtual sobre transtornos alimentares – grupo que existe até hoje.

Bel e eu temos, portanto, uma longa história de contato, iniciada através de minha pesquisa de campo de mestrado. Estamos ligadas por laços de amizade e de interesse comum, principalmente pela militância em prol das pessoas com transtornos alimentares. Dessa forma, há vários episódios de sua vida que me foram relatados antes que eu lhe propusesse participar deste trabalho. Esse conhecimento prévio, evidentemente, tem influência na forma como sua história está sendo narrada.

Outra dimensão importante a ser considerada na narrativa de Bel é sua formação e atuação profissional enquanto psicóloga com especialização em transtornos alimentares – que, evidentemente, influencia não apenas as interpretações e explicações que ela elabora sobre os eventos de sua história, mas também seu estilo de narrar.

Quando iniciamos nossa primeira conversa para esta pesquisa, eu propus que ela escolhesse um pseudônimo para se identificar, ao que ela respondeu: *“Não me importo que use meu nome verdadeiro, aliás, se for possível, ficaria grata que ele fosse usado.”* Quando eu respondi dizendo que o anonimato era uma exigência ética, já que sua história envolve outras pessoas que poderiam ser identificadas, ela disse: *“Tanta luta pra construir um eu e agora tenho que mudar o nome dele! rs...”*⁴⁰

³⁸ Para os critérios diagnósticos, consultar Anexo I, Quadro 3.

³⁹ *Blogs* são sites pessoais, hospedados (muitas vezes gratuitamente) na Internet por vários tipos de servidores, que têm o formato de jornal ou diário: o autor posta pequenos textos que ficam organizados no site por data de publicação.

⁴⁰ *rs* é abreviação para “risos”.

Embora tenha sido dita em tom de brincadeira, esta última frase é bastante significativa. Ela aponta, em primeiro lugar, para o fato de que para Bel, sua história de enfrentamento do transtorno alimentar foi uma luta para construir um eu – e para ela, esse eu está diretamente relacionado a seu nome próprio. Em toda a sua trajetória pelo universo dos transtornos alimentares, tanto no ambiente virtual quanto em sua formação profissional, Bel sempre fez questão de usar seu nome próprio.

Isso não é de forma alguma um mero detalhe. Através de sua militância na internet, Bel adquiriu renome no universo virtual dos transtornos alimentares. Pude pessoalmente testemunhar diversas ocasiões em que Bel foi procurada por jornais, revistas e programas jornalísticos de destaque, não apenas para dar seu depoimento pessoal, mas também para intermediar o contato com outras pessoas com TAs para eventuais entrevistas. Além disso, inúmeros profissionais interessados em pesquisar o tema dos TAs também procuraram Bel para que ela lhes indicasse possíveis sujeitos de pesquisa.

O renome de Bel, entretanto, nem sempre trouxe consequências positivas. Muitos dos profissionais da mídia que a procuravam estavam mais interessados em produzir matérias sensacionalistas, com vistas nas taxas de audiência, do que produzir programas de responsabilidade social, destinados a esclarecer e informar o público sobre essas perturbações ou divulgar formas de acesso ao tratamento. Além disso, quando Bel decidiu se especializar profissionalmente na área de TAs, enfrentou resistência no meio acadêmico, por parte de professores que a julgavam inapta a trabalhar na área por ter sofrido, ela própria, de um transtorno alimentar. Esta última informação provém do coordenador do curso de especialização que Bel concluiu.

Bel escolheu começar sua história falando da infância de sua mãe, e observando que, se ela tivesse mais informações a respeito, talvez começasse pela história de sua avó materna. Bel tem uma concepção matrilinear da genealogia de seu transtorno alimentar, que tem relação com sua formação profissional e uma visão dos transtornos alimentares com influência psicanalítica⁴¹. Assim, embora possa parecer dispensável começar a narrar aqui

⁴¹ Eu tive a oportunidade de ler trabalhos acadêmicos escritos por Bel que tratavam da transmissão por linha feminina de alguns padrões relacionados a corpo, gênero e sexualidade. Entretanto, evito qualquer referência direta ao trabalho para preservar o anonimato. É importante ressaltar que a própria Bel se opõe à adjetivação de seu ponto de vista como “psicanalítico”, como veremos adiante.

sua história a partir desse ponto, é importante considerar que para Bel a história de sua mãe é parte de sua história; é uma narrativa a partir do seu ponto de vista, e o que considera como relevante para si.

Ela afirma que na ocasião do nascimento de sua mãe, o avô considerou ter uma filha menina “*uma bela droga*”. Sobre a reação do avô, ela diz:

Imagino que isso tenha relação com a desvalorização das mulheres naquela época. Os afazeres do lar, atividades consideradas menos importantes, eram obrigação das mulheres, enquanto as atividades que necessitavam maior interação com as outras pessoas, fora do lar, e atividades que aparentemente exigiam maior raciocínio, estas ficavam com os homens... Uma menina não seria grande coisa.⁴²

Mas o avô logo se afeioou à filha, a considerava inteligente e era carinhoso. É interessante notar que o avô valorizava na filha as características que Bel descreve como “masculinas”, como o desempenho escolar e o raciocínio. Também passou a delegar à filha, considerada “*mais capaz*”, atividades que deveriam ser desempenhadas por sua esposa, como ir a bancos, cuidar das contas de compras, ir às reuniões de escola dos filhos mais novos. Um pouco mais adiante na narrativa, Bel também afirma que sua mãe assumiu uma posição maternal em relação aos irmãos mais novos:

Minha mãe teve irmãos mais novos e era ela quem cuidava deles. Era a mãe deles. Dava o remédio, levava para a escola, via a lição de casa, levava pra vacinar. Era responsabilidade dela. Minha avó não tinha habilidade para estas coisas. E minha mãe não achava nada ruim ter essa responsabilidade...

Bel descreve a avó como “*uma pessoa bastante ignorante, de raciocínio limitado...*”, e conta que a avó tinha uma relação problemática com sua mãe. Além dos xingamentos, que eram comuns a todos os filhos, a avó era particularmente indiferente à mãe de Bel, e a humilhava em público. Tinha também muito ciúme da relação afetuosa entre o marido e a filha:

O ciúme da minha avó era tanto que chegava a falar coisas terríveis para minha mãe. Minha mãe adorava abraçar meu avô quando ele chegava do trabalho... Conta que o enchia de BEIJOS, chegava a ficar com o rosto vermelho em razão da barba dele. Certa vez minha avó disse algo do tipo ‘só falta colocar ela na cama e lambe’, algo assim, de cunho claramente sexual.

A avó provavelmente também se ressentia por sua filha ser chamada a desempenhar as tarefas domésticas e no cuidados dos filhos, que seriam originalmente suas, mas que seu

⁴² Grifo meu.

marido aparentemente considerava a filha mais apta a realizar.

Segundo Bel, na adolescência de sua mãe, a situação da rejeição da avó em relação à sua mãe se agravou: a avó dizia que a mãe era uma “*vagabunda*”, que saía de casa para “*procurar macho*”. Nessa rejeição e condenação moral por parte da mãe, e a relação afetuosa mas carregada de culpa⁴³ com o pai, Bel encontra o modelo a partir do qual explica a relação da mãe com seus afetos masculinos. Segundo ela, sua mãe tinha “*um ar imponente*”, e “*tratava como bobos os rapazes que tentavam se aproximar dela*”, provavelmente para evitar que seu comportamento desse qualquer brecha para confirmar as acusações da mãe.

Por outro lado, a “*imponência*” da mãe parecia ter também uma conotação de rebeldia, já que ao tratar os rapazes como “*bobos*”, ela afirmava a própria “*inteligência*”, recusando-se a assumir a postura de mulher dependente da autoridade e do “*raciocínio*” do marido, que sua mãe parecia representar. Isso fica mais evidente quando Bel fala a respeito do primeiro namorado da mãe, que era “*um moço envolvido com passeatas, protestos, coisas do gênero*”. É importante notar que nessa época o país estava sob a ditadura militar, sob forte repressão a quaisquer opositores do governo, e que participar de protestos e passeatas era uma rebeldia política que poderia ser punida, pelo poder estabelecido, como “*subversão*”. Bel também afirma que a mãe usava mini-saia – outra rebeldia da juventude da época contra o conservadorismo e o moralismo exaltados pelo governo militar.

Segundo Bel, sua mãe decidiu romper o namoro quando em determinada ocasião foi deixada esperando “*como tonta*” pelo namorado, que não compareceu ao encontro porque o pai dele não lhe dera dinheiro para a passagem de ônibus. O rapaz, apesar da aparência rebelde, mostrava-se extremamente dependente do próprio pai. Além disso, vale notar que ao ser deixada esperando “*como tonta*” pelo namorado, a mãe de Bel foi colocada em uma posição feminina convencional de dependência, da qual justamente procurava se desvencilhar. Dessa forma, ao perceber que o relacionamento não representava uma alternativa real aos aspectos que ela rejeitava no papel feminino convencional, sua reação

⁴³ Bel afirma que sua mãe se sentia culpada pela relação afetuosa com seu avô materno, pois esta provocava ciúmes em sua avó que, de acordo com Bel, como vimos acima, parecia enxergar algo de incestuoso na afeição entre a filha e o marido. Essa chave de interpretação edípica da situação é o fundamento da suposição de Bel a respeito da culpa de sua mãe em relação a seu afeto pelo avô materno, mas evidentemente não podemos supor que por isso sua mãe ou sua avó interpretariam a situação nos mesmos termos.

foi a de romper o namoro.

A rebeldia da mãe de Bel tinha um limite claro: a sexualidade. Bel relata que sua mãe:

(...) precisou começar a tomar anticoncepcionais porque tinha fortes cólicas e o pai dela perguntou com tom reprovador se era realmente em razão daquilo que ela iria tomar o medicamento. Ela apareceu mais tarde com um atestado de virgindade para mostrar ao pai. Foi à ginecologista, pediu que fizesse a verificação e que escrevesse o resultado.

Também conta que a mãe casou-se virgem.

A escolha do primeiro namorado, portanto, foi para a mãe de Bel uma forma de se rebelar contra o papel feminino tradicional representado pela figura da mãe, ao mesmo tempo em que, ao enfatizar em si características consideradas “masculinas” (inteligência, independência, consciência política), procurava evitar a identificação com o modelo tradicional alternativo e negativo de feminilidade (*vagabunda, à procura de macho*) que sua mãe lhe atribuía. O cuidado com os irmãos mais novos, e a disposição com que se entregava ao papel materno, também assinalam que nem todos os aspectos da feminilidade convencional eram rejeitados pela mãe de Bel. Curiosamente, o papel maternal era exatamente o que não se ajustava bem à figura da avó. Bel afirma não saber se a avó gostava de ser mãe, e que em alguns momentos chegava a dizer que “*deveria ter afogado os filhos um a um quando nasceram*”.

Sua mãe, por sua vez, sempre acalentou o sonho da maternidade. Bel diz que “*Quando dava banho nos irmãos menores minha mãe pensava que tudo que ela mais queria não era casar ou coisa do tipo, ela queria ter um filho, não importava se menino ou menina, mas era o desejo dela quando criança*”.

O segundo namorado da mãe foi o pai de Bel:

Namorou com meu pai, que era, na visão dela, ‘um moleque’. Acho que ele tinha uns 17 anos e ela 20. Com o tempo foi apreciando o jeito responsável dele, o modo como pensava em construir um futuro e isso foi dando consistência à relação. Jamais falou em paixão. Minha mãe era namorada do meu pai, mas não posso dizer que meu pai era tido como namorado da minha mãe. Acho que ela não se comprometia muito. Não tinha interesse em apresentá-lo ao pai. Quando meu pai foi falar com meu avô que pretendia casar e tal, minha mãe fez como se o assunto não fosse com ela: “Vai casar? Com quem?”.

A história sobre o segundo namoro, portanto, inverte o enredo do primeiro. O

segundo namorado, mais novo, “*moleque*”, parecia estar em uma posição mais próxima da “feminina” em relação à mãe de Bel, mais velha, independente, com responsabilidades de adulta em relação à casa e aos irmãos mais novos. Ao mesmo tempo, se o primeiro namorado foi descartado por ser dependente de seus pais, foi o “*jeito responsável*” e “*o modo como pensava em construir um futuro*” do segundo namorado que a levaram a casar-se com ele.

A seguir Bel relata que seus pais se casaram, e sua mãe avisou a seu pai que queria parar de trabalhar para ter um filho. Até então, Bel não havia falado sobre o trabalho da mãe. Assim, perguntei no que ela trabalhava. Bel respondeu:

Trabalhava num escritório, acho que departamento pessoal, coisa do gênero... Quando criança SEMPRE foi a melhor aluna da classe. Ela sempre ajudou meu avô no trabalho dele (coisas bobas, mas eram responsabilidades sérias)... não sei quando começou a trabalhar em escritório... acho que quando entrou no colegial, mas só, acho...

Assim quando se casou, a mãe de Bel parou de trabalhar, e com cerca de um ano de casada engravidou pela primeira vez, da irmã mais velha de Bel. Três anos depois, engravidou de novo, e Bel nasceu.

É interessante notar como a partir do casamento, a “rebeldia” que Bel parecia atribuir anteriormente à sua mãe parece desaparecer. Nesse ponto, ela afirma sobre a mãe: “*Ser mãe sempre foi o único projeto de vida dela... Todos os demais, que vieram a existir, tinham relação com os filhos.*” Isso nos permite refletir a respeito das escolhas da mãe de Bel para além dos termos fechados do que seria uma “feminilidade convencional” em sua época. Se, por um lado, ela certamente rejeitava o elemento da submissão intelectual e financeira da mulher ao marido, encarnado pela figura de sua mãe, ela também valorizava sua virgindade até o casamento, e sua habilidade maternal no trato dos irmãos mais novos – inclusive porque essa tarefa lhe foi delegada por reconhecerem nela as virtudes da inteligência, senso prático e responsabilidade, que logo no início do relato Bel descreve como “masculinas”. Assim, para a mãe de Bel, encarar a maternidade como projeto de vida não necessariamente significava assumir uma feminilidade submissa. Ao contrário, para ela a maternidade era a possibilidade de uma feminilidade “empoderadora”: Bel afirma que a mãe adorou ficar grávida nas duas ocasiões, que relata ter sido a “*melhor sensação da vida dela... sonhava que estava voando...*” e que “*se sentia poderosa, disposta...*”.

Essa é a parte da narrativa em que Bel começa a falar de si: primeiro, a partir de falas da sua mãe, e depois de suas próprias lembranças.

A primeira coisa que diz sobre si é que os pais relatam que nasceu roxa, e que não era bonita então, mas que logo ficou linda. A partir do relato de sua mãe, descreve-se como um bebê apressado, que *“queria fazer as coisas antes do tempo”*:

Comparavam-me com minha irmã, que sempre foi mais delicadinha, sempre requisitou mais atenção, sempre mais temerosa... Eu era mais de ‘me lançar’. Mal sabia andar, queria correr. Isso é curioso porque, contando, a impressão que dá é que a mais suscetível a um TA seria minha irmã, que era mais ‘dependente’ que eu. Foi o contrário.

Mas logo a seguir, se refere a uma fala de sua mãe que parece contradizer esse seu comportamento de bebê aventureiro:

Minha mãe conta que eu chorava muito quando bebê e que só parava de chorar quando ficava no colo dela, grudada à pele dela (nada mais simbiótico). Era eu adormecer, ela ia me colocando bem devagar no berço, desgrudando de mim aos poucos, e quando o último pedacinho desgrudava... eu abria o berreiro.

Bel relativiza a fala da mãe, sugerindo que talvez ela não fosse um bebê tão dependente, mas a mãe que era muito ansiosa, e angustiada com o choro do bebê. Ela conta que sua mãe se sente culpada até hoje por ter colocado algodão nos ouvidos para não ouvi-la chorar, em certa ocasião. Ela também nota que o comportamento da mãe em relação ao filho de sua irmã mais velha confirma essa interpretação: *“Tenho um sobrinho de três meses. Dá pra perceber que minha mãe fica angustiada quando ele chora e, antes de amamentá-lo, minha irmã prefere trocar a fralda. Minha mãe acha uma maldade deixar o menino chorando.”*

Essa fala de Bel sobre sua primeira infância é significativa, porque deixa transparecer algumas de suas convicções sobre a gênese de um transtorno alimentar, com marcada influência psicanalítica. Em primeiro lugar, ela considera que as experiências da primeira infância, sobretudo no tocante ao relacionamento com o corpo materno, são a base sobre a qual suas futuras experiências irão se desenvolver. Em segundo lugar, ela relaciona “dependência” e “simbiose” – novamente relacionada à mãe e a seu corpo – com a causalidade de um transtorno alimentar. Finalmente, é possível perceber que a questão da simbiose e dependência é um pouco mais complicada do que se poderia supor. Por que a irmã mais velha, mais dependente, não enfrentou um transtorno alimentar na adolescência,

que é o momento de enfrentar a conquista da uma identidade adulta e independente, enquanto Bel, que sempre foi de lançar-se, sim? Isso depende apenas do “traço de personalidade individual” do sujeito, ou de como esse suposto traço lhe é atribuído e dotado de significado através da relação com um outro (no caso, a mãe)?

Na próxima parte da narrativa, Bel passa a falar de suas próprias lembranças da infância, da admiração que sentia pela irmã mais velha, e da vontade de fazer tudo o que a irmã fazia. Por exemplo, a irmã já ia à escola e tinha uniforme; Bel ainda não ia à escola, mas acabou ganhado uniforme também. Ela conta:

Teve um dia dos professores em que a mãe das meninas vizinhas comprou três rosas para minha irmã e as meninas darem, cada uma, à sua professora. Eu não estava na escola, não tinha professora, portanto não tinha rosa. O que fiz? Despedacei aquelas rosas com todo meu ódio infantil. Hahahaha... Eu não sabia ‘esperar minha vez’, acho que não foi algo que me ensinaram.

Aqui surge novamente a tensão entre o que seria um traço de personalidade (não saber esperar a vez) e o que é fruto da relação com o outro (não foi algo que me ensinaram).

Sobre a presença do pai na sua infância, ela diz:

Meu pai era o cara que trabalhava durante o dia e voltava à noite para casa. Não me lembro muito dele no dia a dia. Lembro que nos finais de semana ele colocava os discos dos Beatles para tocar logo cedo, era gostoso. Às vezes víamos um filme no vídeo cassete, comíamos chocolate juntos, jogávamos algum jogo... Era uma família feliz, tranqüila, mas meu pai era mais um coadjuvante, ou um cara que ficava no suporte, sabe-se lá.

Mais tarde ela se refere a lembranças de poucas ocasiões em que estava só com a pai, em que a mãe *“não estava junto ou não era o centro das atenções”*: *“Nas festas da empresa, por exemplo, quando ele mostrava as filhas aos colegas. Era legal.”*

O pai também não era a pessoa que lidava com as questões práticas, do dia-a-dia, ao menos no tocante às filhas:

Uma vez excepcionalmente ele levou a mim e à minha irmã para cortar o cabelo e o cabeleireiro fez um corte que me deixou com o cabelo curtíssimo. Eu me senti péssima, feia, triste, com raiva, e por outro lado não queria deixar meu pai triste porque eu não tinha gostado do corte.

Nesse trecho, vale a pena notar que a criança, com menos de seis anos então, preferia disfarçar a própria tristeza a deixar o pai triste. Isso reforça a ideia da posição coadjuvante, mais frágil, do pai, e da mãe como a figura central na estrutura de poder da

família.

A seguir, Bel relata o que define como uma “*mudança radical*” nesse arranjo familiar, e na vida que levava até então. Seu avô paterno havia abandonado a esposa quando seu pai tinha uns doze anos, e se mudado para o Pará. Quando Bel estava com seis anos, o pai decidiu vender tudo o que tinha e partir com a família para Altamira, onde morava o pai dele, avô paterno de Bel, para trabalhar com “*com plantação de pimenta, cacau, coisas do gênero*”. Seus pais se desfizeram de tudo o que tinham, e enquanto se preparavam para a viagem, ficaram morando provisoriamente em um anexo nos fundos da casa de um dos irmãos de sua mãe. Bel teve que mudar de escola, e relata ter sofrido com a perda do convívio com as colegas de escola e as vizinhas. Outra perda marcante para ela foram os brinquedos, que em sua maioria tiveram que ser doados, e não seriam levados na viagem.

Bel descreve a viagem de mudança para o Pará como algo penoso: ela, a irmã, o pai e a mãe “espremidos” na cabine de uma *pick-up*, estradas de terra em péssimas condições, banheiros precários e, na ausência de água potável, matavam a sede comendo abacaxi.

Nesse momento interrompi a narrativa, pois a decisão de se mudar dessa forma me pareceu incoerente com a imagem do pai que Bel me transmitira até então. Perguntei sobre quais razões ela considerava que o haviam motivado a essa mudança, e ela falou um pouco sobre a história do pai.

Filho de caminhoneiro, seu pai havia morado, durante um período da infância, em Mato Grosso, mas foi abandonado pelo pai aos 12 anos. Desde então teve que trabalhar para ajudar a manter a casa. Diz que ele gostaria de ter feito engenharia, mas acabou fazendo economia por ser mais fácil de conciliar com o trabalho. Antes da mudança, ele trabalhava como contador. Ela não sabe dizer se o que motivou o pai foi a lembrança da infância no Mato Grosso, o desejo de se reaproximar do pai ou a monotonia e a insatisfação com o emprego de contador. Ela descreve o pai:

Quando fizemos algumas sessões de terapia familiar ele dizia assim... que não adiantava ficar falando dos problemas do passado, que já existiam outros à frente, que se ele fosse sentir tudo o que havia acontecido no passado ele não iria viver... É um cara que não entra muito em contato com o que sente. Ou melhor, entra sim, mas não comunica muito, fica angustiado solitariamente.

Bel retoma a narrativa descrevendo a vida depois da mudança. Acostumada com uma vida de classe média no ABC paulista, a vida em Altamira foi um choque. Enquanto a casa da família era construída, moraram no hotel de propriedade do avô, que “*tinha baratas*”. Embora o ano letivo já houvesse começado, ela e a irmã passaram a frequentar uma escola local. Na vida escolar, novamente a sensação de precariedade: muita lama no caminho; os alunos iam de chinelo para não sujar os tênis, que calçavam só na escola.

Minha cartilha tinha sido iniciada por outro aluno que tivera que sair da escola. As lições iniciais eu tinha que apagar e depois fazer. Parece bobagem, mas até então eu só tinha tido tudo novinho em folha, só pra mim. A professora usava chinelo, era mal-vestida e fumava na classe.

Bel também conta que, apesar de ter se alfabetizado sozinha em casa, acompanhando as lições da irmã e “*inventando histórias*” que escrevia, pedindo à mãe que lhe ensinasse, sentiu-se confusa para escrever por conta do sotaque local: “*Mas achava estranho porque lá eles falavam "di", e não "dhi", como aqui... Fonemas diferentes... Então eu achava que devia ser escrito de outra forma.*”

A situação econômica da família também se tornou precária. A mãe abriu um pequeno comércio ao lado do hotel, e Bel e a irmã ficavam sozinhas em casa. O poder aquisitivo da família foi bastante reduzido, e Bel não tinha mais acesso aos bens de consumo a que estava acostumada. Dormia com a irmã em uma cama de casal, e as duas passaram a brigar muito. O pai perdeu quase todo o investimento em plantações. Ela relata:

Minha mãe, percebendo que a situação financeira ia de mal a pior, com medo de que dali a uns dias começássemos a não ter mais o que comer, foi enlouquecendo. Eu a vi tomando comprimidos, batendo a cabeça na parede, desesperada, brigando com meu pai, chorando... A mãe ideal da infância desmoronou. Estava com uma pessoa desequilibrada em casa.

Além das brigas constantes com a irmã, a crise familiar também afetou o comportamento de Bel de outra forma: “*Eu ficava angustiada em silêncio. Vivia pra cima e pra baixo com um caderno, escrevendo palavras repetidamente, escrevendo cartas pra mandar pra SP...*” Aos seis anos, Bel procurou refúgio para suas angústias na escrita. Mais tarde, com o transtorno alimentar, usaria esse recurso novamente.

Vendo a situação econômica da família piorar cada vez mais, a mãe de Bel decidiu voltar com as filhas para São Paulo, onde foi morar com a sogra em Santo André. O pai ficou no Pará. Perguntei se essa mudança significava que o casamento dos pais estava em

risco, mas Bel respondeu que o casamento era secundário ao problema imediato da sobrevivência econômica da família. Sobre o impacto disso para o pai, Bel relata:

Antes dessa idéia da viagem, meu pai era meio apagadão na história. Ele investiu muito nessa idéia, não só \$, mas expectativas e desejos... Ver a idéia fracassando deve ter tido um significado muito doloroso. Até hoje ele não aceita muito que não deu certo; dá a entender que se tivessem insistido poderia ter funcionado, que se ele não tivesse se deixado abalar pela crise da minha mãe, teria dado a volta por cima. É um tabu pra ele.

Sobre a viagem de volta, Bel conta:

Voltamos num ônibus cheio, daqueles com coisas de comer fedidas, galinha dentro. Não havia poltrona pra mim. A mim era reservado um banquinho de metal que ficava no corredor. [...] Eu me lembro até hoje do cheiro de plástico novo das poltronas do segundo ônibus que pegamos, esse já em SP, um ônibus vazio, eu podia até deitar em duas poltronas!!! Que alívio...

O contraste entre os dois ônibus resume o contraste geral que Bel estabelece ao descrever a vida anterior em São Paulo e a vida no Pará: em São Paulo uma vida confortável, tranquila, em que ela não precisava “esperar sua vez”. No Pará, uma vida apertada – na *pick-up*, na cama dividida com a irmã, no orçamento, no ônibus que não tinha assento para ela – e suja, fedida (lama, banheiro de ‘buraco no chão’, lixo nas ruas, a professora mal vestida que fumava, as ‘coisas de comer fedidas’).

Enquanto moraram com a avó, Bel estudou em uma escola próxima, que tinha alunos deficientes auditivos. Mas as brigas constantes e intensas entre as irmãs continuavam, e irritavam a avó, que sugeriu à nora que se mudasse com as filhas para um quarto nos fundos da casa.

Minha mãe entendeu essa sugestão como um desaforo, como uma humilhação, porque aquele quarto era velho e em mau estado. [...] Eis então que minha mãe rompe as relações com minha avó e nós nos mudamos para a casa de um tio meu, irmão da minha mãe. Mudo de escola. Mil mudanças de escola e eu estava então, ainda, apenas na 1ª. série!

Nesse momento, observei que mesmo com tantas mudanças, ela iniciara sua ‘produção literária’ ainda antes da primeira série. Então ela se lembra que tem em casa um caderno seu, escrito nessa época: *“Tenho um caderno aqui em casa da época um pouco antes de ir ao Pará. Há uma redação nele sobre a viagem. A última frase era ‘a pick-up era pequena e só cabia três’ - algo assim. Eu já estava sobrando...”*.

Ela também relata que no caderno há desenhos de casais, representando o pai e a

mãe. O pai era sempre menor do que a mãe, e ela procurava compensar a diferença de altura desenhando pedras sob os pés do pai, ou um chapéu sobre sua cabeça. No caderno ela encontrou uma carta do pai, enviada do Pará:

Tenho uma carta que meu pai me escreveu quando ele tava no Pará. Ele se desenhava um barriga grande e os dizeres "estou ficando gordinho... não sei se porque estou comendo muito ou se é por causa das lombrigas"... Não usou lombrigas, mas era essa a idéia, de que talvez estivesse com bicho na barriga... Ah, no desenho ele estava chorando de saudade. Muito triste para uma criança de sete anos ler isso.

Comentei que para um homem que não costumava demonstrar ou falar sobre seus sentimentos, o desenho me parecia uma atitude corajosa. Ela faz uma pausa. E diz: *"Sim, muito! Agora deu até vontade de chorar... Porque meu pai é um grande homem."* Achei significativo o fato de Bel se emocionar com o desenho do pai, dizendo que ele é 'um grande homem', logo após contar sobre como representava o pai menor do que a mãe nos desenhos na época. Achei curioso que Bel tivesse muita desenvoltura ao falar sobre a mãe, de forma bastante refletida e racionalizada, enquanto as falas sobre o pai eram repletas de silêncios e emocionalmente carregadas. Essa diferença de registro sugere a necessidade de uma reflexão sobre a posição aparentemente coadjuvante do pai na estrutura familiar, que mereceria ser explorada em estudos posteriores. Essa questão é particularmente importante se considerarmos a importância que Bel dá à questão edípica quando conta a história da mãe.

O período de residência na casa do tio materno também foi um pouco conturbado. Quando se mudaram para Altamira, alguns de seus brinquedos foram herdados por um primo, filho desse tio, o que levou a vários desentendimentos nas brincadeiras com o primo sobre quem seria o dono legítimo desses brinquedos. Algum tempo depois, seu pai voltou do Pará para morar novamente com a família, na casa do cunhado: *"Meu pai voltou do Pará, começou a procurar emprego, foi um tempo apertado mas bem mais próximo daquilo com que eu era habituada."*

As brigas com a irmã continuavam: apesar de mais velha, a irmã era fisicamente mais franzina, e Bel a superava em força física: *"Nesse tempo ela já me chamava de gorda. 'Gorda, baleia, saco de areia, comeu banana podre, morreu de caganeira.' Era uma música. Eu era muito feinha aos 7, 8, 9 anos, época em que morava lá nos meus tios."*

Perguntei a Bel se essa lembrança de ser “*muito feinha*” era uma percepção que tinha de si, ou se era comunicada pelas pessoas à sua volta. Ela respondeu:

Acho que a única pessoa que me fazia me sentir feia mesmo era minha irmã, porque ela apontava isso cruamente. Minha melhor amiga às vezes me chamava de gorda⁴⁴, mas era carinhosamente. Eu me sentia mal, mas não demonstrava pra não reforçar...

Enquanto sua família morou com o tio, Bel frequentou uma escola estadual, em que cursou da primeira à terceira série do primeiro grau: “*Na escola foi um tempo ótimo... Era feinha mas era líder. Inteligente, eu inventava brincadeira, comandava os trabalhos, era uma formadora de opinião. Nem me importava com o aspecto físico.*” Em casa, entretanto, Bel sentia-se desvalorizada, tanto pela mãe, quanto pela irmã.

Sobre o mérito escolar, Bel afirma que não gostava da ideia de que alguém pudesse ser melhor do que ela, e por isso fazia questão de se destacar nos estudos. Mas essa necessidade de distinção era em grande parte movida pelo desejo de corresponder às expectativas dos pais. E se na escola seu mérito pelo bom desempenho era reconhecido, em casa, ela não sentia o mesmo.

Em relação à mãe, Bel sentia que seu bom desempenho não era valorizado como uma conquista sua:

Porque quando mostrava as coisas para ela sentia como se ela tomasse aquilo para ela, ‘você é minha filha, eu te fiz, logo o que você fizer é produção minha’; aquele orgulho materno era sentido por mim como algo agressivo. Se antes eu gostava de mostrar minha produção para minha mãe - desenhos, redações, trabalhos, notas - depois eu fazia questão de não mostrar. Fazia de propósito para privá-la daquele gozo sobre mim.

Essa impressão de que seu bom desempenho jamais seria suficiente para que conquistasse o reconhecimento em casa também estava presente na relação com a irmã:

Minha irmã sempre desvalorizou o que eu fazia. Se eu tirava A na escola aquilo não significava nada, segunda série era ‘baba’. Ela sempre sabia fazer melhor, mais interessante, mais inovador. E eu realmente acreditava que ela era melhor. O que ela falava era verdade. Nas brincadeiras a boneca dela era sempre a mais rica, mais inteligente. As bonecas dela riam das minhas e eu deixava que rissem. Ou então partia pra porrada.

Foi nessa época, entre os 9 e 10 anos de idade, que Bel se recorda de começar a ficar mais preocupada com o corpo e a alimentação. Em uma viagem que fizeram para um acampamento com uma família vizinha, ela se lembra de ir à piscina, com um maiô

⁴⁴ Vale a pena destacar que “feia” e “gorda” são usados por Bel como sinônimos intercambiáveis.

emprestado da mãe, e sua melhor amiga (a vizinha), riu dela porque o maiô fazia “*gominhos na bunda*”. Bel chorou muito, e passou a ir à piscina sempre com uma camiseta por cima do maiô. Lembra-se também que quem cozinhava durante a viagem era a mãe da amiga, e que em algumas ocasiões Bel queria comer mais do que era servida. Também conta que, ao tomar picolé com as demais crianças, ficava pensando se isso a faria engordar, e que, apenas para consolá-la, a amiga dizia que era muito magra, e gostaria de ser como Bel.

Nesse período, a situação financeira dos pais foi se estabilizando. Saíram da casa do tio para uma casa alugada na proximidade. Sua mãe trabalhava muito e, entre o trabalho e os afazeres domésticos, com frequência estava cansada demais para atender aos pedidos de brincar com a filha.

Após um assalto à casa, a família mudou-se novamente, para um apartamento em São Bernardo do Campo, onde Bel passou a cursar a quarta série em uma escola particular.

Virei uma nerd que tinha duas amigas nerds e que era zombada pelos demais. Ainda era a melhor aluna, mas sofria com as humilhações dos descolados. Cursei até a 6ª série naquele colégio. Naquele último ano já era a maior parceira da menina que antes me zombava. Tinha me tornado uma descolada!!! Foi uma vitória para mim. Além de ter entrado no grupo dos bagunceiros, mantive-me como a melhor aluna da classe.

Bel credits sua vitória social na escola (entrar para a turma dos “*descolados*”) à sua adaptabilidade, desenvolvida nas frequentes mudanças de escola, e à sua habilidade de responder às expectativas alheias:

Devia saber o que era esperado de mim para que fizesse parte do grupo. [...] Sei que eu competia com as descoladas e consegui me tornar uma delas. Mas não consegui ser uma descolada, inteligente E bonita. Eu não era bonita. Era divertida. Mas já era um começo para a aceitação.

No ambiente social competitivo da escola, ser inteligente, divertida e descolada significava o “*começo para a aceitação*”. Mas, na hierarquia de valores vigentes na sociabilidade escolar, a beleza era particularmente importante, sobretudo para as meninas.

Bel conta que nessa época teve seu primeiro amor – que permaneceu totalmente platônico:

Ele era do grupo dos descolados, mas era um coadjuvante total. Era o melhor amigo do cara mais bonitinho da classe. Ele não era bonito, nem inteligente, nem muito divertido, mas eu era apaixonada por ele. [...] Morreu assassinado na porta de um puteiro por seguranças após uma confusão. Nunca soube que eu gostava dele.

Bel nunca teve coragem de declarar seus sentimentos para o menino: *“Eu ligava para a casa dele para ouvir ele dizer alô... Ficava em silêncio do outro lado da linha e ele me mandava tomar no cu.”* Chegou a confessar seus sentimentos para as amigas da escola, mas se arrependeu: *“Eu tinha muita vergonha de qualquer comentário.”* A vergonha e o silêncio de Bel sobre seu afeto parecem se ancorar no sentimento de que mesmo que todas as suas outras qualidades a tivessem inserido no grupo das *“descoladas”*, ser *“feia”* era uma barreira intransponível na hora de estabelecer ligações românticas com os meninos. Isso fica claro quando eu perguntei se ela e os colegas não faziam *“bailinhos”*⁴⁵: *“Eu era chamada mas não fazia sucesso com os garotos, só com minhas palhaçadas. As meninas eram unidas e entre elas eu tinha meu lugar. Mas naquelas brincadeiras de beijar eu sempre fiquei de fora.”*

A narrativa de Bel parece apontar para uma diferença na ordem de importância da beleza para meninos e meninas no mercado de relações afetivas de sua escola. Enquanto o menino de quem gostava era apenas *“descolado”* e *“melhor amigo do cara mais bonitinho da classe”*, ela era *“descolada”*, *“inteligente”* e *“divertida”*. Mesmo assim, estava em desvantagem, pois ser *“feia”* era motivo mais do que suficiente para ser rejeitada. Assim, era melhor ser agredida anonimamente pelo menino de quem gostava por telefone, do que ser diretamente rejeitada.

Ao fim da sexta série, sua família se mudou novamente, desta vez para São Caetano do Sul, e Bel voltou a estudar em uma escola pública, em que permaneceu por apenas meio ano: *“Nessa escola a mentalidade dos alunos era outra. Não havia muito meio termo. Ou as meninas eram muito nerds ou muito sexualizadas. Fiz meio ano lá. O ensino era fraco, os professores faltavam muito. Fui para outra escola, uma particular.”*

Na nova escola o clima entre os colegas era de menor rivalidade, e o aspecto físico parecia não ser tão mais importante: *“Fiz metade da 7ª série e a 8ª nessa outra. Lá eu era da turma das descoladas divertidas, mas a classe era toda bem unida, sem grupos, só quem era MUITO estranho ficava isolado porque se isolava. E o aspecto físico não contava muito. Era bem aceita e me sentia bem, portanto.”* Bel manteve o excelente desempenho escolar, e começou a gostar de um outro menino: *“Ah, eu tentava ignorá-lo porque ele não*

⁴⁵ Os *“bailinhos”*, que também são mencionados na história de Valentina, foram um tipo de sociabilidade bastante presente na geração que passou a adolescência entre meados das décadas de 1980, ao menos para as classes médias urbanas no Brasil.

me dava bola. Um dia ele pediu para ficar comigo. Eu fiz doce por dois minutos, ele se cansou, ficou com outra.”

Perguntei se, na época, ela relacionou esse evento com sua aparência física, e ela disse que não. Afirmou que alguns meninos queriam beijá-la, mas que ela não queria, por timidez. Pedi que me falasse mais sobre isso:

Daniela: Tem até uma época na vida que a gente acha que beijar deve ser nojento, em que é estranho pensar em línguas e trocas de babas e tal... Depois é que a gente passa a achar a coisa interessante...

Bel: *Não tinha nojo, só tinha medo de não ser aceita.*

D: Tinha medo de não saber beijar, de falarem que você beijava mal, que era boca virgem, essas coisas?

B: *Sim, claro.*

D: E esse medo era maior do que a vontade de beijar?

B: *Menti pra minha melhor amiga, falei que já tinha ficado e nem tinha.*

D: Ou ainda não tinha propriamente uma vontade de beijar?

B: *Acho que não tinha. Era mais uma forma de aproximação romântica a que eu queria*

Perguntei a Bel como ficou, nessa época, o sentimento de “ser gorda”. Ela contou que havia começado a cortar algumas coisas de sua alimentação para emagrecer, como doces e refrigerantes. Ao mesmo tempo, começou a praticar esportes: *“Fiz um pouco de hidroginástica, academia e me apaixonei pela capoeira. E fui adquirindo habilidade física também. Era bem tortinha na capoeira no começo. Virei campeã paulista. (uhu)”*.

Foi através da capoeira que conheceu o instrutor de capoeira Edson, de 24 anos:

Ele era aluno do meu mestre. Nos víamos às vezes nas aulas de capoeira, nos eventos... ele dava em cima de todas as meninas. Começou a namorar uma amiga minha da capoeira (Vera). Ele a traiu, terminaram. E ele dava em cima de mim também. No dia em que ganhei o campeonato, fiquei com ele.

Bel tinha então 16 anos. Edson era casado e tinha um filho de 4 anos. Estava separado da esposa, e reatava o relacionamento com ela para se separar de novo tempos depois. Além disso, ficava com várias meninas. Enquanto Edson ainda namorava Vera, já demonstrava o interesse por Bel: *“Ao mesmo tempo, começou a dar em cima de mim, e eu me sentia envaidecida e vulnerável”*.

Por dois meses Bel desfrutou do status de “ficante oficial” de Edson – o que

significa que ele poderia “ficar” com outras pessoas, mas que parecia ter mais interesse em Bel. Foi com Edson que começou a ter contato com sua sexualidade, embora tenham permanecido na etapa de “*beijos e amassos*”.

Ele não queria transar comigo, achava que seria responsabilidade demais, que eu merecia algo melhor, que após transar a relação exigiria dele algo que ele não saberia dar, enfim, sei lá. Eu queria transar mas, nas situações em que isso era viável, ele se esquivava. Quando a situação era totalmente inviável, ele tentava algo, mas era óbvio que eu recusaria.

Depois dos dois primeiros meses, houve certo afastamento, e Bel passou a ser “*só mais uma entre várias*”. Apesar disso, Bel acreditava ser especial para Edson:

(...) porque tinha acesso a partes dele que ninguém mais tinha. Refiro-me a conteúdos doloridos, especialmente relacionados à morte da mãe quando ele tinha uns 17 anos, se não me engano, o que teria precipitado um estado de carência, o casamento, o filho, tudo a partir do luto da mãe... Não me importava com o fato de que não era a única com quem ele ficava porque a mim bastava a fantasia de que eu era a única a ter o acesso verdadeiro.

Bel diz que Edson foi uma grande paixão, relacionada a um desdobramento importante em sua história, que Bel descreve como “*uma parte bem doentia e sofrida*”.

Com o passar do tempo, Bel foi “*ficando deprimida*”. Ela desejava ter alguma confirmação de sua importância, mas ela não se confirmava. Aos dezoito anos, já cursando a faculdade de psicologia, Bel decidiu fazer uma viagem de intercâmbio para Boston, com o apoio dos pais: “*Já tinha cursado um semestre na faculdade e argumentei que seria um bom momento para fazer intercâmbio, porque já tinha passado pelo vestibular, podia trancar a matrícula...*” Seus pais desconheciam seu envolvimento com Edson, e mal faziam ideia que o verdadeiro motivo da viagem para Boston era a esperança que, em sua ausência, Edson sentisse sua falta e que isso mudasse alguma coisa no relacionamento.

Perguntei se seus pais não haviam notado que ela estava deprimida. Ela disse que não sabe, mas que ela certamente demonstrava isso de alguma forma. Diz que gritava, e que, ainda no colégio, sofria falta de concentração e sentia vontade de chorar. Foi a um neurologista, que fez alguns exames e não detectou nada. Depois, procurou uma psicóloga, a quem não voltou a procurar após a primeira consulta. Mais tarde procurou outra psicóloga, e novamente desistiu depois de quatro consultas. Por isso, quando lhe perguntei o que as psicólogas haviam dito, ela respondeu que foi muito pouco, porque mal puderam ouvi-la. Quando perguntei o porquê de ter interrompido o atendimento em cada caso, Bel respondeu:

Não gostei do estilo da primeira, que escrevia e não me olhava enquanto eu falava, e, na segunda psicóloga, não me lembro, talvez porque fosse longe de casa. Era uma época em que eu estava muito cansada. Faculdade, capoeira, inglês, musculação, cada coisa num lugar distante do outro. Passava muito tempo dentro de ônibus, estava acabadona.

Perguntei como andava em relação à alimentação, imagem corporal e outros possíveis sintomas de um transtorno alimentar. Bel respondeu:

Alimentação exageradamente saudável, sem permissão para guloseimas, frituras, refrigerantes... Sentia muita culpa se faltava à academia, nos feriados ficava desesperada por não ter aula de capoeira e saía andando pelas ruas por horas. Nas viagens que fazia ficava muito preocupada com o que comeria, onde me exercitaria, e por isso evitava ao máximo sair da minha rotina. Quando aos 16 anos fui para Disney, ao invés de descer à piscina do hotel no tempo livre, ficava fazendo abdominais no quarto.

Comentei que me parecia que então ela já estava com o problema alimentar “a todo vapor”, e perguntei se ninguém havia notado que algo não estava bem. Bel respondeu que todos achavam seu comportamento exemplar, mas acrescenta: *“Se bem que não viam tudo o que eu fazia, como os exercícios no quarto do hotel, na Disney, os abdominais quando estava com a perna engessada ou a ingestão de zilhões de comprimidos “naturais” para celulite, gordura, flacidez...”*

Perguntei como andava seu relacionamento com a irmã, se ainda brigavam como na infância, e ela respondeu que brigavam apenas por coisas rotineiras *“como uma pegar a roupa da outra sem pedir”*, mas que na maior parte do tempo se davam bem:

Talvez já houvesse alguma cumplicidade para além do que era dito dentro de casa... Quando minha irmã foi pedida em namoro por um mocinho que fazia cursinho com ela e que freqüentava nossa casa sem nenhum problema, ela ‘comunicou’ à minha mãe que tinha sido pedida em namoro e que estava pensando em aceitar. Minha mãe saiu de si, gritou, falou que se ela quisesse dar que não seria na cama dela (na da minha mãe), enfim, falou coisas extremamente pesadas e sem sentido. Presenciei aquilo e percebi que comunicar um namoro era algo muito perigoso. Também por isso fiquei bem quietinha acerca da minha paixão pelo capoeirista.

Essa passagem a respeito da reação da mãe de Bel sobre o namoro da filha mais velha pode parecer fora de contexto, mas está de acordo com a sequência narrativa estabelecida por Bel em nossa conversa. Curiosamente, tal reação é muito parecida com as acusações que sua própria mãe lhe fazia em sua juventude. A relação desse episódio com o restante da história ficará mais evidente adiante, quando Bel conta a respeito de sua interpretação de sua história, em particular, e dos transtornos alimentares, em geral.

Bel afirma que em Boston sofreu uma espécie de cisão: por um lado, ia às aulas,

tirava boas notas e tinha uma convivência normal – embora superficial – com as pessoas.

Um outro lado enlouqueceu totalmente. Eu escrevia, algo como poesia, e tinha uma filha imaginária com o capoeirista. Escrevia cartas-poesia para ela falando sobre minha ausência que era iminente... Tinha uma enorme ideia suicida. Eu mandava cartões postais aos colegas da capoeira, fazia algumas ligações, queria saber como estava meu capoeirista... E uma amiga me dizia que aproveitasse para esquecê-lo, que ele não me merecia. Coloquei-a contra a parede e ela me contou o que estava havendo.

A amiga em questão, Elaine, revelou que Edson voltara a namorar com Vera. Bel relata:

Fiquei sem chão. Saí sem rumo, tive algo parecido com uma crise de ausência, cheguei a um lugar sem saber como, lembro de ter entrado em estacionamento de prédio sem saber para quê, e decidi me matar. Já que ia me matar, poderia estragar meu corpo. Entrei numa loja de conveniência para comprar cigarros e chocolate. Comprei os cigarros, o chocolate não consegui, era tóxico demais para mim. Fumei (tentei fumar) um cigarro e fui para uma beira de estrada. A cada carro que passava, eu me via me jogando na frente. Foi a única vez que fumei. [...] E assim como não tenho ideia de como cheguei àquela estrada, não tenho noção de como voltei pra casa onde morava. Voltei para o Brasil sem que muita gente soubesse. A previsão era a de que eu ficasse 6 meses em Boston. Fiquei 2. Argumentei aos meus pais que não valeria muito à pena que eu ficasse mais, usei justificativas financeiras, sei lá... Mas jamais meu estado emocional.

Perguntei a Bel se seus pais não haviam desconfiado que ela decidira voltar ao Brasil em função de seu estado emocional, e ela disse que não. Indaguei se a família que a hospedava em Boston notara alguma coisa, ao que respondeu: *“Não. Ou, se notaram, não disseram. Ou ainda, se disseram, não entendi.”*

De volta ao Brasil, Bel diz ter enfrentado um período muito difícil:

Eu rastejava atrás do professor de capoeira, ia onde ele dava aula, me insinuava, chorava... Ele continuou o namoro, tentava se esquivar de mim o quanto podia, a namorada dele ficava irritadíssima comigo porque eu dava em cima dele, fazíamos umas rinhas na roda de capoeira, hahaha! Uma vez ela me ligou, disse pra eu parar, que ela não tinha sangue de barata. Eu insisti um pouco e, tempos depois, fui à casa dela, pedi desculpas.

Em Boston, com a redução da rotina intensa de exercícios e alimentação diferente, Bel ganhou peso.

Quando voltei ao Brasil, Elaine comentou que eu estava "gordinha". A Elaine era mais nova que eu, moça bem bonita e bem TAsística⁴⁶. Era doida por bolo de chocolate, doces, mas depois fazia uns jejuns doidos, desmaiava no jogo de vôlei

⁴⁶ Por “bem TAsística” Bel quer dizer que Elaine tinha vários comportamentos característicos de transtornos alimentares, alguns deles mencionados logo em seguida. Esse é um comentário retrospectivo, evidentemente. Na época da amizade com Elaine, Bel não encarava esses comportamentos da amiga como “sintomas” de um possível transtorno alimentar.

da escola dela. Éramos uma dupla de TA. Estranho isso. Com ela eu tinha uma parceria meio vazia, uma amizade adolescente do tipo "tô aqui pra tudo", mas nem se tem idéia do que seria o tudo; com ela eu era mais fútil... Creio que com a Elaine tive um contexto bem favorável para o TA se desenvolver. O comentário que ela fez sobre eu ter engordado me incomodou muito, e acho que foi a vez em que perdi peso bem rápido.

Para perder peso, usou os mesmos métodos que antes: restrição alimentar e exercícios físicos.

Bel continuou com toda a atenção voltada para Edson, para a capoeira, para o controle do corpo e da comida. Nessa época, seguindo uma recomendação da irmã, viajou para Porto Seguro, na Bahia, nas esperança de que o afastamento geográfico e a distração da atividade turística a ajudassem a esquecer Edson:

Minha irmã tinha ido pra Porto com as amigas e quando voltou falou que eu tinha que ir pra lá, que era muito legal... E eu fui sozinha. Era um grupo⁴⁷ muito animado, aproveitei bastante o 1o. dia. À noite fui pro luau numa barraca e dancei muito com um feinho, haha, mas não queria ficar com ele. Dei um balão nele e estava descansando num cantinho quando o Ives apareceu e falou 'olha, eu estou de saída, mas te vi aqui, tão linda, e quero ficar com você, então diga logo se quer porque estou indo embora'. E eu enrolei um pouco, trocamos umas quatro frases e nos beijamos. Ele me levou para o hotel em que eu estava depois. No dia seguinte nos encontramos na praia; na outra noite nos encontramos no outro luau e aí transamos na praia. Não no mar, era noite; debaixo de um guarda-sol que cobria uma mesa, saca? No outro dia ele me levou para a casa dele, enfim, nos vimos todos os dias.

Perguntei se tinha sido tudo tão simples como seu relato dava a entender. Ela respondeu: *"Eu já estava querendo transar fazia tempo. Tinha 19 anos. (pausa) E foi uma coisa arriscada, eu podia ter me dado mal. Não o conhecia, não estava no meu ambiente... Mas ferrada eu já estava em São Paulo, então foi um risco presumido."*

Ives morava em Porto Seguro desde a infância, e trabalhava como recreador em um hotel. Treinava triatlo, morava com os irmãos. Era moreno, alto, tinha vinte e um anos, olhos claros e porte físico de nadador. Perguntei se ele era bonito, e Bel disse: *"Olha... Ele chamava muita atenção. Não era uma beleza delicada, sabe? Uma beleza rústica, tipo de cara de propaganda de óculos de natação. Um corpo espetacular."*

Após uma semana em Porto Seguro, Bel voltou para São Paulo como namorada de Ives. Duas semanas depois, foi para Porto Seguro novamente. Contou para os pais que tinha um namorado lá:

Eles não levaram a sério, devem ter visto a situação mais como um lazer, algo que

⁴⁷ O "grupo" se refere ao grupo de turistas que adquiriu o mesmo pacote de viagens que Bel.

me fazia feliz, e permitiam. E patrocinavam minhas viagens. Nas férias ficava bastante tempo lá, no resto do ano ia algumas vezes, nos feriados, semana do saco cheio⁴⁸... Nos falávamos por cartas, telefonemas... Era um relacionamento em clima de festa. Ele saía do trabalho e ficávamos juntos. Não havia convivência com os problemas rotineiros, sabe? Ele tinha pouquíssimo estudo, uma perspectiva de futuro bem distinta da minha, mas eu não me preocupava com aquilo. Eu queria que ele pudesse vir a SP me ver e ele não podia porque não tinha \$ e tinha que trabalhar, e era aí que aparecia a diferença financeira. Queria também que ele me ligasse mais, pois na maior parte das vezes eu ligava.

Bel disse que essa foi uma época muito boa, em que amava e se sentia amada, e que finalmente conseguiu esquecer Edson. Entretanto, o problema alimentar parecia ficar cada vez pior: *“Enquanto ele trabalhava, eu fazia longas caminhadas na praia... Comia muito pouco e me pesava muitas vezes ao dia. Ele não tinha a menor idéia do que era depressão, e às vezes, em São Paulo, eu estava deprimida.”*

Bel afirma que a distância não contribuía para sua depressão, mas ao contrário, lhe dava a sensação de proteção: *“E manter um esquema era muito importante. Ter uma certa previsibilidade, um certo controle na minha rotina era vital.”* Sua melhor amiga, entretanto, dava a entender que o namoro era algum tipo de fantasia, constantemente questionando Bel sobre o porquê de Ives não telefonar, não ir para São Paulo encontrá-la. Bel não gostava desses questionamentos.

O relacionamento durou um ano e meio. A partir de certo momento, Bel começou a sentir que Ives estava distante quando se falavam ao telefone. Ela conta: *“Um dia liguei e atendeu uma mulher. Perguntei pelo Ives e ela disse que não era mais pra eu ligar pra ele, que ele estava casado com ela.”*

Na hora em que Bel me disse isso, não consegui esconder minha surpresa e indignação, e perguntei como é que ele podia ter se casado e deixado que ela descobrisse dessa forma. Ela continuou a história:

Falei com ele no outro dia ao telefone e ele explicou mais ou menos. Não era casamento. Ela era uma menina, também turista, com quem ele tinha transado, e que se apaixonou por ele. E ela era meio doida, brigou com a mãe em SP e surgiu na frente dele pra ficar com ele, e ele não soube o que fazer. Se sentiu responsável por ela porque tinha tirado a virgindade dela, e ela ficou na casa dele, e deviam estar se amando. Ele dizia que tinha sido encurralado, que tinha ficado sem reação, e eu pedia que ele reagisse, que a assumisse ou a chutasse. Ele não fez nenhuma das coisas e eu terminei. Depois disso ainda voltei lá uma vez, me encontrei com ele, eles estavam morando juntos numa casa alugada, ele ficou comigo, dizia estar

⁴⁸ “Semana do saco cheio” se refere a um feriado escolar prolongado, com a duração de uma semana, que ocorre geralmente em outubro.

infeliz com ela, que ela era ciumenta, possessiva, mas que ele estava tentando tornar as coisas mais fáceis.

De certa forma, o relacionamento com Ives foi a oportunidade de escapar às convenções que regulavam as possibilidades de relacionamentos afetivos de Bel em São Paulo. Por ser paulistana, e de uma classe social mais alta, Bel levava uma certa vantagem no mercado afetivo-sexual de Porto Seguro em relação aos rapazes locais, em um contexto social em que o turismo é uma atividade econômica importante. O clima de festa ou de férias que caracterizava esse relacionamento permitia a suspensão temporária dos constrangimentos a que os relacionamentos em São Paulo estavam sujeitos: seus pais não levaram o relacionamento a sério, e sua mãe não manifestou a mesma reação que teve diante do anúncio do primeiro namoro da irmã.

Por outro lado, essa mesma suspensão de regras que fazia do relacionamento algo tão libertador, necessariamente estava vinculada a seu caráter temporário. Em São Paulo, de volta aos constrangimentos habituais, Bel ficava “deprimida”. Mesmo em Porto Seguro, enquanto Ives trabalhava e Bel já não tinha as atividades típicas de turista para ocupar o tempo, a tensão surgia, sob a forma de atividades físicas e preocupações ligadas ao corpo e à alimentação. A situação gerada pela segunda namorada de Ives, acaba por explicitar as normas do “relacionamento de férias”, ao transgredi-las e se mudar para Porto Seguro para morar com ele. Nesse segundo caso, a mudança para Porto Seguro reinscreveu as regras do relacionamento, e a “virgindade perdida” assume outro significado. O relacionamento com a segunda moça também adquiriu um novo tom: Ives se dizia infeliz com o relacionamento, e com os ciúmes e a possessividade da nova namorada – características que não foram atribuídas ao relacionamento com Bel.

Na ocasião em que Bel voltou a Porto Seguro, e ficou novamente com Ives, mesmo sabendo que ele ainda mantinha o outro relacionamento e procurava ajustar-se a ele, Bel relata que os sintomas alimentares surgiram de forma intensa: *“Foi uma vez em que tomei muitos laxantes em Porto, nossa... E comia bulimicamente.”*

Nesse momento eu tentei interrompê-la dizendo: “Espera aí, isso é novidade!!!” Ela continuou dizendo que ficou muito triste porque Ives não fora se despedir dela, e decidiu romper definitivamente com ele. Insisti: “Como começou a comer bulimicamente e a tomar laxante, pois isso ainda não apareceu na história?” Bel respondeu:

Vez ou outra, quando saía do cardápio alimentar totalmente controlado, eu me

sentia culpada e tomava laxante. Podia ser uma bobagem, um croissant e um refrigerante, era o bastante. Mas naquela vez em Porto, eu tomei sorvetes, casquinhas do Mac Donald's... Uma verdadeira orgia.

Nesse momento, Bel hesita, e diz estar confusa com a cronologia dos fatos.

Reproduzo a seguir um trecho de nosso diálogo:

Bel: *Nessa época, não sei se já tinha tido o surto de obesidade.*

Daniela: Surto de obesidade?

B: *É... Morava com meus pais, não suportava o tanto de comida que tinha lá, estava me achando gorda, mole e disforme e pedia que me trancassem no quarto para que eu não comesse.*

D: Mas você não chegou a engordar de verdade?

B: *Cheguei.*

D: Então você não estava mais conseguindo se manter no esquema super controlado?

B: *Engordei na época de Boston e depois também, na época em que minha irmã se formou. (pausa) Eu não me lembro. Lembro de mim gorda na formatura da minha irmã.*

D: Mas você tem idéia do quanto engordou nessas ocasiões?

B: *Mais ou menos. Na época da formatura da minha irmã, eu devo ter pesado uns 60 kg. Meu normal era 49 kg, por aí.*

D: Mas ainda não era obesidade. Se bobear, nem sobrepeso...

B: *Não, longe disso! Obesidade mental. Eu me sentia gordíssima e disforme. Obesa de verdade nunca fui. [...] É que foi quando a distorção da imagem corporal ficou nítida.*

Decidi perguntar mais a Bel a respeito das situações a que ela se referia como “comer bulimicamente”. Segundo a definição do DSM IV, um episódio de compulsão é definido pela “ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias similares”⁴⁹. Por basear-se em percepções subjetivas, bem como na comparação da quantidade de alimento ingerida com o que se imagina ser uma quantidade normal ou adequada, essa definição de episódio compulsivo costuma dar margem a muita controvérsia. Por minha experiência de pesquisa, sei que é comum que pessoas com transtornos alimentares definam como “compulsão” a ingestão de uma quantidade de comida que outras pessoas considerariam “normal”.

Quanto a isso, Bel afirma: “*Eu sentia que eram [episódios de compulsão], mas*

⁴⁹ Ver Anexo I.

estavam longe de ser. Houve época em que eu ia ao mercado, comprava chocolate, bolacha, bala, pão... mas nem conseguia comer tudo. E por vezes conseguia parar antes de acabar e jogar no lixo. Eu era fajuta.”

Ao ouvir isso, dei risada, dizendo que já ouvi falar de “anoréxica fajuta”, mas que “bulímica fajuta” era a primeira vez. Como eu e Bel já nos conhecemos há mais de nove anos, e já conversamos muito sobre transtornos alimentares, seu comentário teve mesmo o tom de piada. Por nos considerarmos *insiders* nesse universo, podemos rir diante de frases como essa, mesmo sabendo do grau de sofrimento intenso que as situações descritas envolvem. Ambas sabemos que é frequente que pessoas com bulimia digam que preferiam ter anorexia, mas que não conseguem, pois perdem o controle e acabam cedendo à compulsão alimentar - que são motivo de grande culpa e vergonha. Muitas vezes essas pessoas se dizem “anoréxicas” fajutas.

No mesmo tom de humor, Bel completou: *“Não tinha compulsões decentes e não conseguia vomitar!”* Ri novamente, sabendo que “decência” seria a última das características que alguém com bulimia usaria para definir uma compulsão. Da mesma forma, o vômito provocado é visto como um recurso compensatório, tolerável apenas porque minimizaria os efeitos (sobre o peso do corpo e da consciência) da ingestão descontrolada de alimentos.

Nesse ponto, Bel fica novamente confusa quanto à cronologia dos eventos. Ela parece não se lembrar se o *“surto de obesidade”* aconteceu enquanto ela namorava Ives, mas se lembra que foi o *“surto”* que a motivou a procurar um psiquiatra e também uma psicóloga: *“Fiquei um ano com eles e foi nessa época que o lado bulímico floresceu. Ah, pois é, antes disso não tinha compulsão, então o tratamento com psis foi anterior ao término do namoro.”*

Perguntei se fora nessa época que sua relação com a alimentação e o corpo passaram a ser vistos como um problema. Ela respondeu: *“Mais ou menos. Eu estava deprimida e falava que tinha um TA, mas o psiquiatra me mandava tomar uma sopinha à noite caso eu achasse que tinha comido muito ao longo do dia. A ortorexia⁵⁰ era apreciada*

⁵⁰ “Ortorexia” é uma classificação diagnóstica para uma variante de transtorno alimentar que vem sendo proposta por alguns pesquisadores. Sua principal característica seria a preocupação obsessiva em “comer corretamente” e de maneira saudável. O problema alimentar de Bel, diagnosticado como “transtorno alimentar não especificado” tinha várias características da ortorexia.

até pelo médico, haha!”

Sobre o tratamento com esse psiquiatra, Bel diz: *“O médico tratava a depressão e, como eu não me sentia ouvida, ia piorando a parte alimentar.”* O fim do namoro com Ives aconteceu durante esse tratamento, e também foi nessa época que Bel conheceu e começou a namorar Daniel, através de um site de relacionamentos na internet. Através do mesmo site, chegou a trocar telefones com alguns rapazes, e chegou a conhecer pessoalmente mais dois, com quem chegou a sair, mas não evoluiu até o namoro:

Daniela: Foi nessa época que você conheceu o Daniel então?

Bel: *Foi. Pouco antes dos 80 laxantes.*

D: Já estamos chegando a uma parte da história mais perto da que eu conheço.

B: *Graças a Deus! Hahaha.*⁵¹

Logo a seguir, Bel se lembra que foi mais ou menos nessa época que sua irmã havia se formado, e estabelece a seguinte cronologia dos fatos: *“Foi isso, então: psiquiatra => tratamento por um ano => interrupção das atividades físicas já tinha ocorrido => comecei a ter as compulsõezinhas => engordei => Daniel/formatura da minha irmã => 80 laxantes”*.

Bel conta que estava conversando com Daniel através de um programa de troca mensagens instantâneas pela internet quando pela primeira vez ele disse que a amava. Depois disso, desenrolou-se a seguinte sequência de fatos: *“Saí de casa, comprei guloseimas e os 80 laxantes. Voltei, sentei em frente ao computador e fui comendo meus petiscos. Entre eles, os laxantes. Totalmente com o afeto isolado.”* Pedi que ela me explicasse o que queria dizer com *“afeto isolado”*. Ela me disse que significava *“dissociação afetiva”*, ou seja, uma espécie de anestesiamento, uma ausência de reação emocional diante das coisas que estava fazendo. Prosseguiu: *“A Diana (uma amiga minha dos TAs) entrou e começou a papear. Falei que tinha tomado os 80 laxantes, e com o susto dela, caí em mim.”*

Essa última frase merece ser contextualizada, pois faz referência a informações que eu já conhecia antes do início do relato da história de Bel. Antes de criar o grupo de apoio virtual a pessoas com transtornos alimentares, Bel participara de um outro grupo de apoio,

⁵¹ Quando conheci Bel, ela namorava Daniel. Os “80 laxantes” se referem a um episódio que Bel já relatou no grupo virtual de que fazemos parte.

voltado principalmente para comedores compulsivos. Os membros do grupo costumavam também trocar mensagens instantâneas, e era isso o que Bel e Diana faziam quando “papeavam”.

Parece-me relevante sublinhar a importância desse tipo de sociabilidade virtual entre pessoas com TAs, que fica explícita nesse episódio. Bel tinha a percepção de ter um TA, mas seu psiquiatra parecia não dar atenção específica a essa queixa em particular. No grupo de discussão virtual, Bel pôde se sentir ouvida. Por outro lado, foi a experiência de Diana no grupo de discussão que permitiu que, ao ouvir a respeito dos laxantes, ela levasse a sério o que Bel lhe contara, e aconselhasse a amiga a procurar imediatamente um pronto-socorro, o que acabou acontecendo. Bel foi a um pronto-socorro psiquiátrico, onde foi submetida a uma lavagem estomacal e finalmente recebeu o diagnóstico “oficial” de transtorno alimentar. Bel já disse algumas vezes que a conversa com Diana provavelmente salvou sua vida.

Esse contraste entre a aparente indiferença do psiquiatra e a receptividade da amiga virtual do grupo de apoio me motivou a perguntar a Bel se fora no grupo que ela descobrira que “*tinha um TA*”. Ela disse que antes mesmo do grupo já havia se auto-diagnosticado: “*Eu procurava nos compêndios da minha irmã⁵² sobre TA e achava que tinha tudo a ver comigo, e isso foi logo que ela entrou na faculdade.*”

Apesar do autodiagnóstico precoce, o transtorno de Bel só foi reconhecido enquanto tal por um médico no pronto socorro psiquiátrico. O psiquiatra que a tratava, embora fosse um docente da Escola Paulista de Medicina (hoje parte da UNIFESP) – algo que nos faz supor que tivesse conhecimento a respeito dos TAs – aparentemente não considerou que a afirmação de Bel de que “*tinha um TA*” fosse clinicamente relevante, pois centrou o tratamento na “*depressão*”. Essa situação parece ser coerente com as críticas recentes aos critérios diagnósticos⁵³ estabelecidos para os transtornos alimentares, bem como aos vários tipos de *bias* que modulam a percepção dos médicos no momento de fazer o diagnóstico.

É possível que o psiquiatra não tenha entendido que Bel tinha um TA em função da “*apresentação atípica do quadro*”: Bel não preenchia os critérios diagnósticos⁵⁴ para

⁵² A irmã de Bel é médica.

⁵³ Mais a respeito dos critérios diagnósticos, ver Anexo I desta tese.

⁵⁴ Para os critérios diagnósticos estabelecidos para transtornos alimentares, no DSM IV e no CID 10, ver Anexo I desta tese.

bulimia, porque suas compulsões e comportamentos compensatórios não ocorrerem com a frequência ou intensidade exigidas pelo DSM-IV. Além disso, lembremos que Bel afirmou que a “ortorexia” era apreciada pelo médico: afinal, sua conduta era muito parecida com as condutas consideradas normais e saudáveis para quem procura perder peso. Por outro lado, a relação entre seu peso e altura estava dentro dos padrões considerados normais – o que a excluía do diagnóstico de anorexia. Sendo assim, de acordo com os critérios estabelecidos e aceitos, seria possível afirmar que Bel não tinha um transtorno alimentar.

A seguir, vou reproduzir um longo trecho de nossa conversa, porque a partir do relato do episódio dos “80 laxantes” eu e Bel entramos em um diálogo sobre sua interpretação a respeito de sua história, e dos transtornos alimentares de maneira mais geral. Procurarei omitir os trechos que forem dispensáveis para a compreensão das hipóteses de Bel, por serem interjeições ou comentários sem ligação com o assunto, ou formulações ligeiramente distintas das mesmas ideias, o que deixa o diálogo um pouco repetitivo:

Bel: *Em alguns momentos já cheguei a me perguntar se eu teria pensado que eu tinha tanta predisposição a ter um TA que fui lá e tive. (Pausa). Bah, na verdade eu já tinha, ele só se manifestou melhor da forma como o percebem.*

Daniela: Você acha que existe a possibilidade de ter aprendido melhor a ter um TA nos compêndios da sua irmã?

B: *Não me refiro a isso... Acho que falo no sentido de ter sido nomeado um lugar para mim e eu ter achado oportuno. (Pausa). Pois tem toda a história do esmagamento pelo desejo da minha mãe, saca? O TA sustentava alguma individualidade em mim.*

D: Entendo...

B: *E foi por isso que rolaram os 80 laxantes quando o Daniel disse que me amava. Não suportaria mais uma vez ser esmagada pelo amor de um outro. Fui lá e me esmaguei. =p⁵⁵ No momento não sabia disso, claro. Depois que relacionei uma coisa com a outra.*

D: É por isso que você diz que a psicanálise é boa pra entender a sua história?

B: *Eu não sei entendê-la de outra forma. [...] Algo que é bastante falado na Psicanálise é que a mãe da anoréxica não teria investido libidinalmente na filha.*

⁵⁵ = P é um emoticon, ou seja, uma espécie de ideograma composto de sinais gráficos que representam expressões faciais. Este representa um rosto mostrando a língua.

Piera Aulagnier⁵⁶ fala isso em relação aos psicóticos, que teriam sido alimentados de leite, mas não nutridos de libido. [...] Eu sempre penso que há também, e muitas vezes, a nutrição por uma libido tóxica.

D: Pelo o que a psicanalista lá do ambulatório⁵⁷ me conta, ela não fala em investimento libidinal, mas fala na mãe que não sabe reconhecer o desejo do filho, que entucha comida mesmo se a criança não tem fome. [...]

B: *Sim, que tem tamanha ansiedade, tem um narcisismo ferido até as tampas e fica impossibilitada de reconhecer o filho como um outro. [...]*

D: Daí em função disso o filho fica confuso na hora de se reconhecer como um si mesmo, sujeito de desejo?

B: *É, isso aí. Ah, outra coisa marota que Piera Aulagnier fala e que cabe bem na minha história é que há uma diferença entre o desejo de maternidade e o desejo de ter um filho - é algo assim. Num dos casos, a mulher não conceberia o filho como um outro, separado dela. Por muito tempo eu não sabia o que eu queria, só sabia me opor àquilo que minha mãe desejava para mim. Minha realização era frustrá-la. Mas, ainda nisso, estava presa ao desejo dela. É como funcionar pelo avesso. [...]*

B: *Em casa eu ainda tinha o exemplo da minha irmã. Ela era bem desejante, realizava o que queria e desfilava a alegria dela. O que ocorria? Era muitas vezes punida. Minha mãe tem inveja da minha irmã, inveja por ela se permitir fazer o que quer, e elas têm altos impasses por isso. ... por isso eu manipulava até que quisessem algo por mim e eu dizia "ah, então tá". E nisso ficava meio perdida, eu mesma às vezes não sabia o que era desejo meu. E deprimia e tal... Estou muito, muito melhor hoje. Não por acaso, minha mãe está trancada em casa, deprimida, não sai para quase nada e pouco atende telefonemas. Quando estava no Ambulim⁵⁸, eu tinha a nítida sensação de que pra eu melhorar, minha mãe teria que morrer. E, por mais que eu tente não relacionar alho com bugalho, é fato: ela*

⁵⁶ Piera Auglanier (1923-1990), psicanalista e psiquiatra italiana, e com influência lacaniana, dedicou-se ao estudo da feminilidade, perversão e clínica das psicoses.

⁵⁷ O “ambulatório” a que me refiro é o Ambulatório de Transtornos alimentares do departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Unicamp, de que participo como antropóloga desde sua fundação em 2006. Minha atuação nesse contexto foi incorporada à pesquisa de campo que fundamenta esta tese.

⁵⁸ O AMBULIM, Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo, é considerado o maior centro especializado em transtornos alimentares do Brasil e da América Latina, além de ter sido o primeiro serviço deste tipo a entrar em operação no Brasil, em 1992. Foi onde Bel fez tratamento específico para o transtorno alimentar.

está morta.

[...]

Há quem ache que eu deva ir atrás da minha mãe, paparicá-la, enfim, que eu deva ser suporte para a dor dela. Ela, por sua vez, nem diz estar mal, só fala que está com dor nas costas, e parece sentir que qualquer aproximação maior comigo ou com minha irmã pode nos fazer mal. E isso é muito, muito triste. =’-/ ⁵⁹ Não ter sido amada pela própria mãe e sonhar ter um filho para poder amá-lo... E ter um filho, amá-lo e esse amor ser tóxico...

Mais tarde, Bel retomará essa linha interpretativa com uma leitura um pouco diferente, em função de uma crise depressiva que enfrentou durante o andamento da pesquisa. Opto por retomar o assunto mais tarde, não apenas para facilitar a leitura da história, mas também para manter o clima do desenrolar da pesquisa de campo.

A única pessoa que ficou sabendo de imediato sobre a internação de emergência no pronto-socorro foi Daniel, seu namorado:

Eu estava no hospital e ninguém além dele soube na hora. Falei com ele por telefone, disse que não queria vê-lo, mas devo ter sido ambígua, porque disse que precisava de fralda. (Pausa). Ah! Lembrei. Pedi que deixasse as fraldas com os enfermeiros porque não queria que ele me visse naquele estado. Mas ele adentrou a sala e me viu. No dia seguinte, quando saí do hospital, pelo que me lembro ele me levou a casa dele e dormi lá.

A falta de foco no transtorno alimentar no tratamento psiquiátrico que vinha seguindo motivou Bel a procurar tratamento no Ambulim, onde passou por uma triagem e foi alocada em uma lista de espera – antes mesmo do episódio dos 80 laxantes. Quando ocorreu a internação de emergência, Bel rompeu definitivamente com o psiquiatra com quem vinha se consultando. No pronto-socorro, foi aconselhada a procurar tratamento especializado em TAs, ao que respondeu já ter procurado e estar na fila de espera. Não muito tempo depois – Bel estima um intervalo de duas semanas – ela iniciou o tratamento no Ambulim:

Logo após os laxantes eu comecei o tratamento no Ambulim, em ambulatório, mas como tinha uma ideação suicida muito forte fui encaminhada para o hospital-dia. Em comparação às demais pacientes, meu TA era simples, mas minha depressão era muito problemática. Demoraram muito até acertar a medicação. Quando comecei a responder bem à medicação, foi fácil melhorar dos sintomas alimentares.

⁵⁹ Mais um emoticon: representa um rosto com lágrimas e lábios fechados em expressão triste e constrita.

Aparentemente não há nenhuma relação – até onde Bel tenha conhecimento – entre a internação no pronto-socorro e o início do tratamento na unidade especializada. Segundo ela, no Ambulim só souberam do episódio dos laxantes quando ela o mencionou, já em tratamento. Entretanto, considera-se uma pessoa de sorte, por ter permanecido relativamente pouco tempo na fila de espera desde que procurou o serviço pela primeira vez⁶⁰.

Segundo Bel, o tratamento no Hospital Dia tinha a duração estipulada de três meses, e incluía terapia individual e em grupo, acompanhamento psiquiátrico e nutricional, educação física, eutonia, yoga, artes plásticas e “*uma atividade que lembrava orientação vocacional*”, distribuídas ao longo da semana. Nesse regime de tratamento, o paciente passa o dia todo no hospital, mas retorna para casa para dormir.

Questionei Bel sobre o impacto de conviver com outros pacientes com transtornos alimentares, por já ter ouvido várias vezes, tanto de profissionais de saúde quanto de pessoas atendidas por serviços de tratamento especializado, que a convivência com outras pessoas com TAs, sobretudo aquelas com quadros mais graves, pode levar à piora. As razões que se atribui a isso são diversas. Algumas pessoas que passaram por tratamento me disseram que pioravam por ficarem “*deprimidas com um ambiente tão pesado*”.

Uma paciente do ambulatório do Hospital das Clínicas da Unicamp disse, em uma reunião aberta à toda equipe destinada a obter um *feedback* por parte dos pacientes em relação ao tratamento: “*Quando cheguei aqui eu achava que ia melhorar rápido com o tratamento. Depois, vendo as outras meninas, aprendi que não é assim, que demora muito tempo e que talvez não tenha cura*”. Em outras palavras, ao se deparar com pessoas que convivem com um transtorno alimentar há muito tempo e que muitas vezes trazem as marcas visíveis dos danos que essa convivência lhes infligiu, não é raro que novos pacientes identifiquem nesses “veteranos” a imagem de um futuro provável para si mesmos.

Outro motivo comumente citado é que, ao encontrar pessoas em estado mais grave e “*mais magras*”, elas se sintam estimuladas a se tornarem “*melhores anoréticas ou*

⁶⁰ Segundo reportagem veiculada na Revista do Jornal da Tarde em 29 de julho de 2009, a permanência média na fila espera para atendimento no Ambulim, atualmente, é de cerca de dois anos.

bulímicas”, já que a competitividade extremada, aliada a uma percepção de nunca ser bom o suficiente, são traços comumente atribuídos a pessoas com TAs. E lado a lado com essa descrição também é recorrente a ideia de que pacientes tendem a formar alianças, tornando-se *“parceiros no crime”*, trocando *“dicas”* sobre técnicas anoréxicas e bulímicas, bem como formas de *“enganar”* as equipes de tratamento e os familiares, convencendo-os de que estão cooperando e melhorando, enquanto se empenham cada vez mais nos comportamentos considerados sintomáticos.

Já testemunhei mais de uma ocasião em que, ao triar um novo paciente para inserção no serviço da Unicamp, a equipe optou pelo atendimento individual, para que pacientes com início recente do transtorno e um *“bom prognóstico”* não corressem o risco de, na convivência com outros pacientes nas atividades em grupos, aprender comportamentos nocivos (como técnicas de purgação, abuso de medicamentos etc.) que pudessem comprometer sua melhora.

Reproduzo, abaixo, parte do diálogo com Bel a respeito das possíveis influências da convivência com as outras usuárias do serviço:

Daniela: Você falou da diferença entre você e as outras pacientes, que no seu caso os sintomas alimentares pareciam ser secundários ao problema maior, que é a depressão. Como foi isso de estar entre outras pessoas com TAs? Como você se sentia em relação a elas?

Bel: *Não, não sei se o delas também não era a depressão, é que no hospital-dia as demais pacientes estavam com os sintomas alimentares mais graves.*

D: E qual foi o impacto pra você de ver essas pessoas com os sintomas alimentares mais graves? É algo que eu me pergunto, porque aparece muito lá no ambulatório da Unicamp...

B: *Não houve impacto nenhum, eu já tinha visto no ambulatório e, no mais, eu só estava preocupada comigo mesma.*

D: Então não teve nada do tipo ter medo de chegar até aquele ponto, ou se sentir mais gorda/menos determinada em comparação com as meninas que estavam bem abaixo do peso?

B: *Não, de jeito nenhum.*

D: Ou então de desenvolver uma amizade de "parceira no crime", como você já tinha feito antes, com a amiga⁶¹ da capoeira?

B: *Não, eu estava muito deprimida para essas coisas.*

A seguir, Bel fez uma declaração inesperada: disse que apesar da depressão ela se divertiu “*um bocado*”, pois o “*Hospital Dia do Ambulim funcionava junto com toda a internação psiquiátrica feminina*”. Segundo Bel, conviver com as demais pacientes da internação psiquiátrica foi “*uma experiência linda*”, que lhe ensinou muito sobre psicopatologia e sobre a convivência com seres humanos:

B: *Brinquei. Apreendi sobre pessoas, sobre humanidades (...) Até apanhar, ter suas coisas roubadas... conviver.*

D: Conviver de jeitos que você não achava possíveis?

B: *Como explicar? Conviver com o ser humano nu e cru.*

D: Sem as convenções e máscaras da sociabilidade cotidiana e "normal" do mundo lá fora?

B: *Acho que sim.*

[...]

D: Você acha que todas as coisas que você aprendeu nesse período ajudaram a mudar sua visão sobre o seu problema?

B: *Não, mas aumentaram meu interesse pelas pessoas e por olhá-las de igual pra igual, sem jaleco ou mesa no meio.*

É importante abrir um parêntesis nesse ponto, pois a partir de fevereiro de 2009 as interpretações de Bel sobre sua história assumem um novo tom, em função de alguns eventos ocorridos no período. Eu pedi a ela que falasse mais a respeito de como era a “*ideação suicida*” que motivara seu encaminhamento ao Hospital Dia. Bel respondeu: “*Não era. É. Tenho um fundo melancólico incorrigível. Àquela época a ideação suicida era justificada por uma sensação de estar aprisionada a uma história sem solução. E atualmente é motivada por uma sensação de não estar ligada a nada.*”

A partir dessa conversa, ocorrida em 12 de fevereiro, Bel passou a narrar sua história desse lugar de angústia, enfrentando o que ela definiu como “*uma forte crise de depressão com ideação suicida*”, da qual parece ainda não ter emergido completamente.

⁶¹ É uma referência a Elaine, que Bel descrevera como “*bem TAsística*”.

Essa crise a levou a suspender todas as suas atividades normais, abandonar o mestrado que cursava desde meados de 2008, ser desligada da clínica de psicologia onde trabalhava desde 2006, e a permanecer um período na Bahia, na casa de sua irmã, para evitar uma internação psiquiátrica. Mais adiante, retomarei esse ponto para apresentar as ideias de Bel sobre o que a levou à crise. Por hora, é fundamental ressaltar que, desde que entrei em contato com Bel pela primeira vez em 2002, ela jamais demonstrou ter enfrentado nenhuma crise de intensidade semelhante, embora tenha tido fases “melancólicas”. Assim, até este momento, ela narrava sua história do ponto de vista de alguém “recuperado”. A crise atual evidentemente mudou sua visão das coisas, e afeta todo o colorido de sua narrativa a partir de então.

Terminado o parêntesis, voltamos à história. Quando foi encaminhada para o tratamento no hospital Dia, Bel interrompeu a faculdade mais uma vez⁶²:

Bel: *Jurei que não colocaria mais meus pés no curso de Psicologia. Achava que era tudo inútil.*

Daniela: Ficando três meses no H.D. não dava mesmo pra continuar... Por que você achava psicologia inútil?

B: *Não tinha perspectiva nenhuma de futuro. Queria dormir o dia todo. Eu achava que aqueles profissionais não me ajudariam a resolver meu problema. Nada ajudaria. E, de fato, talvez não tenham ajudado. Como falei, a medicação foi o que proporcionou que eu melhorasse da depressão e como resultado do TA. TCC⁶³, terapia em grupo, terapia de abordagem psicodinâmica... Tudo inútil. O que me ajudou a melhorar de alguma forma foi o vínculo com um terapeuta. E eu mesma cuidei de mim. [...] Depois tive "alta" do ambulatório, passei com um psicólogo sistêmico⁶⁴, em seguida com uma psicanalista e o tempo todo fiz uso de medicação. Hoje realmente não acho que algum psicólogo tenha me ajudado. Nem nutricionista.*

⁶² A primeira interrupção ocorrera quando decidiu fazer o intercâmbio para os Estados Unidos.

⁶³ A sigla TCC significa terapia cognitivo-comportamental.

⁶⁴ O adjetivo “sistêmico” refere-se a uma certa linhagem teórica na psicoterapia que procura incorporar a teoria de sistemas à psicologia, intimamente ligada ao surgimento da terapia familiar. Ainda que sob essa rubrica incluam-se diferentes posicionamentos teóricos, como por exemplo o construcionismo e o construtivismo social, o pressuposto é que qualquer compreensão do desenvolvimento psicológico de um indivíduo deve partir de uma perspectiva relacional, que considere o sistema familiar e social mais amplo dentro do qual esse indivíduo se constitui. Ver, p. ex. SLUZKI (1997) e RAPIZO (2002).

Em outro momento da conversa, ela relata que após ter “alta” do Hospital Dia e de ter passado mais um período em tratamento ambulatorial no Ambulim, foi transferida para outro ambulatório no HC, que não era específico para transtornos alimentares e cujo nome não se recorda:

Acho que foi temporário. Pelo que me lembro o psiquiatra que o coordenava logo se desligou do HC. Não, não era de TA. Era só passar e pegar receita. Era uma forma de esvaziar o Ambulim, abrir mais vaga e de quebra dar um cargo melhor para um dos psiquiatras. Bem, acho que foi isso que aconteceu, é como apreendi...

Aqui novamente surge a questão das limitações dos serviços especializados em transtornos alimentares em absorver a demanda por atendimento. É bastante provável que o comentário de Bel sobre a necessidade de “*esvaziar*” o Ambulim tenha toda a razão de ser. De acordo com seu relato, os sintomas alimentares melhoraram com a depressão através do tratamento medicamentoso. Diante disso, parece razoável imaginar que a equipe responsável por Bel tenha considerado que o encaminhamento para um ambulatório psiquiátrico exclusivamente voltado para o tratamento medicamentoso fosse uma decisão adequada.

Perguntei se ela não havia ficado insatisfeita com essa mudança, mas ela disse que não a viu como um problema, pois começou a fazer terapia particular por iniciativa própria com um ex-professor da faculdade, o psicólogo sistêmico mencionado anteriormente, pelo período de um ano. Depois passou a se consultar com uma psicanalista com quem ficou “*por muito mais tempo*”. Quando indaguei a respeito das razões que a levaram a mudar de terapeuta, ela respondeu: “*Porque o tratamento estava patinando, não me acrescentava mais nada.*”

Nessa fase da pesquisa, Bel me enviou uma cronologia de alguns dos eventos que me relatou, para facilitar nossas conversas. Achei significativo que, logo após o tratamento no Hospital Dia, o evento seguinte fosse a decisão de fundar o grupo de discussão virtual de apoio a pessoas com transtornos alimentares - onde nos conhecemos durante minha pesquisa de mestrado. Perguntei se ela via alguma relação entre o “*interesse pelas pessoas e por olhá-las de igual pra igual, sem jaleco ou mesa no meio*”, cultivado durante esse período do tratamento, e sua decisão de fundar o grupo, ao que respondeu nunca ter feito essa relação entre os fatos. Indaguei sobre como surgiu a ideia de fundar o grupo, e ela respondeu:

Já existia... Acho que foi mesmo antes de entrar no Ambulim. Eu participava antes de um grupo sobre TAs, mas não gostava de alguns aspectos dele. Vez ou outra tinha uma competição implícita pra ver quem era mais magro, uma idolatria às magras da mídia, muita falação sobre nome de laxante, de anfetamina, e eu achava prejudicial. Então abri um grupo similar, mas com atividade moderadora que retirava esse tipo de informação.

Mais tarde Bel se lembrou que o grupo de apoio em que nos conhecemos foi fundado por ela duas vezes: *“Antes disso⁶⁵ o grupo já existia, mas eu o destruí. Falo de um (Nome do Grupo) mesmo que eu apaguei, mesmo endereço, mesmo tudo.”* Eu me recordo vagamente do fato de que o grupo de apoio virtual fundado por Bel ficou fora do ar por algum tempo. Na época, eu conduzia minha pesquisa de mestrado em diversos sites e grupos sobre transtornos alimentares, e ainda não tinha uma relação mais próxima com Bel. Até essa sessão de pesquisa, eu jamais soubera que ela mesma havia tirado o grupo do ar. Na época supus que o grupo houvesse sido apagado pelo site que o hospedava por engano, pois no mesmo período vários grupos “pró-ana/mia” estavam sendo apagados⁶⁶. Imaginei que o grupo de Bel houvesse sido confundido com um desses grupos.

Atualmente o grupo virtual de apoio fundado por Bel ocupa um espaço bem menor em sua vida, mas houve períodos em que ela devotava grande parte de seu tempo e energia ao grupo e ao ativismo que dele decorria. Além de ser a moderadora de todas as mensagens enviadas, ser responsável pela aprovação de novos membros e pela manutenção da página do grupo no site de hospedagem, Bel costumava ser a principal anfitriã e interlocutora nas discussões. Ela sempre respondia às mensagens enviadas por um novo membro, por alguém que pedisse ajuda ou tivesse alguma dúvida. Além disso, ela sempre procurava e divulgava informações a respeito de locais ou profissionais que oferecessem tratamento para transtornos alimentares no país, e também se dispunha a conversar por telefone ou por mensagens instantâneas com membros do grupo. Ela também organizou três encontros do grupo em São Paulo, apenas com a ajuda de alguns membros e de doações voluntárias de participantes. O terceiro encontro foi realizado em um centro de convenções em um hotel, e contou com palestras de profissionais de saúde que trabalhavam com transtornos alimentares.

⁶⁵ Aqui é uma referência à cronologia que ela me enviou, que consta como Anexo II.

⁶⁶ Em função das críticas dirigidas aos sites pró-ana/mia, acusando-os de estimular e provocar transtornos alimentares, vários sites de hospedagem de sites e grupos passaram a excluir esse tipo de material.

Toda essa trajetória na coordenação do grupo, que pude acompanhar desde minha pesquisa de mestrado, com menor ou maior grau de proximidade conforme meu relacionamento com Bel foi se desenvolvendo, evidentemente tem grande influência na imagem que tenho dela. De certa forma, a Bel militante e “recuperada” é uma imagem que predominou durante a maior parte de nosso relacionamento, e que considero ser uma dimensão importante em sua história. Entretanto, a opinião de Bel após a recente “crise” diverge um pouco da minha.

O episódio da “crise” também trouxe para nossas conversas de pesquisa uma discussão a respeito das interpretações de Bel sobre as origens não só de seu transtorno alimentar, como também de sua “*incorrigível melancolia*”. Essa temática perpassa todo o relato de sua história daqui para frente. Sendo assim, opto por desafiar a cronologia dos fatos, e narrar o restante da história a partir deste evento mais recente.

Em uma de nossas conversas de pesquisa, eu fizera uma série de perguntas a respeito de quais fatores, além da medicação, poderiam ter contribuído para a recuperação de Bel. Ela interrompeu essa linha de conversa, pedindo para que mudássemos de assunto, e disse:

Bel: *Estou namorando o Davi há pouco mais de um ano, you know.*

Daniela: Hmmmmmm...

B: *E tudo estava indo muito, muito bem. Eis que passei a achá-lo um pouco desinteressado e perguntei o que estava havendo. Ele falou que não estava sentindo a mesma vontade de namorar, que tinha vontade de ficar um pouco na dele. E foi a partir disso que meu fundo melancólico veio à tona novamente. Repare que foi o oposto do que o Daniel disse. O Daniel tinha dito que me amava e eu pirei. O Davi deu a entender - porque não falou, de fato - que talvez já não me amasse como antes e eu pirei. A sensação é a de que com o Davi eu vinha tendo alguém com quem tinha me vinculado, onde investia libidinalmente, com quem imaginava um futuro, e que de repente tudo isso ruiu, e eu ruí junto. É uma patologia do vínculo.*

D: Bom, essa pelo menos é uma ruína mais "saudável", porque antes era a patologia contra o vínculo...

B: *Não acho mais saudável, acho idêntica à anterior. É a mesma coisa, Dani. Se você pega uma roupa e vira do avesso, é a mesma roupa.*

Quando a conheci, Bel ainda namorava Daniel. Fiquei sabendo que terminaram e reataram o relacionamento algumas vezes, até que, após um desses rompimentos, Bel me contou estar apaixonada por Davi, que também conheceu através da internet. Após essa fala, que comparava em certa medida os dois relacionamentos, pedi que ela me contasse mais sobre como fora o relacionamento e o rompimento com Daniel, e o relacionamento com Davi.

Segundo ela, Daniel foi um ótimo namorado:

Bel: *E o namoro com ele foi excelente. Ele era muito parceiro. Eu sentia que o colo dele era o único que me confortava. Sexualmente era tudo muito bom no começo, mas com o passar do tempo passamos a ser mais amigos que namorados e eu não tinha mais tesão. Então me interessava por outras pessoas e me sentia muito culpada, porque ele era muito bom namorado.*

Daniela: Daí que começou aquela história de terminar? Porque vocês terminaram e voltaram algumas vezes, né?

B: *Várias, e sempre eu quem quis terminar.*

D: Sempre por causa disso?

B: *Algumas porque estava deprimida, outras porque estava insatisfeita com o namoro. (Pausa) Não, algumas vezes foi por pura insanidade da minha mente. (risos) Só no fim do namoro foi por insatisfação. Antes era por desequilíbrio mental.*

D: E como que era terminar por desequilíbrio mental?

B: *Não me lembro muito bem. Devia ser algo como "não quero mais viver, vou me desligar do que tenho por aqui". Costuma ser assim. (...) Quando rompia com ele, ficava com outros, mas morria de saudade dele e sempre voltava. Ele era meu melhor amigo. Foi uma enorme perda.*

D: E como foi o fim final?

B: *Conheci o Davi e terminei com o Daniel da mesma forma que fizera outras tantas vezes. Mas acho que consegui não procurá-lo como fazia antes, e algum*

tempo se passou e ele foi morar com outra. Então deixei como estava, afinal eu estava bem com o Davi.

D: Mas como foi isso de "ele foi morar com outra"?

B: *Vi no orkut. Não fiquei louca, não. Fiquei feliz por ele, afinal ele estava em outra. Ele é uma excelente pessoa e merece viver com alguém que não seja suicida.*

Por todas as coisas que eu conheço da trajetória de Bel, já mencionadas anteriormente, atribuir toda e qualquer melhora à medicação me parecia improvável, pois imaginava que as outras atividades terapêuticas, sobretudo a psicoterapia psicanalítica, e o ativismo no grupo de apoio sempre pareceram ter um peso substancial em sua vida. A imagem da Bel “após a crise” me parecia excessivamente dissociada da imagem da Bel “pró ativa” e “recuperada” que me era familiar. Questionada sobre isso, Bel respondeu:

Bel: *São os dois lados de uma mesma moeda, como a depressão e a mania.*

Daniela: Bom, eu entendo que essas duas “Béis” coexistem dentro da mesma Bel...

B: *Quando estou no estado de "pró-ativa", como você chamou, estou com energia e me esforço para tentar viver. Quando estou "em-dias-de-trevas", estou sem energia e o vazio aparece. Mas o esforço que faço quando tenho energia não preenche nada. O vazio continua e mais cedo ou mais tarde aparece.*

D: Mas não preenche nada nunca, ou só esvazia muito rápido quando vem o vazio?

B: *E essas duas Béis não coexistem dentro de uma mesma Bel porque esta mesma Bel que você pensa existir não existe. Não preenche nada nunca.*

D: Você pode não acreditar em mim, ou achar que eu é que sou a doida da história, mas tenho absoluta certeza de que não inventei a Bel que eu conheço, e que ela não é uma fantasia ou um delírio meu. Ela é sim um sujeito de ações, mesmo que isso não seja uma realidade pra ela.

B: *É uma arte. Não sei quem sou nem sei se existo, mas sei decifrar o que esperam de mim e sei brincar de ser aquilo que desejam que eu seja. Agora, qual o meu desejo, se é que tenho algum, se é que existo... não tenho a menor idéia.*

A seguir, Bel procura me explicar melhor como é a sensação que ela tem de não saber se existe. Reproduzirei abaixo um longo trecho do diálogo, pois acredito que narrá-lo

de forma indireta perderia muito do sentido dessa experiência difícil de descrever e que Bel procurou traduzir para mim:

Bel: *Eu consigo discernir entre as coisas e os sujeitos desejantes. É assim: sou um Pinóquio sem um Gepeto. Não tive a possibilidade de me deparar com o desejo do Gepeto para me tornar um menino de verdade. Sou um boneco de madeira, marionete. Devo ter dentro de mim o potencial para ser menino de verdade porque ser um boneco de madeira às vezes me angustia demais e quero sumir da historinha. Mas nem sumir eu consigo.*

Daniela: É isso o que me intriga, porque esse potencial está aí o tempo todo. É como se você fosse o Pinóquio e sentisse falta de sentir falta do desejo do Gepeto que você nunca conheceu, e pra mim isso é muito diferente de ser só um boneco de madeira. Se é que você me entende...

B: *Entendo e chuto o porquê de eu acreditar ser um boneco de madeira. Digamos que eu tenha condições de mesmo sem o desejo do Gepeto me tornar um menino de verdade. Ia dar treta. Eu matava o fdp do Gepeto. Por que ele não me pariu, entendeu? (risos) Por que não facilitou as coisas? É foda. =/ E, por outro lado, é péssimo querer matar o fdp do Gepeto porque também ele é marionete. Também é um não parido.*

D: Mas fala mais aí dessa história de matar o Gepeto...

B: *É raiva da mãe mesmo.*

D: Eu sei (risos)!

B: *Mas é raiva que não resolve nada.*

D: Por que você não quer matar sua mãe?

B: *Eu já quis e não consegui. Ela também não existe. (Risos)*

D: Ah, então me conta melhor essa história.

B: *Raiva mesmo eu tenho da mãe da minha mãe. E só não tenho raiva da mãe da mãe da minha mãe porque não sei nada sobre ela. Então a raiva parou na geração da minha avó. Minha mãe não consegue sentir raiva da minha avó, mas eu sinto por ela. Talvez minha filha sinta raiva da minha mãe.*

D: E então porque você não mata a sua avó?

B: *Eu não tive contato com minha avó, ela já está morta. Pra mim ela é uma velha doida que não faz falta. Quando ela morreu, eu tinha medo de que ela aparecesse sentada no sofá-cama da minha sala... (Risos)*

D: Pelo jeito, se ela apareceu e sentou lá, porque ela ainda está te assombrando, né?

B: *Quem me assombra é minha mãe.*

D: Peraí, você está querendo me confundir... Como é que sua mãe te assombra se ela não existe? Se ela é uma não parida? Será que dá pra ser fantasma ao contrário, tipo, em vez de assombrar alguém do além túmulo, esse fantasma assombra do aquém-útero?

B: *Não sei, não entendo muito de macumbaria (risos). É que eu a imagino. E na minha imaginação ela é tão forte, é uma sobrevivente, filha de uma puta, que é sim capaz de me parir, mas que ao invés disso me esmaga. (choro)*

D: Mas pensando assim, se você é capaz de imaginar uma mãe capaz de te parir, isso já não te transforma, pelo menos em parte, em uma "menina de verdade"?

B: *Acho que não, acho que precisa haver aquela magia da coincidência entre meu desejo e o do outro. [...] A cada vez que me apaixono por alguém, por alguma coisa, eu imagino que estou SENDO, eu me transformo em alguém PARA aquilo ou aquele, mas no fundo continuo sem referencial nenhum de mim mesma. [...] Por isso digo que essas terapias não me ajudaram em nada, ninguém me pariu. Não sei se existe a possibilidade de eu ser parida... Mas eu tentei. E tento.*

É interessante notar que esse final pode ser entendido ao mesmo tempo como continuidade e como uma ruptura com a narrativa apresentada anteriormente. Em um momento anterior, Bel havia exposto sua visão de que seu transtorno alimentar tinha origem na dificuldade de relacionamento entre sua avó materna e sua mãe. Naquela ocasião, Bel disse: *“Quando estava no Ambulim, eu tinha a nítida sensação de que pra eu melhorar, minha mãe teria que morrer. E, por mais que eu tente não relacionar alho com bugalho, é fato: ela está morta.”*

Agora, o “final” da história, face a recente crise enfrentada por Bel, parece ser outro, pois Bel diz não ter conseguido “matar” simbolicamente sua mãe. Todavia, certa influência psicanalítica que vincula o surgimento do desejo da pessoa a um determinado tipo de relação com o desejo da mãe, permanece. Decidi perguntar a ela sobre isso:

Daniela: Eu estou me perguntando quando é que a Bel passou a entender o vazio que ela sente sob esse viés? Porque essa história é contada dentro de um referencial psicanalítico, né?

Bel: *Antes de eu saber que existiam psicanálise e Pinóquio eu já conhecia essa história. Não acho que eu use um referencial psicanalítico, não.*

D: Como não? E esse papo todo de desejo? De ter que ter ficado face a face com o desejo da mãe pra poder descobrir o próprio desejo? Pode não ser psicanalítico de carteirinha, mas é algo que se aproxima bastante...

B: *O que quero dizer é que quando conto minha história da forma como a entendo não tenho intenção de encaixá-la num referencial qualquer. Se eu quisesse contar um caso segundo a abordagem psicanalítica eu o faria de um jeito muito mais bem feito.*

D: Entendo. Em outras palavras, o seu jeito de entender a sua história é esse, e por alguma razão, ele combina com uma compreensão “à la” psicanálise?

B: *Se assim você considera...*

D: Tipo, você curtiu a psicanálise porque de alguma forma ela combinou com o jeito que você já entendia as coisas?

B: *Isso! Isso mesmo.*

D: Psicanalista por natureza?

B: *(Risos) Mais ou menos... Mas é esta a sensação - "não daria pra entender de outra forma".*

Parece-me oportuno encerrar a história de Bel aqui. O que importa para a reflexão a ser desenvolvida adiante não é saber se essa explicação corresponde à “verdade dos fatos”, mas notar que Bel se vê às voltas com um desejo “inexistível”, que não consegue identificar ou nomear, mas cujo potencial parece sentir, quando exprime um desejo de desejar. É importante ressaltar que Bel acredita que o desejo que seria capaz de trazê-la à existência é algo distinto daquilo que ela define como “patologia do vínculo”, “ser para o outro” ou “necessidade”:

Bel: *Eu fui objeto da necessidade. Não entrei nessa cadeia dos desejantes (choro).*

Daniela: E qual é a diferença entre necessidade e desejo?

B: *O desejo só é possível após a satisfação da necessidade. Satisfação das necessidades faz com que uma pessoa pareça existir; já o desejo faz com que ela exista de verdade.*

D: Então os necessitados não desejam?

B: *Os necessitados nem existem! (Risos).*

2. VIVIANNE

Vivianne tem 26 anos, é moradora da cidade de São Paulo, solteira, e não tem filhos. É graduada em Gestão Ambiental e tem pós-graduação em Comunicação. Atualmente trabalha em uma ONG, sendo uma de suas fundadoras, e também faz trabalhos como *free lancer* na área de cultura digital. Entramos em contato em 2002, através do grupo de apoio virtual fundado por Bel, embora tenhamos passado a trocar mensagens e estabelecer uma maior interlocução apenas em 2004, quando Vivianne passou a participar do grupo com maior interesse e frequência. Foi essa aproximação que me estimulou a convidá-la a participar da pesquisa.

Vivianne conta que sua mãe vem de uma família relativamente abastada da cidade de São Paulo. Seu avô materno possuía uma gráfica, e sua avó era dona de casa. Ela relata que quando sua mãe nasceu, o avô disse, ao descobrir que era uma menina: “*Que pena! Não vai levar o nome da família para diante.*” É interessante notar que, mesmo sem conhecerem a narrativa uma da outra, tanto Bel quanto Vivianne escolheram começar a contar suas histórias a partir do nascimento de suas mães, e da decepção dos avós em relação ao sexo das crianças. Para ambas, a posição inferior de gênero atribuída ao sexo feminino por homens da família parece estar relacionada de forma significativa às suas histórias.

Apesar da situação confortável da família materna, Vivianne afirma que os avós e tios eram “*muito machistas e não tinham cultura*”. Conta que os homens da família ainda tratam as mulheres como “*inferiores*”, e fazem constantes comentários sobre sua suposta limitação intelectual. Ela afirma que até hoje tem muito medo de ser chamada de “*burra*”, pois é o que o avô e o tio faziam com a avó e mãe.

Apesar disso, sua mãe estudou em um bom colégio. Em casa, era tratada como a “*menininha da casa*” e a “*filhinha do papai*”. Não se esperava que fizesse um curso superior: foi criada para ser “*uma boa moça, casar e constituir família*”. A mãe de Vivianne fez um segundo grau técnico em contabilidade e, ao se formar, foi trabalhar em um banco – o que era uma fonte de status econômico para a família na época, e uma ocupação aceitável para uma moça de família até que se casasse.

Segundo Vivianne, sua mãe se sentia aprisionada pelas expectativas da família. Fazer o curso técnico e trabalhar no banco foram tentativas de ampliar um pouco seus horizontes. Apesar disso, *“o sonho da vida dela era construir uma família”*. Aqui, novamente, percebemos uma semelhança marcante com a narrativa de Bel sobre sua mãe.

Foi através do trabalho no banco que a mãe de Vivianne conheceu aquele que viria a ser seu pai. A irmã do pai de Vivianne era cliente do banco, e tornou-se amiga de sua mãe. Foi ela quem os apresentou. O pai de Vivianne era de um nível socioeconômico inferior ao de sua mãe. Era feirante, e divorciara-se da primeira esposa após flagrá-la *“na cama com outro”*.

Sua mãe apaixonou-se por seu pai, e começou a namorá-lo a contragosto de sua família materna, afinal, consideravam que um feirante divorciado não estava à altura da *“filhinha do papai”*. Vivianne acredita que sua mãe via o relacionamento com o pai como uma forma de libertar-se dos padrões estritos que a família lhe impunha. Mas afirma que a mãe *“saiu de uma armadilha para cair em outra”*, pois logo engravidou.

Vivianne não tem certeza, mas imagina que a mãe, consciente ou inconscientemente, engravidou para que sua família aceitasse sua união com seu pai. Mas ao que parece, a gravidez não surtiu o efeito desejado. Ao saber da gravidez, o pai disse à filha que a apoiaria se ela quisesse ter o filho, mas que achava que ela não deveria se casar.

Entretanto, a mãe de Vivianne insistiu na união, decidida a parar de trabalhar para tornar-se esposa e mãe: *“ela queria isso: ter uma família e casar”*.

Ela conta que seus pais *“não chegaram a se casar, nem no civil, nem no religioso”*, mas que passaram a morar juntos. A família materna, entretanto, nunca *“engoliu”* seu pai: viviam a criticá-lo, afirmavam que ele era adúltero, e os tios constantemente tentavam flagrá-lo em adultério. Esse padrão continuou mesmo após o nascimento de Vivianne.

Ela conta que, três meses após seu nascimento, sua mãe engravidou novamente. Entretanto, acabou sofrendo um aborto espontâneo aos cinco meses de gravidez: *“E ela perdeu porque o médico fez uma curetagem mal feita após eu nascer”*. O bebê era um menino.

Vivianne diz que sua mãe lhe falou sobre o aborto quando ela tinha 5 anos de idade, e que por muito tempo se sentiu culpada por isso: *“e de certa forma queria ser meu irmão de algum jeito para minha mãe sofrer menos. Porque ela sempre se referia: ‘Se eu tivesse um menino’... e por muito tempo eu quis ser esse menino. Eu não usei saia até meus 14 anos.”*

Quando Vivianne tinha quatro anos de idade, seu pai fez as malas e saiu de casa. Sua mãe ficou completamente *“desestruturada”*, emocional e psicologicamente. Por isso Vivianne fala que *“não teve mãe”*. Sua mãe ficou tão fragilizada que Vivianne sentia que cuidava mais da mãe do que a mãe dela. Por isso queria ser o irmão que não teve, para cuidar da mãe.

Após a separação, a mãe de Vivianne voltou a trabalhar, mas nunca teve um projeto profissional de desenvolver uma carreira:

Meu pai foi embora e ela foi trabalhar no SUS, concursada. Ficou um tempo, saiu e foi trabalhar com o irmão mais novo, na fábrica de bijuteria dele. Depois numa metalúrgica, de assistente administrativa. Depois com seu outro irmão. Sempre recebendo muito pouco. Sem objetivos. Sem carreira. Sem paixão. Trabalhos de mulher: secretária, atendente.

Quanto ao pai, ela diz que ele ajudava financeiramente, mas era ausente em tudo o mais. Diz que costumava pensar no que aconteceria se o pai morresse: *“Nada.”* Ela não ficaria triste.

Ela relata que sua mãe continuou *“correndo atrás”* de seu pai, ligava para ele a toda hora, implorava que ele voltasse, se humilhava. Ela também se recorda de um incidente ocorrido aos quatro anos de idade: sua mãe estava muito descontrolada, passando mal, havia tomado muitos calmantes. Foi a própria Vivianne quem pegou o telefone e ligou pedindo ajuda.

Tudo isso fez com que Vivianne não quisesse ser *“mulherzinha”* – o que para ela significava estar à mercê das vontades masculinas, depender totalmente dos homens e ser humilhada por eles, *“ser tratada como um objeto”* que pode ser *“jogado fora”*. Por isso mesmo, tornou-se *“um moleque”*. Na escola, suas amigas eram as mais bonitas, *“galinhas”*, que *“ficavam com os meninos apenas para usá-los”*. Preferia a companhia dos meninos e as brincadeiras masculinas.

Ela adorava andar de bicicleta. Tanto que uma vez seu tio passou com o carro por cima de sua bicicleta para que ela parasse de andar. Ela continuou andando na bicicleta torta mesmo. Ela diz que sua mãe nunca andou de bicicleta porque seu avô dizia que “*bicicleta era coisa de menino*”, e ela ficou com medo de andar.

Tornou-se muito competitiva em tudo, nos esportes e nos estudos. Não tolerava que ninguém “*fosse melhor que ela*”. Também diz que “*tacava a zona*” na escola, ou seja, fazia parte da turma dos “*moleques bagunceiros*”:

Aí eu era bem amiga de meninos na escola, jogava bola com eles. Cheguei a jogar futebol no Palmeiras e no Juventus. [...] É, eu era lateral direita e jogava muito bem, na aula de educação física jogava com os meninos e fiquei muito amiga deles, saía para pichar com eles...

Vivianne relatou que, durante a infância, em algum momento passou a engordar e a comer muito – embora não tenha se aprofundado nesse assunto. Diz que aos doze anos, pesava 82 kg mas não se achava gorda. Porém, mais tarde, conta que sofreu muito com as brincadeiras cruéis de colegas de escola a respeito de seu peso. Conta que, certa vez, foi comemorar o aniversário na escola. Sua mãe havia levado bolo, brigadeiro, refrigerante, e, na hora do intervalo, iriam cantar parabéns e fazer a festinha. Antes do intervalo, durante a aula, a professora havia passado uns exercícios: quem terminasse antes, podia sair. Vivianne conta que terminou a tarefa antes porque sempre terminava antes – era muito competitiva com os estudos também. Mas os colegas disseram que ela havia terminado antes porque era gorda e queria comer logo o bolo. Ela, evidentemente, detestou o aniversário, e passou a partir dos onze anos a comemorá-lo “*no sítio, com as amigas ‘galinhas’ e os amigos do futebol*”.

Aos onze anos, menstruou pela primeira vez e não gostou, não queria que ninguém soubesse. Sua avó lhe dizia que “*ia ficar mocinha*”, e que teria que parar de brincar, e teria que usar vestido, sutiã, todas as coisas típicas do modelo de feminilidade que ela se recusava a assumir. Por isso é fácil de compreender o porquê de ter desejado esconder o fato.

Foi com essa idade que Vivianne deu seu primeiro beijo:

Eu sempre ouvi meus pais dizerem que eu só podia beijar com 15 anos porque eu era menina. E com 11 fiquei com raiva disso. Daí beijei um menino na festa da minha prima, nem sei quem era, eu nem queria. Foi meio que libertação mesmo,

não foi nada da menina apaixonadinha. O beijo nem foi importante pra mim, mas o fato de eu voltar pra casa e pensar: cara, muito idiotas [os pais]! Eles acham que me controlam porque eu sou menina, e nem sabem o que eu fiz.

Ela conta que, depois desse beijo, não *“ficou com mais ninguém até emagrecer”*.

Aos onze anos também descobriu que o pai havia se casado novamente, dois anos depois de ter saído de casa. Aparentemente, ele continuava ocasionalmente se encontrando com sua mãe durante esses anos todos, mas a mãe não sabia do casamento. Quando Vivianne descobriu, ela o confrontou, e ameaçou contar tudo, ao que o pai ameaçou interromper a ajuda financeira a ela e sua mãe. Eventualmente, ela acabou contando tudo à mãe assim mesmo.

Vivianne afirma que *“separou seu mundo do mundo dos pais”*, decidiu afastar-se emocionalmente deles, não *“se importar mais”*. Tornou-se muito *“desconfiada com as pessoas”*, preferindo manipulá-las e brincar com suas fraquezas do que envolver-se emocionalmente com elas.

Um exemplo de sua satisfação em manipular as pessoas é uma brincadeira em que enganou uma de suas amigas de escola, Karine. Segundo Vivianne, Karine era *“uma patricinha, bem fresca”*, e decidiu se aproveitar disso para pregar-lhe uma peça em um dia em que passara a tarde na casa de Karine, com ela e a vizinha que morava ao lado. As duas meninas lhe contaram que haviam assistido juntas ao filme *“O Exorcista”*, e que ficaram com muito medo. O filme narra a história de uma menina que aparentemente fora possuída por um demônio.

Vivianne começou a assustar as amigas, dizendo que tudo o que acontecia no filme poderia acontecer na realidade, e que ela sabia disso porque sua mãe frequentava um centro de umbanda (sua mãe realmente frequentava um centro). Ficou falando para as colegas que os *“espíritos maus”* existiam *“de verdade”*, e em seguida começou a alegar que estava vendo um deles ali na casa. A vizinha, apavorada, chegou a pular o muro para voltar para sua casa. A performance de Vivianne culminou com uma encenação em que ela fingia estar possuída por um espírito maligno, alterando o timbre de voz e levando Karine a um choro convulsivo de pavor.

Quando no fim do dia a mãe de Karine voltou para casa e ouviu o relato da filha apavorada, evidentemente ficou muito indignada, e foi relatar o episódio à mãe de

Vivianne. Quando sua mãe veio confrontá-la, Vivianne fez outra encenação para evitar um castigo, dizendo à mãe que realmente acreditava que havia espíritos na casa, e que também tinha ficado tão apavorada quanto as colegas. A mãe, acreditando nela, chegou a levá-la algumas vezes ao centro de umbanda, para protegê-la dos “*maus espíritos*”.

Quando estava com quatorze anos, decidiu emagrecer para a viagem de formatura do primeiro grau, que seria em Porto Seguro. Parou de comer, e em um mês perdeu 20 kg, e continuou emagrecendo. Diz que depois de algum tempo, parou de jogar futebol por causa da “*dieta*”, pois ficava sem força física para desempenhar a atividade.

É interessante notar que o excesso de peso de Vivianne jamais apareceu como um empecilho para seu desempenho atlético. Nesse sentido, não seria improvável pensar que talvez sua corpulência estivesse associada a uma ideia de “força” – uma associação que era habitual até meados do século XX, e que desde a década de 1920 passou a competir com a crescente valorização da magreza (Stearns, 1997). Neste sentido, a corpulência enquanto força é coerente com o estilo moleque (ou *tomboy*) adotado por Vivianne nesse período de sua vida, em uma performatividade de gênero que desafia o modelo tradicional de feminilidade valorizado por sua família materna. Lembremos que ela conta que a primeira vez em que usou saia foi aos quatorze anos, que é exatamente a idade em que decide começar a emagrecer e modificar seu estilo corporal. Por sua vez, foi o emagrecimento excessivo que a levou a interromper as atividades físicas.

Em algum momento deste ano, passou a gostar de um menino, Ricardo, irmão de um de seus amigos do futebol e colega de classe, Rodrigo. Esse interesse romântico, entretanto, não chegou a passar de um flerte: “*Mas aí aconteceram duas coisas: 1- eu era ex-gorda; 2 – eu estava literalmente virando uma maloqueira; 3- eu ia para Porto Seguro de formatura*”. Ela conta que Ricardo fora despedir-se de Rodrigo e dela no aeroporto, antes da viagem de formatura, e que havia lhe dito que quando ela voltasse, queria conversar com ela. Entretanto, Vivianne nunca chegou a saber o que ele queria lhe dizer.

Durante a viagem de formatura, Vivianne “*aprontou*” tanto que o colégio suspendeu as viagens de formatura a partir do ano seguinte. Ela conta que “*fazia a maior zona no hotel*”, telefonava pedindo serviço de quarto em nome de outros hóspedes, ligava para outros quartos para passar trote etc. Durante a viagem, ela também “*ficou*” com um

menino de sua sala *“por ficar... porque eu quis e ele também, sei lá”*. O único problema é que, cedo ou tarde, Ricardo ficaria sabendo disso, pois seu irmão Rodrigo também estava na viagem. Além disso, durante o processo de emagrecimento, ela começou a consumir bebidas alcoólicas e a usar drogas ilícitas, como o ácido lisérgico.

Ela não se lembra muito bem de tudo o que fez durante a viagem, pois estava em um estado de *“confusão mental”*, não sabe se em função do uso de substâncias psicoativas, pela desnutrição em consequência da restrição alimentar, ou por algum tipo de perturbação: *“Enfim, eu tava meio lelé da cuca”*.

É nesse momento que sua narrativa sobre a viagem de formatura atinge o ápice dramático:

Teve uma noite que eu tava muito mal, sei lá o que eu fiz lá, eu nem lembro do que eu usava, mas não tava usando álcool e ácido porque tava em Porto. [...] Bom aí eu conheci um menino, que eu não sei quem é, nem sei o nome. E transei com ele. [...] mas eu tava tão louca que não lembrava de como tinha acontecido. Aí no dia seguinte o menino veio me procurar, no parque aquático e eu não lembrava que era ele. [Ele] era de Floripa. Lembro disso e que ele tava na formatura do 3º. [ano do ensino médio], e eu na da oitava [série do ensino fundamental], e ele tinha cabelo laranja, beeeem laranja. Eu tava tão louca que nem tinha reparado nisso. Mas ele era bonito.

Enquanto Vivianne estava com o rapaz do cabelo laranja, suas amigas e Rodrigo ficaram preocupados com sua ausência e foram procurá-la. Logo, todos ficaram sabendo o que havia acontecido, e foi um escândalo. Rodrigo contou ao irmão, por telefone, que Vivianne havia *“transado com um cara em Porto”*. A notícia também chegou aos ouvidos de sua avó, em uma *“fofoca no salão de cabeleireiro”*.

Vivianne explicou que o bairro onde morava e estudava era muito parecido com *“uma cidade do interior”*, em que todos se conhecem e comentam sobre as vidas uns dos outros. Nesse contexto de relações de vizinhança, a rede de fofocas é um mecanismo de comentário e controle moral bastante eficaz, capaz de exercer sua influência sobre o grupo de formandos da escola local, mesmo à distância.

Quando voltou de viagem, a avó lhe perguntou se era verdade, e Vivianne negou. Disse que pensou até em contar sobre o fato para sua mãe, mas não teve coragem. Para a mãe e a avó ela negou tudo, e elas acreditaram: *“Quando eu cheguei minha mãe e minha avó acreditaram que eles tinham inventado tudo sobre mim, porque eu tava tão magra e*

com a ana [anorexia] tão em evidência que minha mãe me achou incapaz de fazer qualquer coisa daquela”.

Sobre as razões que a levaram a perder a virgindade com um rapaz que acabara de conhecer e de quem mal podia se lembrar, Vivianne aponta: *“Eu não queria apenas me libertar de algo que eu achava que ninguém perde (a virgindade), mas eu tava mal, porque o Ricardo tinha descoberto que eu tinha ficado com esse amigo em comum, e queria me vingar de mim.”* Em parte, a história da perda de virgindade se assemelha à história do primeiro beijo, uma procura por libertar-se de uma feminilidade comportada e casta que dela era esperada. Por outro lado, surge um aspecto autodestrutivo: estava cada vez mais se aproximando do estereótipo negativo da feminilidade tradicional que sua família condenava, mas que ela também não achava positivo.

Quando voltou de viagem e foi conversar com Ricardo, de quem estava gostando muito, Vivianne ouviu dele que ela *“era um lixo”*, e *“ficou muito mal”*. Passou então a frequentar as *“baladas”* com Rodrigo, e a beber muito, *“de noite e de dia”*. Conta que nesse período chegava a beber uma garrafa de aguardente por dia.

Nessa época, afirma ter entrado em uma fase bulímica, intercalando períodos de restrição alimentar com episódios de compulsão seguidos de vômito provocado. Ela relata que suas compulsões não eram por alimentos *“gostosos”*, mas por *“coisas que me faziam passar mal”*, como comer manteiga pura em grandes quantidades. Ela diz que tinha as compulsões diante da avó, mas que a avó *“tinha a coragem de falar pra minha mãe que eu não fazia isso”*.

Foi então que perdeu os interesses pelos estudos, e quase *“repetiu de ano”*. Além disso: *“Pintei meu cabelo de loiro branco, porque sempre falavam que eu era puta. Tirei a sobrancelha bem fininha, e só andava com roupas de axé”*.

Agora, refletindo sobre o seu comportamento nesse período, Vivianne o compreende da seguinte forma:

Eu hoje, olhando de longe, acho que eu quis me detonar. Porque queria matar a Vivianne que tinha feito, queria me livrar de qualquer resquício do mundo que me suprimia. Porque eu queria ser mulher mas tinha medo de ter opinião sexual, de ser inteligente, de ser alguém. Queria ser mulher mas não só mulher, entende?

As coisas começaram a melhorar a partir de sua convivência com um grupo de amigos “*caiçaras*”⁶⁷ que fez em Praia Grande, onde seu pai possuía um apartamento. De início, Vivianne começou a ir à praia por iniciativa de sua mãe:

Bom, tava muito mal. Aí minha mãe começou a ir comigo todo final de semana para a praia, e eu comecei a me tratar (cabelo, pele, queria parar com as compulsões) depois de uma noite em que minha mãe teve que ir correndo comigo pro hospital, porque eu tinha vomitado 23 vezes em uma noite. Aí era dia dos pais. Tinha almoçado com meu pai (na praia). Ele estava no apartamento da mulher dele e eu no dele, que eu sempre usava. Eu tinha comido muito, tava triste. Saí e parei num lugar que tava tocando axé e fui dançar pra queimar caloria. E encontrei quem seriam hoje meus amigos. E encontrei o Arnaldo. E ele era lindo. Cara, e eu pensei: ‘esse é o cara da minha vida’.

Na época, Vivianne estava com 16 anos, e Arnaldo, com 20. Ela o descreveu para mim como “*um caiçara que parece o George Clooney*”. Os dois nunca chegaram a namorar, apenas ficaram, várias vezes, quando ela viajava para a praia. Ela descreve o relacionamento da seguinte forma:

Mas ele gostava de mim. No começo não. Nem eu (rs). Mas ele me libertava dos medos que tentaram pôr em mim de várias coisas. Mas era um relacionamento sempre muito confuso, ou melhor, é um relacionamento muito agressivo, de ambas as partes. Mas eu nunca me senti agredida. Enfim, ele grita, eu grito. Sempre provoquei muito ele, dando corda pra outros caras [com quem] eu nunca quis nada. Isso continuou até meus 18 anos, quando ele me pediu em casamento.

Nessa época Vivianne estava cursando a faculdade de gestão ambiental em São Paulo: “*Aí no primeiro ano da faculdade melhorei muito de tudo, e comecei a ficar bem porque fui estudar meio ambiente. Estava fazendo o que eu acreditava, tava com amigos novos (na praia), tinha o Arnaldo.*”

Como a faculdade previa um período de estágio, ela tentou conseguir um em Praia Grande: “*Mas me negaram, daí eu não contei nada pros meus pais e fiquei lá quatro meses de garçonne. E um amigo arranhou a assinatura dos estágios com um político da cidade.*”

⁶⁷ O termo “caiçara” originalmente se refere a grupos de habitantes do litoral do estado de São Paulo, parte do litoral do Paraná e sul do estado do Rio de Janeiro. A formação desses grupos ocorreu através do contato de da miscigenação entre brancos de origem portuguesa e grupos indígenas habitantes da região, e tinham a pesca de subsistência como principal atividade. Mais recentemente, e, sobretudo, no litoral paulista, o termo foi ampliado pra se referir de forma geral aos habitantes da região, adquirindo inclusive uma conotação pejorativa quando empregado por pessoas “de fora” (principalmente os turistas oriundos da capital e do interior do estado). Quando usado como auto-referência pelos habitantes do litoral o termo perde a conotação pejorativa, podendo ser usado jocosamente ou até de forma positivada como autodenominação étnica.

Vivianne: *Mas Dani, ó, essa época foi a época que eu consegui entrar no caminho de mim mesma, avaliar meus valores, melhorei de muita coisa. Foi em janeiro de 2003, eu tinha 18 pra 19.*

Daniela: E o que você acha que contribuiu pra você melhorar?

V: *Eu acho que existiam elementos que consegui exorcizar de mim, se assim posso dizer. A pessoa que eu queria ser era diferente da pessoa que minha família tinha criado e que me suprimia, e que quando eu consegui me ver, e ver quem eu era e ter um propósito de vida, e acreditar em algo, eu melhorei. Eu sei que hoje eles [a família] não gostam do jeito que eu sou, porque não está no padrão deles.*

D: E você acha que o contato com o pessoal da praia ajudou nesse processo?

V: *Simmmtmmmmmmmm. Porque era o oposto do que eu vivia, eles [a família] sempre falavam em preconceito racial, em pobres, em ganhar dos pobres, em supressão da mulher, em todo esse cenário que me fazia mal desde que me entendo por gente, e [eu] acreditava que o mundo era isso. E de repente eu vi que não era, que existiam as coisas que eu acreditava, que eu poderia ser quem eu quisesse.*

Retomando a narrativa, quando Arnaldo a pediu em casamento, Vivianne conta que teve a pior reação possível: *“comecei a dar corda pros amigos dele, falei que eu não era a boneca dele pra ele querer casar comigo, se ele pensava que eu ia ser dona de casa em Praia Grande.”*

Em outra sessão de pesquisa pedi que Vivianne me falasse mais sobre o relacionamento com Arnaldo:

Daniela: Mas vamos ao Arnaldo... ele foi seu primeiro relacionamento relevante, até essa parte da história, né?

Vivianne: *Sim, eu acho que até a presente parte da história, na verdade. Porque até hoje ele foi a única pessoa com quem eu realmente me importei, talvez pela significativa contribuição para minha vida. (...) Eu realmente reconheço que até hoje ele me ajuda muito. Certas vezes, quando estou triste, lembro da praia, do que eu era e do que a vida me deu, em pessoas, lugares, momentos... (...)*

D: Mas deixa eu perguntar uma coisa... se em termos afetivos ele é o relacionamento relevante, como que é a parte sexual da história? Porque até agora só teve o lance da formatura com o menino do cabelo laranja...

V: *Hahahá. (pausa). Sensacional isso, até me arrancou um sorriso :P⁶⁸. Falo isso porque estava séria hoje, hehe. É bom falar com você. Hehe. (pausa). Bom, vamos lá... Então, foi um intervalo curto, entre o menino do cabelo laranja e eu conhecer o Arnaldo, acho que foram meses, mas não me lembro bem... assim, talvez uns 9 meses, mas antes teve o Ricardo que me chamava de vaca e tal (pausa). A coisa foi que eu demorei pra consumir.*

D: Bom, explica melhor essa.

V: *Ahh, não tive nada com o Ricardo não. Só estou abrindo pra fechar um raciocínio, entende? (...) Então, o fato de eu ter 14 anos e achar que eu realmente não tinha perdido nada... literalmente... eu acreditava que não tinha perdido a virgindade ou algo assim. Não que não quisesse acreditar, mas porque na minha cabeça não fazia sentido a perda de um valor que não se perde. Daí eu não queria que acontecesse só mais uma vez e várias vezes, por acontecer. Nem é por ser especial e essas coisas de romance, mas porque eu estava em decomposição e eu sabia disso. Entretanto, eu não queria ser uma vaca, a vaca que o Ricardo falava. Era uma transição minha, eu queria me descobrir. (...) Com o Arnaldo era real, mas era real pra mim. Não era o menino que namorava a Vivianne. Eu ficava com ele e ele comigo, mas me fazia bem. Demorou bastante, assim, demorou uns quatro anos... eu tinha 18 anos.*

D: Só na ficância?

V: *Sim, mas ele nunca foi meu namooooorado, né, Dani? Ele ficava com outras pessoas, e eu sabia disso. E pra mim isso é normal, não é traição. Sei lá, eu era adolescente... (...) Enfim, mas não foi nada especial ou marcante, apenas foi. Eu acho que estava entendendo que talvez, na minha experiência, seja algo mais prático do que cheio de definições e blábláblás. É fácil, temos um fim: nascer, reproduzir, morrer. São instintos. Nessa época passei a ver assim.*

Eu demorei algum tempo para entender que o que Vivianne havia me dito era que, após quatro anos ficando com Arnaldo, ela decidiu transar com ele, e que isso foi para ela algo tão natural quanto qualquer função orgânica do corpo, algo que se faz, sem muita elaboração simbólica. Essa rejeição à atribuição de um sentido mais profundo ao sexo parece ter sido o caminho que Vivianne escolheu para se libertar de todos os significados e implicações de gênero que sua família vinculava à sexualidade feminina. Do mesmo modo

⁶⁸ : P é mais um *emoticon*, variação, de = P, também representa um rosto mostrando a língua.

que rejeitou a proposta de casamento de Arnaldo, a recusa de Vivianne em vincular sexo a romance é uma alternativa à posição de “dona de casa”, de “boneca”, e da dependência emocional que atribuía à mãe em relação a seu pai.

Por outro lado, exaltar a importância do prazer sexual em si mesmo significava uma aproximação arriscada dos estereótipos negativos de “vaca” e “vagabunda”. Não conceder maior importância ao romance e ao sexo significa, para Vivianne, ter a liberdade de exercer sua homossexualidade sem ser rotulada e sem se tornar propriedade de alguém. Isso fica claro no trecho a seguir, em que ela fala sobre seus relacionamentos mais recentes:

Fico com meninos mais novos, geralmente eles têm entre 18 e 20 anos. Acho os caras mais velhos do que isso chatos, apesar de ter vários amigos de bem mais de 20 anos. Não são chatos como amigos, mas num relacionamento eles querem compartilhar, conversar, e eu não quero isso, não quero me envolver com ninguém, não quero ter que contar minhas coisas, nem fazer planos para o futuro, ou ter que ser alguém amável. Olha eu não transo com todos os caras com quem fico, mas isso acontece sim. Eu não quero, porém, ter que dividir minha vida com alguém. Não quero ter vínculo, ter que mudar minha esfera para que ninguém entre...

De acordo com sua narrativa até este ponto, a “melhora” de Vivianne ainda me soava um pouco misteriosa. Embora eu houvesse compreendido que o novo círculo de amizades, de uma classe social mais baixa, fora importante por criar um espaço de socialidade livre dos valores e padrões rígidos de gênero e aspiração social da família materna, a relação entre essa mudança e os “sintomas alimentares” concretos ainda parecia obscura:

Daniela: Acho que a gente podia começar tentando esmiuçar melhor, dentro do que sua memória permitir, como foi esse processo de melhora...

Vivianne: *Eu não lembro muito do que eu falava, mas me lembro que depois que acabei aquele dia, tive a sensação de ter contado TUDO. Por isso, eu acho que seria mais fácil se você fizesse perguntas... Porque acho que você sabe como é, tanto é que está escrevendo exatamente isso em outras palavras. Porque minha visão é meio a do fim que eu tive, que é hoje, e as coisas pertinentíssimas que me fizeram mudar, então eu acho que tendenciosamente, e não por mal, vou acabar dando esse rumo.*

Procurei então fazer algumas perguntas para retomar o período de sua história em que ela localiza a “melhora”. Vivianne havia dito que fora durante o último ano do ensino médio, e após mudar de colégio, que começara a melhorar, decidindo parar de beber e usar drogas ilícitas. A mudança de colégio facilitou o processo de ruptura com o círculo de amigos do colégio antigo, com quem compartilhava esses hábitos:

Vivianne: *E mudar de escola foi complicado e muito dolorido, mas foi necessário. Eu acho que passei por um período de sublimação literalmente. Desde as aulas, como me relacionar com as pessoas... Eu estava bem mais frágil e sem ninguém, e logo eu percebi que quem eu achava que eram meus amigos nem ligavam mais pra mim. A Amanda que se dizia minha melhor amiga [...] nem se quer me ligava. Lá eu vi que estava sozinha mesmo. Mas, independente de mudar de escola, que era período integral, eu não ficava mais com a minha avó. E vi que eu teria que decidir sozinha o que eu iria ser, vi que ninguém iria me ajudar. Eu lembro que levava meu almoço e ia comer no parque da Aclimação, com os patinhos ao redor do lago. Foi meio que um Walden⁶⁹.*

Daniela: Então você voltou a comer mais normalmente nessa época? Tinha ainda a preocupação com o peso, ou isso foi ficando em segundo plano?

V: *Não, acho que nunca isso ficou em segundo plano Dani, nem hoje, apesar de estar bem.*

Vivianne conta que ainda comia pouco, mas que passara a comer mais do que antes, e que apesar de no novo colégio haver mais disponibilidade e variedade de drogas a seu alcance, sua vontade de melhorar foi dando resultados. Ela se recorda de ter misturado bebida alcoólica com “remédios” em três ocasiões naquele ano, e de ter sido hospitalizada duas vezes em consequência do TA. Na primeira ocasião⁷⁰, após vomitar muitas vezes em uma só noite, sofreu uma grave perda de potássio. Após muita insistência, sua mãe concordou em levá-la ao hospital de manhã. Vivianne ficou três dias de cama, com a audição prejudicada e a visão embaçada.

A segunda hospitalização foi resultado de um tratamento estético realizado em uma clínica, em que tomou uma medicação para emagrecer e quinze injeções de lipostabil (substância atualmente banida no Brasil):

Vivianne: *Vi a clínica em uma revista, e fui lá, assinei um contrato e eles fizeram.*

Daniela: Mas você tava magra, na época?

⁶⁹ Walden é uma referência ao livro homônimo de Henry David Thoreau, em que o autor relata sua experiência de transcendência ao viver em retiro junto à natureza, em uma floresta, como forma de criticar o modelo de vida estabelecido pela sociedade ocidental industrial.

⁷⁰ Foi após essa hospitalização que Vivianne foi com sua mãe à Praia Grande, e conheceu os amigos caiçaras, dentre os quais estava Arnaldo.

V: *Tava sim. Mas mulher tem celulite, essas coisas... E se você se faz de normal, as pessoas acreditam que é normal. Eu cheguei lá e falei que queria emagrecer pro verão. E eles 'nossa é com a gente'... Foi bem caro, tipo mais de R\$ 1 mil.*

D: E você passou por algum médico?

V: *Lá?*

D: *É.*

V: *Nãoooo! Nem tem médico nem nada.*

D: E não te pesaram, mediram, tiraram pressão, nada?

V: *Então... Eu lembro que eu estava bem desesperada mesmo para perder peso, mas não estava gorda (hoje vejo isso). Estava com uns 60kg⁷¹, que para mim era muito. [...] Eles mediram, tiraram fotos para um antes e depois, mas nada a "a nível de" cuidados médicos.*

Quanto à medicação, Vivianne não sabe ao certo, mas acha que era femproporex – um anorexígeno de uso controlado. Durante as injeções, Vivianne sentia-se muito mal, e quase desmaiava. Depois, tinha crises violentas de vômito e diarreia, e a região das injeções ficava com grandes hematomas. Por isso, sua mãe começou a acompanhá-la à clínica de estética. Perguntei se sua mãe não achava que havia algo de errado:

Dani, eu acho que devia achar. Mas minha mãe não pensa a longo prazo. Ontem disse isso para ela, que ela nunca soube me falar ‘Vivianne, isso não.’ Nunca disse. [...] Mas a verdade é que eu vejo uma coisa: até hoje minha mãe quer causar o menor conflito possível, seja comigo, seja com qualquer pessoa. Mas, creio que como MÃE ela não deveria ter feito desse modo. E em contrapartida, eu virei a garota-subversão. Eu procuro exatamente conflitos, e quero estar neles.

Certo dia, nesta época, passou mal no colégio durante uma aula, sofrendo uma grande queda de pressão. Como não melhorava e o colégio não conseguiu entrar em contato com sua mãe, foi levada ao hospital. Entretanto, Vivianne faz questão de ressaltar que, nesse momento, sua busca por emagrecimento tinha um sentido diferente do que tivera no passado: *“Mas nessa época não queria emagrecer para me destruir. Era um processo diferente, era uma outra lógica.”*

A lógica era outra, pois Vivianne não estava mais indiferente aos danos ao corpo e à saúde. Precisar ir ao hospital por causa do tratamento estético a abalou bastante. Depois, teve uma série de abscessos, incluindo um na cabeça que precisou de intervenção cirúrgica.

⁷¹ Com 1,70m de altura, aos 60 kg Vivianne estava com um índice de massa corporal de 20,7, considerado saudável.

Os danos aos dentes, que antes não escovava propositalmente para ficar com dor e ter dificuldade para comer, ela descreve como “*o pior processo*”. Sempre tivera o cabelo comprido, e precisou cortá-lo bem curto porque estava muito fraco e quebradiço:

Na verdade foi uma soma, um desgaste físico e psicológico. Eu demorei para ver que eu ‘me drogava’ com aquela situação para não enxergar outras coisas, um medo, um recalque. Na verdade eu não melhorei por enxergar isso, mas meu processo de melhora se deu ao querer ser bonita, me restabelecer fisicamente. Em grande parte porque eu achava o Arnaldo bem bonito e não queria ser feia.

É interessante como a narrativa de Vivianne contrasta com a crença do senso comum de que a motivação para um transtorno alimentar é a vaidade, já que o desejo de ser bonita surge, para Vivianne, como motivação para melhorar, enquanto o transtorno alimentar era percebido como algo que a deixava feia. Ao mesmo tempo, sua história faz eco com algumas interpretações de que um TA é uma tentativa de negar a feminilidade:

Dani, é que eu usava uns trapinhos mesmo: eu tinha um sapato que tinha uma barata colada na sola. Não sei te dizer como essas coisas foram embora e entraram as que estão aqui porque foi sutil, até pra mim. Mas à medida que eu tive menos vergonha de ser mulher - acho que isso é a chave - e ser dona dos meus pensamentos que não cabem no sentindo “gênero-modelo”, eu comecei a manifestar a mulher física. E daí entra a forma corporal, e os sapatos de salto, as unhas vermelhas...

Mas essa narrativa também é interessante por desestabilizar a noção de uma feminilidade única. Os emblemas corporais de feminilidade (as curvas do corpo, os sapatos de salto, as unhas vermelhas) eram assustadores para Vivianne, quando o tipo de feminilidade que lhe era possível era aquele de sua família materna. Através da convivência com Arnaldo e os demais amigos da praia, ela pôde encontrar outras formas de feminilidade que abriam espaço para uma vida que não era mais inviável. Ela menciona, por exemplo, que o que mais gostava de seu relacionamento com Arnaldo era “*que ele não queria saber da minha vida, me tratar como mulherzinha, me tratar bem. E que ele me respeitava como pessoa.*” Vivianne sentia que ter um parceiro que a tratasse bem por ser “mulherzinha”, e que quisesse saber de sua vida e controlá-la, era o mesmo que ser desrespeitada como pessoa. Arnaldo não interferia com outros aspectos de sua vida, ao mesmo tempo em que não tinha receio de brigar com ela quando era provocado. De certa forma, as brigas e a agressividade no relacionamento com Arnaldo faziam com que Vivianne pudesse se sentir em pé de igualdade com ele.

Evidentemente isso não significa que Vivianne tenha se desvinculado dos padrões de gênero que lhe eram intoleráveis em um passe de mágica. Por sua vez, os padrões encontrados na socialidade no novo círculo de amigos tinham suas próprias normatividades e limitações. Por isso Vivianne rompeu seu relacionamento com Arnaldo quando ele a pediu em casamento. Mesmo que a concepção de casamento dele não fosse exatamente a mesma da família materna de Vivianne, ainda tinha elementos demais em comum para que fosse uma opção desejável.

Lado a lado com essa ampliação dos horizontes de sociabilidade, Vivianne passou a canalizar sua subversão para as atividades profissionais, que para ela são indissociáveis do ativismo:

Daniela: Sobre sua vida profissional: você falou da faculdade, e da pós. Mas da graduação em gestão ambiental e dos estágios na praia, pra Vivianne engajada em tantos projetos de hoje, como foi sua trajetória?

Vivianne: *Então, é que pra mim é tudo a mesma coisa. Eu sou engajada desde que me entendo por gente. Faço as coisas que faço em proporções menores desde sempre. A faculdade, a pós, os estudos, tudo são apenas um prolongamento das coisas. Eu nunca pensei em vida profissional, mas em conseguir ganhar dinheiro para fazer as coisas em que acredito, e conseguir mudar algumas coisas para que as pessoas vivam melhor. [...] Bom, eu desde que comecei a fazer projetos pequenos queria fazer coisas que pudessem articular coisas grandes que mudassem efetivamente algo. Só que me sentia um peixe fora d'água, não sabia em que lugar 'estava minha turma', sabe?*

D: Explica melhor...

V: *Ah, não que me sentisse isolada, mas me sentia deslocada, fora da realidade que queria viver [...] Eu tinha uma angústia dentro de mim, que acho que começou a surgir na época que surgiu o TA. Desde então eu tocava minha vida entre remendos, fazendo coisas que, literalmente, eu sabia que estava enchendo um tempo, mas que não estava fazendo o que eu queria. Eu esperava e acreditei muito em achar pessoas com quem pudesse fazer algo pra mudar as coisas. Não sei como isso acontece, acho que é como achar seu melhor amigo no primeiro dia de aula; é inexplicável. Talvez seja metafísico, não sei... Fui dando esse rumo pra minha vida, queria e acreditei que um dia ia chegar e chegou.*

Ainda durante a graduação em gestão ambiental, Vivianne começou a trabalhar em projetos socioambientais. Inicialmente trabalhando em projetos pequenos, ela logo percebeu que se sentia insatisfeita com a forma de condução e com os resultados da maioria desses projetos. Foi então que surgiu a oportunidade de trabalhar em um grande evento de moda, que havia decidido incorporar a pauta das questões ambientais da reciclagem e da neutralização dos créditos de carbono.

Vivianne afirma que nunca teve receio de assumir grandes projetos, e que é muito boa em estabelecer contatos com pessoas influentes. O projeto ligado ao evento de moda foi importante nesse sentido, evidentemente. Entretanto, ela acabou entrando em conflito com a organização do evento, que estava mais interessada em promover uma imagem ambientalmente correta do que em cumprir as metas divulgadas:

Vivianne: *Precisavam de alguém para coordenar o projeto de sustentabilidade do evento - que era coleta seletiva e coisas assim - e me chamaram. Mas, eu briguei lá. Tudo muito errado.*

Daniela: Muito errado como?

V: *Eles diziam que o lixo, ou melhor, o dinheiro do lixo ia para cooperativas [de reciclagem]. Mentira, ficava com eles. [...] Queria que eu ficasse lá, falando pra imprensa e nos backstages o quão legal eles eram. E eu comecei a contar pra um monte de gente. Mas eles são grandes de mais né, Dani? É obvio que meio que eu saí-tirada. Eu falei que aquilo não faria. Mas eu trabalhei pra eles por 3 anos, 6 edições.*

D: E nas outras [edições]? Foi o mesmo nível de maracutaia?

V: *Sim. Em todas. Eles usam um prédio público, patrimônio cultural, sem pagar aluguel, pra você ter uma idéia. E usam a Lei Rouanet e o dinheiro do Estado pra financiar o evento comercial.*

D: E o que essa experiência traumática te ensinou?

V: *Que se eu quisesse conseguir as coisas, precisava ser política com aqueles que não posso confiar. Antes eu achava que não, que deveria ser honesta com todo mundo. Hoje só sou honesta com quem é comigo. Aprendi que posso falar aquilo que os outros querem ouvir. Isso não muda nada em mim. Aprendi a agir dissimuladamente.*

Esse confronto também contribuiu para que Vivianne passasse a selecionar suas alianças no campo das ações ambientais com pessoas que estivessem mais afinadas com seus valores e ética. Assim, mais tarde, enquanto trabalhava em um projeto de sustentabilidade semelhante, em outro grande evento, financiado por uma empresa multinacional, encontrou nos colegas de equipe importantes aliados para se contrapor a propostas da empresa que consideraram absurdas e antiéticas:

Vivianne: *Eu bati de frente com eles, mas daí toda a equipe brasileira bateu.*

Daniela: E aí?

V: *Eles [a multinacional] não têm saída, Dani, pois somos os únicos malucos que trabalhariam e fariam o evento dar certo. Eles chamaram esse ano novamente tiveram que ceder...*

D: Em que tipo de coisa vocês bateram de frente?

V: *Ah, eles são uma grande empresa multinacional... [Batemos de frente] em tudo; coisas absurdas, Dani, não saberia listar todas agora...*

D: Dá três exemplos, ou um...

V: *Queriam que os catadores coletassem todo lixo reciclado sem pagar para eles - isso na minha área em específico.*

D: E o que mais?

V: *Ah, eu tinha que dizer que eles iriam reflorestar a Amazônia.*

Além do trabalho como autônoma prestando serviços nesse tipo de projeto, Vivianne também faz parte de uma ONG que ajudou a fundar, cujo objetivo é desenvolver projetos que articulem novas formas de tecnologia, interfaces interativas e multimídia e ações de intervenção social, artística, ambiental e educacional. A organização, administrada por um coletivo, estabeleceu sua sede em junho de 2009, e após uma fase inicial de captação de recursos começa a dar início ao desenvolvimento de seus primeiros projetos. Com isso, Vivianne afirma ter “*encontrado sua turma*”, e “*estar onde queria estar*”.

Foi através de seu engajamento no ativismo digital que Vivianne conheceu Diogo, com quem estabeleceu uma profunda amizade, definida por ela como um “*encontro de almas*”. Desde o início da amizade, ambos perceberam uma grande afinidade mútua: tinham formas de pensar muito parecidas, compartilhando não apenas os mesmos ideais

relacionados ao ativismo digital, mas também a uma concepção de mundo e às formas de viver e agir sobre ele.

O relacionamento estabelecido entre os dois permitiu que Vivianne modificasse sua percepção sobre como viver o amor, embora nunca tenham sido namorados ou amantes. Ela e Diogo criaram, através da amizade, um espaço em que podiam compartilhar ideias e sonhos, imaginar um espaço conjunto em que podiam reinventar o mundo, e consequentemente, recriarem a si mesmos.

Vivianne conta que Diogo, quando era criança, inventou para si uma amiga imaginária para nadar na chuva com ele, e passou a acreditar que essa amiga existia de fato em algum lugar, e que um dia iria encontrá-la. Vivianne tornou-se essa amiga, ao permitir ser imaginada enquanto tal por Diogo, ao mesmo tempo em que passou a se imaginar desta forma através da imaginação dele.

Uma criança que vai nadar na chuva normalmente está desafiando as normas estabelecidas pelos adultos que definem brincadeiras seguras ou adequadas. Embora os riscos normalmente mencionados envolvidos nessa atividade (de ser eletrocutado por um raio, ou de ficar doente por se expor ao frio da chuva ao sair da água) existam, a interdição dos adultos parece dizer mais respeito a estabelecer limites ao tipo de prazer sancionado às crianças do que aos perigos mencionados. O maior risco parece ser o de que as crianças experimentem prazeres que transgridam os limites sancionados e próprios a uma criança, que experimentem colocar em prática uma realidade diferente daquela delimitada pelas normas de adequação, e que a partir disso passem a transgredir outros limites.

Nadar juntos na chuva é, portanto, uma metáfora para o relacionamento dos dois: ambos compartilhavam alegrias espontâneas em um espaço comum, em que podiam desafiar regras estabelecidas em nome da imaginação e do prazer de reinventar o mundo. E isso, para Vivianne, tornou-se uma forma de experimentar o amor, sem precisar se adequar aos moldes de um relacionamento afetivo (hetero)sexual convencional. Se no relacionamento com Arnaldo e com os outros rapazes mais novos Vivianne assegurava sua liberdade exatamente por não compartilhar seus planos de vida, com Diogo a situação se inverte: com ele, ela pode imaginar mundos e compartilhar sonhos, exatamente por não precisar ser a “namorada” dele.

Na última etapa de nossas conversas de pesquisa, decidi perguntar mais a respeito de sua relação com o corpo e a imagem corporal atualmente. Uma das consequências físicas remanescentes do transtorno alimentar de que Vivianne ainda sofre é uma série de desconfortos digestivos, que incluem prisão de ventre crônica – resultado de anos de uso abusivo de laxantes. Quando esse assunto surgiu em uma de nossas conversas, logo suscitou uma discussão sobre gênero:

Vivianne: *Assim, minha avó sempre dizia que não podíamos usar o banheiro para fazer cocô fora de casa. Isso me criou uma trava, e está bem relacionado com aquele lance de mulher, que mulher não faz cocô, não solta pum, não fala palavrão, sabe?*

Daniela: Sei...

V: *Só que isso é ridículo!*

D: Não é não: é por isso que a maioria absoluta das pessoas com prisão de ventre são mulheres... Eu também tinha esse problema, de não conseguir ir no banheiro fora de casa, de ficar com prisão de ventre cada vez que eu viajava... Mas eu passei a considerar fazer cocô fora de casa como um ato político, rsrsrs. Isso me ajudou no processo [de superar a prisão de ventre] [...] E eu acho que esse lance é particularmente importante porque mostra como o gênero tem uma realidade concreta no corpo das pessoas...

V: *E também vai além. Homem tem uma ligação visceral (isso eu falo como estereótipo social) com a comida, como o caçador, que deglute carnes e coisas, que arrotas, que fica com um barrigão depois de comer... Isso é normal. Mulher não. (Não que eu ache legal ou bonito homem fazer isso, acho bizarro e nojento, huahua). O lance é mulher não tem que ser assim, mas homem também não. [...] Então se homem pode ser um mamute deglutidor, e pode ser o garanhão, mulher não: tem que ser uma morta de fome, que só cozinha, não come, não faz cocô, não tem funções orgânicas e é uma puritana. Tá tudo errado!*

Os problemas intestinais, aliados a uma sensação de fraqueza e falta de energia, motivaram Vivianne a procurar recentemente uma nutricionista:

Vivianne: *Então, Dani, fazia muito tempo que eu tinha tentado nutri[cionista], e das vezes que eu ia, ia mais por obrigação do que por querer comer direito. Só*

que de uns tempos pra cá ando me sentindo fraca, sem ânimo... E sim, como mal. Tipo, comer não é uma coisa que eu gosto de fazer, sabe? Eu como porque tenho que comer. Ponto.

Daniela: E o que a nutri disse?

V: *Bom, depois de todos aqueles questionários e tal, ela me passou uma dieta. Disse que eu como mal, que estou subnutrida porque não como direito apesar de estar com 56 kg⁷². Não é pouco. [...] Aí ela me passou suplementos, exames, dieta com coisas que disse que eu gosto. Mas, o que me incomoda mais é meu intestino mesmo de ter zoadado ele, sabe? Isso me preocupa muito.*

D: Mas o que você está sentindo em relação a ir à nutri, e ao que ela te passou?

V: *Ah, tô feliz quanto a isso, quero me "arrumar". Gostei dela, eu me senti bem. Acho que pela primeira vez estou disposta a melhorar minha vida, pois vejo que o alimento é o que me alimenta, sabe? Mesmo se eu tiver resquícios psicológicos [do TA], preciso dele [alimento]. E quero ter uma pele com brilho, um corpo firme, sabe? Isso tem a ver com o processo de aceitar o porquê você teve um problema, que o transtorno não resolveu ele, e que uma vez resolvido o problema você não precisa mais do transtorno como máscara. É claro que sempre temos máscaras. E nisso descobri que eu tenho uma fixação muito forte com o belo, e que isso se aplicou no meu corpo. Mas eu adoro coisas belas, sabe? Isso me colocou numa emboscada porque eu, logo que era pequena e gorda, queria me relacionar com meninos bonitos. Mas eu sabia que era feia. Não é questão de auto-estima baixa, mas questão de visão real. [...] Eu era mal cuidada, Dani. E quando percebi que para ficar com quem achava bonito, teria que ficar bonita. Decidi me "arrumar". Hoje, eu consigo ficar com pessoas bonitas. Mas estava detonada por dentro. Eu não preciso mais disso. Mas, pensava que poderia me arrumar sozinha. E não, preciso da nutri. Tô feliz de ter ido lá.*

D: Você tem mais algo a dizer aqui para os nossos telespectadores? Pra fechar a sua história?

V: *Ah que minha história não acaba e que isso é legal. Que eu de tudo isso, agradeço pela vida ter me dado a oportunidade de viver intensamente todas as dores e alegrias, que o TA e tudo me trouxeram caminhos únicos, e que a mágica*

⁷² Com 56 kg para 1,70 m de altura, Vivianne está com um IMC de 19, considerado saudável.

de tudo isso é viver nesse limite, tendo a consciência de que posso errar e voltar pra trás, mas a responsabilidade é minha. Bom, acho que é isso ;) ⁷³.

Algum tempo após nossa última conversa de pesquisa propriamente dita, Vivianne me contou que Diogo havia falecido inesperadamente, e que isso a havia afetado profundamente. Durante o processo de luto, que incluiu ter que tomar decisões a respeito do que fazer com vários arquivos digitais de autoria de Diogo que ele havia deixado com ela, a menstruação de Vivianne parou. Ela me disse estar preocupada que isso fosse sinal de alguma sequela do transtorno alimentar. Além disso, teve algumas crises de ansiedade, em que sentia “*estar para morrer*”. Nestas crises também surgia o pensamento que a “*morte iminente*” seria causada por alguma sequela do transtorno alimentar, como se ela fosse finalmente “*pagar por tudo aquilo que fiz com meu corpo*”.

A morte de Diogo trouxe à tona uma série de sentimentos e percepções em Vivianne: o fato de que todas as pessoas, inclusive ela própria, dependem de seus corpos para viver; de que uma parte de si mesma, que havia sido construída na relação com Diogo, havia morrido com ele, e que outra, havia permanecido com ela, pois a amizade com ele a transformara definitivamente. Do mesmo modo, uma parte de Diogo tornara-se legado dela: não apenas por ser a portadora da memória de tudo o que ele compartilhara com ela, mas também textos, arquivos digitais que ele lhe enviara.

Ao lidar com todas estas questões, Vivianne passou por um reajuste de sua percepção de si mesma, sua relação com o próprio corpo e seu lugar no mundo. Contou-me que decidiu marcar esse processo fazendo algumas tatuagens: uma continha a citação de um texto escrito por Diogo, simbolizando a maneira como suas ideias permaneceriam vivas em Vivianne. Outra tatuagem é o símbolo do grupo de ativismo digital que Diogo contribuiu para criar, e do qual Vivianne e vários dos amigos em comum a ambos fazem parte. Outro grande amigo de Diogo, também ativista digital, fez a mesma tatuagem. A segunda tatuagem simboliza não apenas a sobrevivência coletiva de Diogo, mas sua participação no processo de construção coletiva dos demais membros do grupo ao participarem dele.

Além destas duas tatuagens, Vivianne fez mais um conjunto de três, que adquirem significado em conjunto. Duas são coordenadas geográficas de lugares importantes na

⁷³ ;) é um emoticon que representa um rosto piscando o olho esquerdo e sorrindo.

história de Vivianne: no braço direito, “*de um lugar na praia em que os pássaros se alinham logo de manhã*”, e no braço esquerdo, “*do jardim central que fica no gramado na chácara*” de sua família. Nas costas, Vivianne tatuou um código digital, um “*comando*” para “*instalar*” as paisagens referidas nas coordenadas.

Através das tatuagens, Vivianne produz, ao mesmo tempo em que inscreve, uma afirmação de quem ela é. Ao “instalar” as paisagens de dois lugares, em que ela considera ter vivido experiências fundamentais para tornar-se quem é, ela literalmente corporifica seu “lugar no mundo” a partir de elementos de sua história de vida. Fazê-lo através da inscrição de um código é, simultaneamente, afirmar a importância do ativismo digital na constituição de si, e afirmar a capacidade dos códigos de transformar e produzir a realidade.

Depois de ter feito as tatuagens, Vivianne voltou a menstruar normalmente, e ficou muito feliz com isso. Tempos depois, me chamou para conversar por meio de um serviço de mensagens instantâneas:

Vivianne: *Então, eu fiz uma coisa que pode parecer bizarra para muitos, mas, sei lá, pensei muito antes de fazer e tal. Olha o suspense...*

Daniela: Estou suspensa.

V: *Ahahaha. Pois é, eu tinha lido e relido aquele meu relato, que foi pra tua pesquisa. e depois de ficar sem menstruar e tudo mais, eu senti uma necessidade imensa de parar de me negar quanto mulher, porque fiquei bem feliz quando minha menstruação voltou, sabe?*

D: Huhum.

V: *Senti como se fosse minha primeira menstruação, mas por um lado bom. E isso me levou a pensar sobre virgindade. Não sobre perder, essas simbologias, mas de eu ter negado isso um dia, porque queria ignorar algo que me machucava e tal. E eu fui ao médico para reconstituir meu hímen - depois de pensar muitooooo. Porque eu de repente senti que poderia construir uma nova história. Sou maluca, Daniela?*

D: Bom, eu nunca faria isso, rsrsrs. Mas entendo plenamente o seu ponto entendendo a importância de rituais, de marcar momentos importantes na vida.

[...]

V: *É estranho, porque eu ter o hímen não me faz virgem, mas sinto como se eu tivesse recuperado uma coisa que violei um dia, por um estado de situação caótica em que eu era violentada psicologicamente, sabe?*

D: Sei.

V: *Tipo, me fez bem. E acho que pelo processo mesmo. Eu tenho essa necessidade de reconciliações físicas e palpáveis com o corpo. E nem fiz isso pra ser romântico e especial.*

A decisão de Vivianne de reconstituir o hímen por meio de um procedimento médico pode parecer estranha, ou até mesmo contraditória em sua história de resistência contra a imposição de valores de feminilidade convencional. Minha interpretação, entretanto, é de que esse gesto é uma forma de resistência, análogo àquele das lésbicas muçulmanas descritas por Bacchetta (2008), cuja forma de protesto foi não se revelarem como lésbicas e defenderem o uso do véu islâmico.

A primeira declaração de Vivianne sobre a “perda da virgindade”, sobre querer se libertar “*de algo que eu achava que ninguém perde (a virgindade)*” é uma forma de rejeitar a determinação dos critérios do que faz uma mulher pura e íntegra do ponto de vista dessa feminilidade tradicional. Todavia, parte dessa resistência também era vista por ela como um processo destrutivo, de violação e autoagressão: “*mas eu tava mal, porque o Ricardo tinha descoberto que eu tinha ficado com esse amigo em comum, e queria me vingar de mim*”. Assim, a perda da virgindade foi uma transgressão parcialmente frustrada, pois incorporava um elemento punitivo contra a transgressão da feminilidade recatada: foi também um castigo por não ter permanecido “fiel” ao rapaz de quem gostava (Ricardo), em nome de um envolvimento erótico casual destituído de interesses românticos (ficar com esse amigo em comum).

Reconstituir o hímen por vontade própria significa, portanto, reparar essa violação, libertar-se da culpa e da autopunição, ao mesmo tempo em que afirma que sua integridade e seu valor como mulher, materializados no corpo, são uma decisão sua. Nesse sentido, Vivianne não voltou a ser virgem: tornou-se virgem pela primeira vez, segundo seu próprio critério de virgindade.

3. VALENTINA

Valentina tem 29 anos, mora em Belo Horizonte (MG), é solteira, e não tem filhos. Ao concluir o segundo grau, ingressou em uma faculdade de psicologia, mas abandonou o curso. É graduada em comunicação, e estava cursando um mestrado na mesma área, mas que precisou interromper em 2009.

Valentina começou sua história dizendo que sua mãe conta que ela era uma criança muito obstinada. Certa vez, pediu um determinado brinquedo caro, que os pais não tinham dinheiro para comprar. Continuou pedindo o brinquedo em todas as datas de “ganhar presente” (Dia da Criança, Natal, aniversário) até que os pais finalmente juntaram dinheiro e compraram o presente. Ela diz que não fazia birra nem ficava ressentida quando pedia e não ganhava o brinquedo, mas também não desistia de pedi-lo. Ela interrompe a narrativa para observar que começou a história por uma fala da mãe por não se lembrar de muitas coisas a respeito da infância.

Contrastando com essa imagem de obstinada, Valentina relata ter uma imagem de si quando criança de “mosca morta”, ou seja, passiva. Ela conta que outras crianças lhe batiam na escola, que chegava em casa com os óculos amassados, mas não reclamava. Nessa época tinha uns quatro ou cinco anos de idade. Sua mãe, indignada, lhe disse que se chegasse em casa mais uma vez assim e não fizesse nada iria apanhar de novo (desta vez, da mãe). A partir de então ela passou a reagir e não apanhou mais. Essa história baseia-se no relato da mãe, mas Valentina acha plausível, por se lembrar de uma situação semelhante que ocorreu por volta dos sete anos:

Até escrevi isso no grupo⁷⁴ esses dias, da menina que cuspiu na minha cara. A gente tava fazendo fila pra voltar do recreio, e essa menina que já não gostava de mim resolveu cuspir na minha cara. A professora ficou tão indignada com eu não ter nem reagido, eu nem limpei o cuspe da minha cara, que veio me falar: ‘Cospe de volta na cara dela!!!’ Ela me mandou fazer isso! Eu fiz, mas sem convicção... então parece que eu até provocava esse tipo de reação...

Valentina afirma que atualmente, entretanto, ela se identifica mais com a imagem de obstinada do que com a de mosca morta: *“Definitivamente não sou uma mosca morta hoje. Eu tenho que controlar minhas reações pra elas não ficarem muito desmedidas...”*

⁷⁴ O grupo a que ela se refere é o grupo de discussão virtual sobre transtornos alimentares fundado por Bel, através do qual nos conhecemos.

De qualquer forma, se descreve como uma menina bem comportada, em oposição à irmã mais nova, Flávia, que era a *“traquina da escola”*. Ela relata, por exemplo, uma ocasião em que desobedeceu à mãe:

Minha mãe conta que ela tava costurando e que teve que ir a algum outro cômodo. Eu tava lá onde ela tava costurando. Aí ela foi sair e me disse ‘Não mexe na máquina!’. Mas eu fui lá e mexi. e costurei o meu dedinho na máquina. Quando a minha mãe chegou, eu tava lá paradinha com o dedinho costurado. Não tinha chorado, não tinha gritado, não tinha feito nada. Estática. Porque se não era pra fazer arte eu não fazia e ficava com vergonha de ter feito coisa errada. Eu sabia que era errado, então mesmo machucada eu não ia chamar ninguém.

Valentina afirma que a mãe conta outras histórias sobre suas pequenas traquinagens, e como sua reação ao ser flagrada sempre era de vergonha, e de imediatamente retomar a postura de *“quietinha”*. O ar divertido com que a mãe conta essas histórias faz Valentina pensar que seu bom comportamento era um traço de sua personalidade, e não fruto de uma *“repressão”* da mãe.

Outra coisa que seus familiares relatam é que era muito inteligente. Sua avó materna diz que ela falou sua primeira palavra aos três meses de idade, *“Zuleica”*, que era o nome de uma vizinha. Ela atribui essa história mais à expectativa da avó do que à realidade. Segundo Valentina, a expectativa sobre sua inteligência tinha um antecedente: *“Minha avó teve um filho que era tido como super dotado, que tinha sido ‘diagnosticado’ como tendo uma inteligência muito superior a média. Esse filho morreu quando eu tinha 5 anos.”* Ela considera esse tio importante, pois seus familiares sempre a comparam a ele. O tio morreu em consequência de um câncer no cérebro, e ela afirma que foi uma perda dolorosa, e que ainda hoje, sempre que se referem a ele, ficam com a voz embargada.

Essa avó lhe era muito próxima. Sua mãe trabalhava muito, e a partir dos três meses de idade, ficou sob os cuidados da avó. Dizem que era um bebê muito quietinho, não chorava, dormia com facilidade. Segundo Valentina, há sempre histórias sobre suas habilidades extraordinárias na infância: falar aos três meses, contar aos dois anos. Ela afirma que hoje não acredita muito nessas histórias, e que essa dúvida está relacionada à postura de auto-avaliação que tem no presente:

É que no fundo, quando se trata de me avaliar, eu sempre penso: ‘Se eu consegui tal coisa, ah, eu consegui, é medíocre, era pra ser conseguido mesmo, não fiz mais que a obrigação...’ Nunca é uma vitória... Mas se eu não consegui tal coisa, é uma derrota, eu sou inadequada, etc. então estou talvez me avaliando enquanto bebê

com esses mesmos óculos, não sei... talvez os outros estejam me supervalorizando, talvez eu esteja me desvalorizando demais... não consigo ter noção disso direito... O caso é que eu sinto como se houvesse muita expectativa e que essas coisas que me contam não sejam assim tão fenomenais quanto meus familiares alardeiam.

Outra história extraordinária sobre a infância de Valentina acontece antes mesmo de seu nascimento:

Minha mãe conta que eu fui um bebê muito desejado, esperado... Minha mãe tinha muita vontade de ter filhos, queria ter uns 8 se tivesse jeito! Quando ela descobriu que estava grávida, ela diz que tinha uma ligação muito forte comigo... diz que conversava comigo enquanto eu tava na barriga dela. E aos 3 meses de gravidez, sei lá, ela disse que eu ‘disse’ a ela que eu era uma menina, seria ruiva e iria me chamar Valentina. O interessante é que eu sempre gostei do meu nome, ao contrário da maioria das crianças mesmo... e minha mãe sempre dizia que não tinha como não gostar porque tinha sido eu quem tinha escolhido...

Ser ruiva é uma característica física que Valentina sempre descreve como positiva, como um sinal de distinção e marca de sua singularidade. O fenótipo ruivo é extremamente raro no Brasil, e ela também é a única ruiva de sua família. É interessante que nessa história o fato de ser ruiva apareça associado com seu nome – de que ela gosta, e que segundo a história, ela mesma escolheu.

Mas há uma outra coisa que Valentina considera como um verdadeiro feito de sua infância, do qual ela se lembra: ter aprendido a ler sozinha. Ela conta que, quando tinha seis anos e estava aprendendo a ler, seus pais se separaram. Segundo ela, seu pai é alcoólatra, e batia em sua mãe:

E um dia ele bateu novamente nela e ela meio que fugiu de casa comigo e a Flávia. Então nesse dia minha mãe fugiu, eu e minha irmã também não sabíamos o que estava acontecendo, perguntávamos, mas minha mãe não respondia, ela tava usando uns óculos escuros... e pegou um táxi e foi pra casa dos meus avós, muito transtornada e sem nos dizer nada...

Seus avós as levaram para seu sítio, em uma cidade próxima. Ela e a irmã ainda estavam sem saber o que estava acontecendo, quando chegou ao sítio um táxi, com um bilhete do pai para sua mãe, dizendo que a perdoava e que ela devia voltar para casa imediatamente. Nesse momento, ela comenta sobre o pai: *“Ainda é cínico o infeliz...”* Após a chegada do bilhete, a mãe explicou às filhas o que estava acontecendo, tirou os óculos e mostrou a elas o olho roxo, dizendo que não voltaria para casa. A partir de então ela, a mãe e Flávia passaram a morar na casa dos avós maternos.

Nessa época, sua mãe estava sem emprego, pois seu pai exigira que ela parasse de

trabalhar após o nascimento de sua irmã, um ano e quatro meses mais nova. Já era por volta de agosto ou setembro, e a casa dos avós ficava do lado oposto da cidade. Nesse contexto de crise, com a mãe procurando emprego para criar as filhas sozinha, as meninas acabaram não indo muito à escola.

Eu fiquei com muito medo de não aprender a ler, e aí comecei a tentar aprender em casa sozinha, com o que eu já tinha visto na escolinha no primeiro semestre. Eu aprendi tanto, que me lembro que quando eu entrei na primeira série, eu reclamava muito dos coleguinhas, porque eles não sabiam ler direito. Que tinha as leituras em grupo que era aquela coisa o- ma-ca-co-foi-a-li...

Enquanto os avós maternos ofereciam moradia e ajuda financeira, a mãe de Valentina estudava para prestar concursos públicos e vestibular para Direito:

Passou nos dois. Cursou direito, e formou-se quando eu tinha uns 13 anos. E enquanto estudava, trabalhou na secretaria da fazenda do estado como funcionária pública. Diferentemente do meu avô, o cargo dela parece que não oferecia muita condição de ascensão/acúmulo. Ou talvez a situação dela estivesse muito bagunçada (minha mãe é extremamente descontrolada com gastos). Era apenas suficiente pra viver, e minha mãe não conseguiu estruturar muito a vida dela.

Mesmo com emprego, sua mãe ainda dependia dos seus próprios pais. Quando se formou em direito, a mãe entrou em um programa de demissão voluntária, que lhe rendeu dinheiro suficiente para abrir um escritório de advocacia com o avô de Valentina. Entretanto, a carreira profissional da mãe parece ter sido motivada mais por necessidade econômica do que por um projeto pessoal:

A vontade dela nunca foi estudar direito. Ela sempre fala algo como arquitetura... Mas ela estudou direito porque era o que tinha a mão. E porque a família tem alguns advogados, talvez por isso ficasse mais fácil. Não sei, sinto que meus avós escolheram o curso para ela. Eu sei que ela se sujeitou a muita coisa porque dependia deles financeiramente, mesmo tendo seu emprego de funcionária pública.

Eu perguntei se após a separação ela havia rompido totalmente o contato com seu pai. Ela conta que até seus doze, treze anos de idade, ela e a irmã viam o pai a cada quinze dias, nos fins de semana, conforme a determinação judicial.

Nessa época a gente (eu e a Flávia) chegou pra ele e falou que o lance da bebida tava atrapalhando, tava difícil, porque ele bebia demais quando a gente tava lá e que queríamos que ele fizesse algo com relação a isso (de preferência parar de beber). Mas aí ele respondeu que a bebida era a alegria da vida dele e que não podia parar. Então falamos pra ele 'Beleza, fica aí então com sua alegria' e nunca mais voltamos...

Ela faz uma pausa, e diz que aos 20 anos de idade, voltou a se relacionar com o pai

por um ano:

Porque ele tinha tentado o suicídio e eu fiquei com muita pena dele, da vida dele. Ele não tinha ninguém pra ficar com ele no hospital, ninguém... fiquei com muita dó... e aí fiquei com ele no hospital e depois eu continuei vendo ele durante 1 ano. E nesse 1 ano ele ficou sem beber (pelo menos nunca bebeu na minha frente). Mas depois de 1 ano ele voltou a beber, voltou a ligar pra minha casa pra dizer baixarias, me xingar etc. E eu deixei de vê-lo novamente.

Retomando a narrativa de sua infância, Valentina conta sobre algumas de suas brincadeiras favoritas. Em uma delas, ela era a “Rainha do Universo”, e sua irmã, a princesa. Em outra, era uma apresentadora e diretora de programa de televisão, e a irmã era a ajudante. Havia muitos jogos inventados, sempre sob sua direção criativa e sua imaginação. Também conta que inventava habilidades para impressionar Flávia, fingindo saber fazer contas com raiz quadrada, ou falar outras línguas. Ela não gostava de brincadeiras tipicamente femininas, como brincar de boneca, mamãe e casinha. As únicas brincadeiras de boneca que ela relata são com bonecas tipo “Barbie” – que representam mulheres adultas.

Embora ela gostasse de boneca “Barbie”, ela tinha apenas uma boneca “Xuxa”, pois era uma similar mais barata – e não porque ela fosse particularmente fã da “Xuxa”. Ela gostava de fazer roupas para a boneca, mas, como não sabia costurar, as roupas que fazia pareciam “de mendiga”. Por outro lado, havia as “roupas prontas” de boneca, bonitas e elegantes, compradas pela mãe:

Mas então: as histórias, dado que as roupas eram de mendiga, geralmente eram que ela era pobre, uma coitada, vivia na rua, sozinha e tal. E aí aparecia um cara ótimo pra salvar ela e ela vestia a roupa que era comprada, a roupa bonita! Poxa, essas histórias são uma lástima pras minhas políticas feministas de hoje, mas eram assim! Tenho até vergonha!

Ela também conta que esses mesmos enredos eram usados para brincadeiras em que ela assumia o papel que era atribuído à boneca.

Outro brinquedo que marcou sua infância foi o videogame Atari, que ganhou por volta dos cinco anos de idade:

Antes disso eu só lembro de ter ganhado um atari, foi aos 5 anos, que também não é um brinquedo muito típico de menina... mas eu amava! E meu pai, que trabalhava como bancário, sempre viajando, sempre trazia alguma fita nova de atari pra mim... no final (tipo até os 12 anos) eu tinha umas 200 fitas de atari... eu tinha poucos brinquedos, mas videogame era apaixonada!

Sobre a o Atari, não ser um brinquedo típico de menina, ela afirma:

Videogame é um brinquedo todo muito masculino... da forma fálca do joystick⁷⁵ ao conteúdo dos jogos mesmo [...] é uma porta de entrada pro universo dos meninos! Mas não sexualmente falando, mas pra você conseguir ser entendida por eles... acaba ganhando respeito! É assim até hoje, porque eu continuo gostando de videogame (bem menos, é verdade).

Mesmo gostando de algumas “coisas de menino”, Valentina considera que sua postura não se relaciona com uma “vontade de ser menino”, nem do ponto de vista de gênero, nem do ponto de vista sexual. Sua escolha de brincadeiras se relacionava mais com a vontade de exercer sua imaginação, criatividade e liderança, de ser admirada e respeitada – e algumas das brincadeiras mais masculinas serviam melhor a esse papel. As brincadeiras tipicamente femininas, de boneca, mamãe e casinha, lhe pareciam desinteressantes. Mesmo quando brincava de boneca, as brincadeiras diziam respeito à ascensão social e a um ganho de poder, ainda que pela via do casamento. Mas, por outro lado, as brincadeiras físicas tipicamente “masculinas”, como o futebol, não lhe atraíam: *“As minhas brincadeiras eram meio unissex no fim... porque era tudo inventado [...] não gostava de boneca, nem de carrinho. Nem de coisas mais físicas, tipo corre corre, pega pega... eram as minhas brincadeiras... que não eram femininas, nem masculinas na minha opinião!”*

Outro aspecto a ressaltar da descrição de Valentina sobre si quando criança é o fato de ser uma menina muito falante, embora retraída socialmente, com poucos amigos. Suas principais companheiras de brincadeira eram Flávia, sua irmã mais nova, e sua prima Marina, que morava na vizinhança. Marina não era prima de primeiro grau, mas filha de um primo paterno de sua mãe.

Não me enxergo como tímida enquanto criança. Na verdade acho que o mais certo seria dizer que eu era retraída socialmente. Tímida eu nunca fui. Sempre fui mais pra desinibida, gostava de falar, conversar com todo mundo. Minha mãe conta que quando eu tinha sei lá, 3 meses de idade, eu ouvia todo mundo conversando, mas não sabia conversar e ficava desesperada... Começava a falar qualquer coisa, como se tivesse conversando, incessantemente. Muito mesmo. Queria participar das conversas. E quando pequena, era muito falante mesmo. Gostava disso. Ainda gosto muito. Mas é que quando criança eu também era assim. Acho que nunca fui tímida mesmo. Eram problemas mais de socialização mas que não necessariamente tinha a ver com timidez.

⁷⁵ “Joystick”, que traduzido literalmente significa “vara da alegria”, era o nome do controle usado para jogar Atari, e vários dos videogames que surgiram em sua esteira nos anos subsequentes. Era composto por uma vara vertical e uma base com um botão.

Um fato marcante de sua infância é que aos seis anos perdeu a visão de um olho, ao pegar catapora: *“Aos 6 anos de idade eu tive catapora, e deu uma bolinha da catapora na córnea do meu olho direito. Daí eu perdi a vista desse olho.”* Ela lembra de visitas ao oftalmologista com a mãe, e de ganhar sorvete em seguida: *“Porque ela [a mãe] ficava muito triste e queria me compensar de alguma forma... (eu não ficava triste, acho que mal entendia o que isso queria dizer, isso de perder o olho)”*.

Em função do olho, Valentina precisou fazer um tratamento com cortisona injetável por vários anos, o que a levou a ganhar muito peso. Ela diz que antes do tratamento era magrinha, mas sabe disso através de fotografias, pois não se lembra. Ela também diz que após o fim do tratamento, não perdeu peso, e atribui isso à rotina na casa da avó.

Passei a usar a expressão “casa da avó” para me referir à casa dos avós maternos de Valentina por ser a expressão que ela mesma usa. Em determinado ponto do relato, ela observou que se esforçava para usar a expressão “casa de meus avós” em lugar de “casa da minha avó”, pois queria deixar claro que tanto o avô quanto a avó moravam lá. Sobre essa questão da denominação da casa, ela comenta: *“Isso é relevante porque na minha visão minha avó é o homem da casa... assim como eu... ela é a quem tem a palavra (nesse sentido que nós somos o homem da casa)”*.

A avó também parecia ser o homem da casa no gerenciamento das finanças. Valentina afirma que os avós ascenderam socialmente através do trabalho. Sua avó veio de uma família simples, e sequer terminou o ensino secundário: *“Minha avó, na juventude, fazia alguns bicos, alguns trabalhos - inclusive com fotografia, não sei se foi daí que conheceu meu avô - mas depois de casada, foi (oficialmente) apenas do lar.”* O avô fora fotógrafo, mas ao se casar, tornou-se fiscal da fazenda através de concurso público. Com o dinheiro que foram economizando, compraram terrenos e construíram imóveis que passaram a alugar. Segundo Valentina, era a avó quem gerenciava esses investimentos, da construção dos imóveis aos aluguéis: *“Embora ela fosse do lar, percebo ela como uma gerente. E que gosta muito de empreendimentos. Essas casas todas foram construídas por ela. 5 casas. Ela mesma diz que se tivesse tido a oportunidade de estudar, gostaria de ter sido engenheira civil.”*

Ela descreve a casa da avó como *“um lugar muito cheio de gente e de coisas”* – diz

que a avó tem mania de juntar “cacarecos” – muito desorganizada. Ela, sua mãe e sua irmã dividiam uma cama de três andares em um quarto. Foi nesta época sua mãe entrou em uma faculdade de direito e passou em um concurso público. Trabalhando e estudando, passava pouco tempo em casa. A desorganização também reinava nas refeições: não havia mesa posta, a comida ficava na cozinha, cada um servia o próprio prato e ia comer no quarto. Ela também conta que havia muito biscoito recheado, e que ela e a irmã podiam comer quando quisessem. Quanto à casa do pai, ela diz que ele comprava muitos doces, chocolates e balas, iam sempre a restaurantes. Descreve os hábitos alimentares na casa do pai como “*meio orgia*”, e que saía de lá “*meio passando mal*”.

Assim, aos 12 anos, ela conta que era “*muito gorda*”, com 1,68 m de altura, pesava “*uns 80 e poucos quilos*” e vestia roupas de adulta. Também conta que a mãe e a irmã também estavam acima do peso, embora a irmã fosse mais magra do que ela. Lembrou-se de uma fotografia: “*Lembrei de uma foto, na formatura da minha mãe... Lembro da minha família falando que ela [a irmã] tava parecendo a Lady Di de tão elegante, charmosa. E eu tava horrível*”⁷⁶.

Até começar a perder peso, Valentina tinha muitos ciúmes da irmã, que era considerada mais bonita e de temperamento mais afável. A irmã era mais magra, e desenvolveu características corporais femininas mais cedo, e menstruou antes da irmã, aos onze ou doze anos. Isso foi motivo de muito ciúme para Valentina, pois sua mãe parecia dar valor ao evento, e até tirou uma fotografia de Flávia nesse dia.

Valentina conta que a mãe parecia valorizar positivamente a menstruação como um marcador de feminilidade. Valentina, por sua vez, aguardava sua primeira menstruação com ansiedade – o que ocorreu apenas um ano após a da irmã mais nova. Sua mãe não deu nenhuma atenção especial ao fato, o que foi motivo de grande ciúme – novamente – em relação à Flávia.

Flávia também deu seu primeiro beijo antes de Valentina, tendo seu primeiro namorado aos onze anos, com um menino um pouco mais velho, da natação. Sua mãe não gostava muito da ideia do namoro, por considerá-la muito nova. Já Valentina, novamente,

⁷⁶ “Lady Di” é uma referência à princesa Diana, que foi casada com o príncipe Charles, herdeiro do trono inglês. Ela era considerada um ícone de beleza. Ironicamente, mais tarde, após divorciar-se do príncipe, revelou sofrer de bulimia.

morria de ciúmes, e conta que fazia de tudo para estragar o namoro da irmã. Além de contar à mãe tudo o que a irmã fazia, Valentina começou a desdenhar do namorado de Flávia, alardeando o fato de que o menino era “*gordo, muito gordo*”. Dizia à irmã que ela só estava com ele por não conseguir “*ninguém melhor*”.

Valentina conta que seus comentários desdenhosos a respeito do peso do namorado de Flávia eram feitos sobretudo na presença da avó de ambas. Segundo ela, a avó criticava muito as “*pessoas gordas*”, e exortava a filha e as netas a emagrecerem, dizendo que elas eram jovens demais para “*estragarem*” seus corpos dessa forma (sendo gordas).

Por volta dos doze anos de idade, Valentina era tida como “*nervosa*” e “*briguenta*”, traços que frequentemente eram usados para associá-la à personalidade do pai. Essa associação com o pai tornava-se mais intensa pelo fato do nome de Valentina ser a versão feminina do nome de seu pai. Ela não gostava de ser associada a ele, mas ao mesmo tempo, não queria ser a “*mosca-morta*” do início da infância. A agressividade, entretanto, era extravasada sobretudo dentro de casa. Na escola, Valentina descreve-se como retraída, com poucas amigas. Sobre isso, diz:

Eu acho sinceramente que era porque eu era gorda. Isso acho até hoje. Criança tem muita dificuldade de lidar com o diferente e lidam com o diferente com escárnio. E era assim que lidavam comigo, a ruiva, que gostava de estudar, ligeiramente tímida, e gorda, muito gorda. E usava óculos.

Quanto ao desempenho escolar, ela diz que continuou fazendo jus à fama de inteligente, tirando sempre as melhores notas, mesmo que não passasse muito tempo estudando ou se esforçando para isso, embora fosse “*quietinha na aula*” e nunca tenha sido “*bagunceira*”.

Sua mãe atribuiu o nervosismo e a agressividade ao fato de que a maior parte de suas atividades eram “*mentais*”: não gostava de praticar esportes, passava muito tempo lendo, jogava xadrez na aula de Educação Física. A mãe insistiu que Valentina começasse a praticar alguma atividade física para controlar seu temperamento. Querendo evitar a identificação com o pai, ela concordou em fazer natação, mesmo contra sua vontade. Foi através da prática da natação que Valentina ampliou um pouco seu círculo de amigos.

Entre os dez e doze anos de idade, ela relata ter sofrido de um problema de saúde – o que é um episódio à parte em sua história, e que ela considera muito importante,

sobretudo no tocante à sua relação posterior com médicos e a medicina. Entre os dez e doze anos, ela sofreu de sucessivas infecções no trato urinário. Eram infecções graves, que provocavam fortes dores abdominais.

Foi uma longa peregrinação por vários médicos, em que Valentina foi submetida a incontáveis exames e tratamentos - mas em vão. Ninguém conseguia identificar a causa do problema, e as infecções se repetiam. Quando contava 12 anos, foi submetida a um exame invasivo, que finalmente determinou a causa do problema.

Valentina conta que, a essa altura, já estava cansada de ir a médicos e de fazer tantos exames, e só o fazia obrigada pela mãe. Quando foi fazer esse exame, entrou em pânico. Foi despida, e prenderam seus braços e as pernas abertas. Sua mãe teve que ajudar a segurá-la. O médico introduziu um cateter em seu canal urinário, e injetou um contraste. Ela gritava e chorava, e sentia muita dor. Define a experiência do exame como um “*estupro*”.

O exame detectou que Valentina nascera com os ureteres, canais que ligam os rins à bexiga, duplicados – o que provocava um refluxo de urina e causava as infecções. Após um tratamento medicamentoso, os problemas cessaram. Para seu grande alívio, não foi necessária uma cirurgia.

A experiência traumática do exame fez com que Valentina se tornasse receosa e crítica à medicina e a tratamentos médicos, como se pelo simples fato de ser um procedimento médico a situação fosse despida de sua carga de violência, e Valentina ficasse desautorizada a resistir. Em nome da medicina e da saúde, seu “*estupro*” fora autorizado, e contara com a cumplicidade de sua mãe – como Valentina relata ter vivido a situação.

Retomando a narrativa do ponto anterior, foi através da natação que Valentina começou a expandir um pouco o círculo de amigos. Ela, sua irmã e sua prima Marina – suas principais companheiras de brinquedo – já haviam organizado pequenas festas na casa da prima. O pai de Marina era empresário de shows, e sua casa, espaçosa e cheia de acessórios, como luzes e fumaça de glicose, era um lugar ótimo para organizar festas. Os participantes eram ela, a irmã, a prima, uma prima da prima, o irmão da prima e alguns amiguinhos dele. Ela descreve essas ocasiões como “*muito legais*”, mas “*bem infantis*”: “*Não tinha ninguém tipo paquerando ninguém, ou ninguém querendo ficar com ninguém*”.

Valentina havia entrado na natação há pouco tempo quando ela, a irmã e a prima resolveram organizar uma festinha maior, e cada uma fez sua lista de convidados. Valentina convidou algumas amigas da escola e os amigos da natação. A maioria dos convidados eram meninas, mas entre os amigos da natação, havia dois meninos. Depois da festinha, Valentina passou a “gostar” de um deles, o Paulo.

Esse tipo de festa, também conhecido como “bailinho”, já foi citado anteriormente, na história de Bel. Eram normalmente organizadas na casa ou no salão de festas do prédio de alguém, e davam certa privacidade aos adolescentes – normalmente havia adultos por perto, mas ficavam em ambientes distintos. Havia música para dançar, e as músicas eram basicamente de dois tipos: as “rápidas” e as “lentas”. As músicas lentas deviam ser dançadas em casais, e costumavam ser o clímax dos bailinhos, por possibilitarem os flertes entre os meninos e as meninas, através dos convites para dançar.

Valentina conta que queria dançar com Paulo, e que estava muito ansiosa com isso, perguntando às amigas se deveria convidá-lo. Finalmente, ela colocou uma música lenta para tocar e o convidou, mas ele se recusou, e ela deduziu que fosse por vergonha. Entretanto, diz que, mais tarde, durante a festa, viu alguns meninos, incluindo Paulo, zombando dela, por causa de seu peso. Isso a deixou mais triste do que a recusa ao convite para dançar.

Nessa festa também foi a primeira vez que ela viu alguém “ficando”: uma das amigas da Marina, mais desinibida e um pouco mais velha, ficou com um vizinho. Depois, as meninas formaram uma roda em volta dessa menina e ficaram fazendo perguntas. Valentina lembra de estar muito curiosa, querendo saber como era beijar: “*Ela respondeu que era estranho, que ficava rodando a língua e que de vez em quando limpavam uma babinha no canto da boca!*” Ela também se lembra que, após a ocasião, perguntou a respeito do que era “beijar bem”.

Depois desse incidente, Valentina decidiu que queria “ficar” com Paulo, e que gostava dele, a despeito da zombaria sofrida. Embora todos os amigos de ambos soubessem do interesse dela, ninguém falava nada a respeito. Ela e Paulo eram amigos, ela frequentava a casa dele, jogavam sempre videogame, eram parceiros nos jogos, faziam campeonato de

“truco”⁷⁷. Valentina diz que o interesse de Paulo por ela era apenas amizade, e que seu relacionamento “*era totalmente não sexualizado*”, e que seu interesse romântico por ele era unilateral.

Segundo ela, esse padrão prosseguiu por três anos: “*e nesse meio tempo, criei uma teoria do porquê ele gostava da minha companhia, me fazia ser parceira dele em tudo, mas não queria ser meu namorado nem de brincadeira: era porque eu era gorda*”.

Essa “teoria” encontrava base no comportamento de Paulo em relação à Valentina:

Ele falava que eu era gorda mesmo, não tinha como pensar muito diferente. Eu não entendo nem como eu era amiga dele, porque ele me inferiorizava muito... ria de mim em várias situações, especialmente as corporais... então dizia que eu era gorda... que eu tinha sobrelance de taturana etc.

Ela diz que não era apenas “*apaixonada*” por Paulo, mas “*obcecada*” por ele, e que por esse período era ele a fonte de todas as atenções. Por este motivo, na esperança de ter alguma chance de um relacionamento com Paulo, Valentina decidiu emagrecer, por conta própria. Na desorganização das refeições na casa de sua avó, ela já havia se habituado com não tomar café da manhã. Decidiu, por conta própria, parar de comer arroz e feijão, e passou a comer apenas carne e verdura no almoço. No jantar, se estivesse com muita fome, comia um macarrão instantâneo, preparado por ela mesma. Se a fome era menor, comia apenas uma fruta. Assim, em pouco mais de um ano, perdeu 30 kg.

Valentina associa diretamente seu emagrecimento com a conquista de um corpo com formas femininas, talvez pela coincidência entre sua maturação sexual e o período em que emagrecia. Antes de emagrecer, não via seu corpo como feminino, mas apenas como “*um corpo gordo*”. Não via muita diferença entre seus seios e outras “*dobras de gordura*”, e não tinha cintura. Apenas com o emagrecimento começou a perceber em seu corpo contornos femininos, os seios, a cintura e os quadris.

Em sua obsessão por Paulo, ela procurava modificar-se de todas as maneiras para agradá-lo: ele criticava suas sobrelances, e ela passou a depilá-las.

Um dia eu li numa revista que o que seduzia os ‘homens’ de Áries (ele era ariano) eram as pernas e que eles não resistiam a meias calças... pois eu fui pra natação de

⁷⁷ Truco é um jogo de baralho em duplas, em que faz parte da performance dos jogadores desafiar a dupla adversária com gritos e batendo na mesa. Por isso mesmo é um jogo considerado ‘masculino’, embora não seja incomum atualmente que mulheres, sobretudo entre grupos de estudantes, também joguem.

meia calça fumé! [...] O funcionamento básico era isso: o que ele reclamava que tava errado em mim eu ia lá e consertava, seja lá o que fosse.

Outra coisa que Valentina consertou por causa de uma crítica de Paulo foi seu estrabismo. Após ter perdido a visão do olho direito por conta da catapora, Valentina ficou com esse olho estrábico, e passou a cobri-lo com o cabelo. Após um comentário de Paulo, o estrabismo do olho direito passou a realmente incomodá-la: *“Eu sentia muita raiva por ser assim”*. Ela relatou o incômodo ao oculista, que recomendou que ela parasse de cobrir o olho com o cabelo, para que ele recuperasse um pouco da mobilidade – perdida pela falta de uso. Além de seguir a recomendação do médico, Valentina passou a ficar horas em frente ao espelho, *“treinando”* para que o olho voltasse à posição normal:

Eu ficava no espelho falando coisas do tipo "mexe, anda, que raiva!". Eu fiquei ainda um pouco estrábica, o que continuava sendo motivo de chacota pra ele [Paulo]... mas isso se corrigiu com o tempo, sem o lance do espelho. Hoje ninguém acredita que sou cega [do olho direito].

Valentina avalia esse seu comportamento em relação a Paulo como *“contraditório”*. Se por um lado ela se mostrava extremamente determinada e disciplinada para fazer as mudanças em si mesma, ela o fazia apenas para atender o que imaginava ser o desejo do outro. Assim, sua iniciativa e capacidade de agir não necessariamente significavam uma conquista de autonomia ou independência, como ela mesma reconheceu.

Conforme foi emagrecendo, Valentina passou a receber mais convites para participar de trabalhos, em grupo, frequentar a casa dos amigos. Segundo ela, *“passaram a notar minha existência”*. Ela também começou a *“passar cola”* aos colegas (para Paulo, inclusive) durante as provas da escola. E, apesar de ter sido pega e punida algumas vezes por isso, continuava a fazê-lo porque *“achava que era o único jeito das pessoas continuarem gostando de mim”*.

Passarem a notar sua existência foi algo muito importante para Valentina. Por muito tempo, sentiu-se invisível – sobretudo para a mãe, que parecia notar mais a irmã mais nova. Através de Paulo, tornou-se visível de alguma forma, mas sobretudo por seus “defeitos”, que ele fazia questão de notar frequentemente. Quando emagreceu, tornou-se visível em um sentido mais positivo: aos seus próprios olhos, que passaram a discernir as formas femininas em seu corpo, e aos olhos dos demais, que passaram a manifestar mais interesse por ela.

Em sua casa, todos a consideravam “*muito forte*” por ter conseguido perder tanto peso. Valentina lembra-se de explicar seu método de emagrecimento⁷⁸ incontáveis vezes para a família e os amigos, pois todos queriam saber como ela conseguira perder tanto peso.

Nessa época, o tema principal das conversas com as amigas eram as “ficadas” e os “beijos”, e ela sentia vergonha por nunca ter beijado ninguém.

E eu achava que tinha que dizer que já tinha beijado, porque todo mundo dizia que já tinha - incluindo o Paulo, que jurava de pé junto, mas eu vivia com ele e nunca tinha visto! Então eu meio que mentia também, dizia que tinha beijado um menino na praia, há muito tempo, pra não ter chance de ninguém descobrir nada... mas ficava muito infeliz com isso porque meu desejo era que meu primeiro beijo fosse com o Paulo, e queria que ele soubesse disso também, que ele tinha sido o primeiro...

Valentina se descreve como uma pessoa muito competitiva nesse período, e que competia inclusive com Paulo:

Então além de me envolver em atividades que eram mais de menino nessa época (do tipo jogar vídeo game, truco etc.) Eu era competitiva na escola também. (Não em esportes, continuava horrível). [...] é que eu fazia tudo o mais certinho possível, eu ia no limite mesmo.

Em uma dessas reuniões na casa de uma colega, a menina decidiu fazer hambúrgueres para todas. Valentina declinou, dizendo que não podia comer, pois estava de regime. Mas, por insistência das amigas, acabou comendo mesmo contrariada.

Voltei pra casa depois, a pé (todo mundo morava no bairro) muito irritada com aquilo, puta mesmo. Adivinha então o que fiz quando cheguei em casa? Pois é, vomitei... foi a primeira vez. Eu vomitava com taaaanta raiva! Eu ficava repetindo pra mim mesma que ninguém me obrigava a comer o que eu não queria! E tipo as lágrimas por forçar vomitar escorriam, e eu repetindo isso na minha cabeça... (mega dramático). Na verdade, eu não estava ligando se eu ia ou não ficar mais gorda ou mais magra. Eu efetivamente e claramente estava com ódio porque não queria comer. Não era a minha vontade. E não queria que ninguém me obrigasse a fazer o que eu não queria. E ponto final.

Essa passagem a respeito do primeiro vômito provocado é interessante, pois contém os elementos essenciais da descrição de Valentina a respeito de sua relação com a purgação. Ela sempre afirma, em nossas conversas, mas também em suas participações no grupo de discussão virtual, que seus episódios de vômito provocado não têm ligação direta com “sentir-se gorda” ou achar que vai engordar. Ela afirma ter desejo de vomitar, e essa

⁷⁸ Como foi mencionado, ela não tomava café, almoçava apenas carne e verduras, e, no jantar, comia uma fruta ou um macarrão instantâneo, caso estivesse com muita fome. Além disso, fazia natação três vezes por semana.

vontade está relacionada ao sentimento de raiva, e não à culpa por ter comido descontroladamente, nem como tentativa de emagrecer. Valentina não relatou, até o momento, nenhum episódio de compulsão alimentar. Essas características fazem com que seu transtorno alimentar, ao menos nessa fase inicial, esteja próximo dos critérios diagnósticos de uma “bulimia atípica”⁷⁹.

A indução do vômito não passou a se repetir imediatamente após esse primeiro episódio. Da segunda vez em que provocou o vômito, Valentina julgava estar sofrendo de “congestão”. Ela fazia natação após o almoço, e existe a crença popular de que nadar logo após comer faz mal a saúde e pode provocar a “congestão” – descrita como “a comida parada no estômago” ou mesmo “querendo voltar”.

Ela conta que almoçou normalmente e foi nadar, mas ficou com uma

sensação de peso⁸⁰ na barriga, uma sensação horrível, parecia que eu ia morrer. Depois da natação, voltei pra casa ainda com essa sensação de peso horrível... Fui tomar um banho pra ver se melhorava. Sei lá porque, durante o banho eu comecei a pensar que eu estava com congestão e que talvez morresse se não fizesse nada. Meu avô sempre dizia que era perigoso congestão, que era quando a comida ficava no estômago...

Ela relata que provocou o vômito sob o chuveiro mesmo, e que a sensação de peso passou, levando a um grande alívio. Diz ter ficado impressionada com o fato de a comida ingerida no almoço, cerca de quatro horas antes, ainda estar no estômago – o que reforçava suas suspeitas de estar com “congestão”. Depois, relatou o episódio à mãe: “*‘Mãe, eu quase morri hoje! Eu almocei, fui nadar, mas tava passando mal, com congestão e aí voltei pra casa e forcei a vomitar, e tava tudo lá mesmo parado na minha barriga!’*” Sobre a reação da mãe, ela diz: “*Acho que ela só falou ‘É mesmo? Que bom então né, que já passou’. Ela nem ligou...*”

Fica evidente que a mãe não levou a sério a fala da filha, por não acreditar que ela estivesse realmente “morrendo de congestão”. Mas Valentina diz que realmente estava com medo de morrer, e que sinceramente achava que havia se salvado ao vomitar. Por isso se

⁷⁹ Ver Anexo I.

⁸⁰ A sensação de peso no estômago e de desconforto físico após comer é frequentemente relatada por pessoas com bulimia e anorexia. No meio médico, discute-se se essas afirmações são pretextos para justificar a evitação dos alimentos ou sua purgação, ou se são a tradução somática da culpa pela ingestão de alimentos e do medo de engordar. De qualquer forma é uma característica bastante descrita, constando inclusive do que se considera como a primeira descrição na literatura médica da anorexia nervosa, por Charles Laségue, em 1873.

surpreendeu com a indiferença da mãe. O episódio da “congestão” se repetiu mais umas duas vezes, e ela o relatou novamente para a mãe.

Valentina não sabe ao certo quando passou a vomitar constantemente. Diz que nesse período suas lembranças a esse respeito estão “*embaçadas, borradas*”, mas que supõe que tenha se tornado um hábito forçar o vômito para “*se livrar da congestão*”. Não menciona quando a “congestão” deixou de ser um motivo relevante para os vômitos.

Ela conta que após ter perdido cerca de 33 kg, começou a se achar “*flácida*”. Diz que Paulo dizia que ela “*parecia uma gelatina*”. Nesse momento, além da natação, Valentina passou a fazer hidroginástica, duas vezes por semana, e musculação, três vezes por semana.

Embora estivesse já praticando atividades físicas em excesso, Valentina conta que todos a admiravam por sua disciplina: “*Tudo com a aprovação geral. Não era só aprovação. Era aplaudida. Era mais que aprovação. [...] Muito melhor do que ser a primeira da escola!*”

Por outro lado, emagrecer não fora suficiente para que a atitude de Paulo mudasse em relação a ela: “*Eu já tinha perdido peso, e isso não adiantou nada... e ele começou a se interessar por uma menina de verdade...*” Quando ela estava com quatorze anos, quase quinze, Paulo passou a se interessar por uma colega da natação:

... mas então ele começou a se interessar por uma menina de verdade. Uma menina que eu conhecia, era colega da natação. Lenita o nome dela. E a Lenita tava interessada nele também, mas tava aquele chove mas não molha... eu ficava tentando controlar, vigiar pra ver se os dois iam ficar... eu tentava impedir que isso acontecesse, ficava sempre por perto, evitava que os dois ficassem juntos sozinhos... não dava oportunidade!

Achei sugestiva a frase “*e ele começou a se interessar por uma menina de verdade*”, que Valentina repete duas vezes. Evidentemente, é uma alusão ao fato de que até o presente Valentina nunca havia visto Paulo se interessar por ninguém. Embora ele dissesse que “*já havia beijado*”, Valentina supunha que deveria ser mentira, pois nunca vira nada. Mas fiquei pensando também se a frase não poderia ter outro sentido, talvez mais inconsciente: talvez, aos olhos de Paulo, Valentina não fosse uma “menina de verdade”, por quem ele poderia se interessar romanticamente. Ele sabia do interesse dela, mas a tratava com desdém, ao passo que fazia dela sua companheira de jogos e atividades, que tendiam a

ser mais “masculinas” (“truco”, videogame etc.). Perguntei à Valentina se ela concordava com essa interpretação, e ela respondeu que fazia sentido.

Eventualmente, Valentina percebeu que nada do que fizesse poderia evitar que Paulo e Lenita acabassem se entendendo, e decidiu “*abrir mão*” de dar o seu primeiro beijo em Paulo. Nesse período, surgiu o primeiro rapaz que mostrou interesse por ela, em um clube que frequentava com algumas amigas. O rapaz era um pouco mais velho: ela tinha quatorze, quase quinze anos, ele, “*uns 18*”. Certo dia, depois que Valentina saía do clube, o rapaz disse a uma amiga dela que gostaria de ficar com Valentina.

Na próxima vez em que foi ao clube, o rapaz se aproximou dela, e começou a puxar conversa. Ela estava tremendo, um pouco por frio, e um pouco por nervosismo, pois sabia do interesse do rapaz. Ele colocou sua blusa sobre os ombros dela, e a beijou. Ela conta:

Achei nojento. Acho que ele punha a língua muito no fundo da minha boca, não sei o que era, era horrível! Dei uns beijinhos à toa, e já estávamos indo embora mesmo, fui embora pra minha casa, e foi só. Cheguei em casa morrendo de nojo, querendo muito tirar o gosto desse menino de mim, fui direto pro banheiro escovar os dentes. Me dava um pouco de ânsia de vômito também...

Aqui novamente Valentina associa a vontade de vomitar com fazer alguma coisa “por obrigação”. Valentina decidiu beijar o rapaz não porque estava interessada nele, mas porque finalmente tivera a oportunidade de beijar, e estava ficando para trás, porque “*todo mundo já tinha beijado*”. Quando sua amiga do clube lhe contou na escola que havia um rapaz interessado em ficar com ela, Valentina mal se lembrava quem era o rapaz, mas respondeu à amiga que estava interessada.

Valentina conta que ficou muito triste por aquele ter sido seu primeiro beijo:

Primeiro porque foi mega decepcionante; segundo porque não mudava o fato d'eu querer ficar com o Paulo; terceiro porque não mudava o fato do Paulo querer ficar com a Lenita. Uma semana depois desse fato acho que o Paulo e a Lenita começaram a ficar também, mas ao menos eu me sentia menos coitadinha nessa história...

Um dos pontos centrais da narrativa de Valentina até o momento é a descrição que faz de seus traços de personalidade: inteligente, obstinada, bem comportada, com um desejo de ser apreciada e admirada pelos outros. Estes quatro traços centrais conformam sua relação (e reação) com as pessoas e eventos que surgem em sua narrativa, algumas vezes com resultados desastrosos. Inicialmente, tem uma vivência muito negativa com o

próprio corpo: a perda da visão do olho direito, o estrabismo, a miopia que veio a desenvolver; o problema nos rins e o “estupro” do exame invasivo, realizado com a cumplicidade da mãe; os comentários negativos sobre seu peso por parte da avó e de meninos da escola (principalmente Paulo). Quando, através de sua obstinação, conseguiu o feito de emagrecer 30 kg, passou a ser notada e valorizada, não apenas entre os colegas, mas na própria família.

A sensação de invisibilidade anterior parece ter sido reforçada pela família: pela desorganização da casa da avó; pela mãe que trabalhava muito e parecia notar mais a irmã mais nova; pelo pai, que preferiu a “alegria da bebida” à convivência com as filhas.

A obstinação de Valentina para emagrecer foi considerada muito positiva, o que certamente contribuiu para que a situação evoluísse para o transtorno alimentar plenamente desenvolvido. Entretanto, os vômitos não surgem como diretamente ligados ao emagrecimento ou a “sentir-se gorda”, mas como forma de aliviar uma sensação desagradável (a raiva, a “congestão”), e mesmo para salvar-lhe a vida (da “congestão”). Até esse momento da história, ela ainda não se lembra de estar provocando o vômito como uma prática regular.

Continuando sua história, Valentina conta sobre como foi perdendo o interesse pela natação, já que sua principal motivação era a atração por Paulo, com quem tinha cada vez menos esperanças de aproximação. Por outro lado, acabou chegando à conclusão de que a natação estava lhe fazendo mal fisicamente:

Eu vinha com uma frequência na natação bem vacilante. [...] E isso, aliado a vômitos, má alimentação e sei lá mais o quê [...] fazia com que todas as vezes que eu ia eu me sentisse mal. Tinha muitas câibras, cansaço excessivo também. [...] Então um dia eu estava treinando “tiro” (velocidade rápida) e de repente ... câibra. [...] Aí nesse dia o professor virou pra mim e falou: ‘Você já parou pra pensar no que está fazendo consigo mesma e com seu corpo?’ [...] Ele me deu um sermão, disse que ficar picando o treino assim poderia provocar câibras, lesões etc.

Por alguns instantes cheguei a pensar que a pergunta do professor fora motivada pela suspeita de que Valentina tivesse um transtorno alimentar, e por isso perguntei se ele havia comentado algo sobre sua perda de peso. Ela disse que não, e que quando as pessoas comentavam a esse respeito, sempre era de forma elogiosa, fazendo referência à conquista, e a uma espécie de vitória.

O sermão do professor a fez perceber que Paulo era o principal motivo para continuar a prática do esporte, e de que a obsessão por ele não estava compensando o mal estar físico que a atividade provocava: *“Resignada, resolvi sair da natação... era triste, derrotista pra mim, mas eu achava que era melhor sair da obsessão. Eu mesma me achava obcecada.”*

Se, inicialmente, seu círculo de amigos pertencia basicamente à natação, conforme foi emagrecendo e se sentindo mais à vontade no ambiente social do colégio, foi ampliando o seu círculo de amizades: *“A sensação que eu tinha na escola também era de que eu não existia antes de perder peso. Depois que perdi, aí sim eu consegui ter amigos por lá.”*

Por volta dos quinze anos, cursando então o primeiro ano do segundo grau, a amizade já iniciada com uma colega de classe chamada Clara foi se tornando cada vez mais próxima. Nessa época, as duas amigas criaram uma espécie de brincadeira que as aproximou ainda mais. Começaram a prestar atenção em um rapaz do segundo ano do segundo grau, que ambas achavam muito feio:

A gente chamava ele de boneco assassino, porque a cara dele parecia de plástico [...] A cor da pele dele também contribuía muito pra isso, era um bronzeado estilo pele de plástico de boneca. Então a gente apelidou ele de Plástico, pra se referir a ele em segredo. E era Plástico praqui, Plástico prali... Isso me distraiu muito do Paulo (finalmente).

Um dia em que passaram falando sobre o Plástico o tempo todo, e em que Valentina foi dormir na casa de Clara, as duas começaram a suspeitar que estavam gostando dele:

Então no outro dia, quando a gente tava indo pra escola a gente falou que era a prova de fogo, que o encontro com o Plástico ia ser pra tirar a prova. E a gente encontrou e vimos que a gente tava era gostando dele mesmo (as duas), e nem rolava ciúmes por isso. Era divertido ainda do mesmo jeito.

Em algum momento, sabendo da paixão não correspondida de Valentina por Paulo, Clara decidiu que ajudaria a amiga a conquistar Plástico. As pessoas na escola começaram a perceber o interesse das duas pelo rapaz:

Quando a gente passava pelo corredor do segundo ano (a gente tinha que passar pra chegar na nossa sala) uma empurrava a outra pra encostar no menino, coisas ridículas do gênero. [...] Eu sei que dentro dessas bobearas nós descobrimos o telefone, o endereço, a placa do carro do menino (eu era boa com obsessões, nem sei o porquê).

Um dia, Valentina foi dormir novamente na casa de Clara, que de posse dos dados pessoais de Plástico, decidiu ligar para ele. Clara ligou, e perguntou ao rapaz se ele queria ficar com Valentina, e ele respondeu que não.

Valentina ficou indignada com a atitude da amiga, e a amizade ficou um pouco estremecida. Mas ela também acha que a história do Plástico tinha a ver com uma sexualização da amizade com Clara:

Ficávamos discutindo coisas eróticas sobre ele [Plástico] até de madrugada, e dormíamos juntas, na mesma cama de solteiro, meio abraçadas, sei lá. [...] Eu sei que também já tive vontade de ficar com Clara. Já tive muita vontade de beijar ela quando dormia na casa dela. Essas relações são meio confusas (eu acho). Mas nunca rolou nada e nem sei como ela encararia se eu tomasse coragem de beijá-la (e juro que quase tomei!)

Até então seu grupo de amigas mais próximas era composto por ela, Clara, sua irmã Flávia, e Ellen (da classe de Flávia). Até essa época, Valentina era mais próxima de Clara, e Flávia, de Ellen. Mas com o estremecimento da amizade com Clara, por conta do telefonema para Plástico, Valentina foi ficando mais próxima de Ellen, e Clara tornou-se mais amiga de Flávia.

Valentina me apresenta a Ellen com a seguinte descrição: *“A Ellen, na minha opinião, é uma pessoa com um comportamento quase histriônico (se é que eu entendo bem esse conceito). Acho que ela era muito sexualizada, e tinha uma série de comportamentos muito voltados a chamar a atenção do sexo oposto.”* Era alta (um pouco mais alta que Valentina, considerada alta com 1,75 m), magra, tinha olhos claros e o cabelo naturalmente loiro, bem claro. A combinação dessa aparência com o comportamento teatral fazia de Ellen alguém que atraía muita atenção – principalmente masculina.

Após dar seu amor platônico por Paulo como definitivamente encerrado, e com o fim da brincadeira do Plástico, tudo o que Valentina queria era provar que podia atrair olhares masculinos. Isso, é claro, fez com que sua amizade com Ellen se desdobrasse em uma intensa competição. Se, por um lado, Valentina se sentia diminuída, pois atraía a atenção e a aproximação de um menor número de meninos do que Ellen, por outro lado, Valentina afirma:

Eu acho que a Ellen também entrava em franca competição comigo... Dizia que eu tinha peito muito grande – aff , como se isso fosse um problema! Mas [era]

problema para ela, ela problematizava a questão: dizia que bonito era peito pequeno, como o dela e fim. E eu me sentia meio triste por ter peito grande.

Ellen fazia o mesmo tipo de comentário sobre os quadris de Valentina, que sentia que os “defeitos” apontados pela amiga eram características que não podia mudar. Afinal ela já havia perdido muito peso e estava magra, mas seus quadris e seios permaneciam, proporcionalmente, maiores do que os da amiga. Valentina diz: *“Então eu simplesmente me sentia meio feia, meio gorda, sei lá o quê.”*

Em função disso, Valentina desenvolveu cada vez mais comportamentos que visavam estar magra, estar bonita e chamar a atenção: além de ir à casa de Ellen para se exercitar com ela, ainda praticava musculação e hidroginástica.

Também nessa época as duas passaram a frequentar as festas “Sextas Jovens” no clube militar próximo, ou então boates: *“Fora isso, às vezes a gente ia a alguma festa em alguma boate mesmo. Porque mesmo aos 15 anos, tendo 1,75, era muito fácil entrar em qualquer lugar. Ninguém perguntava a nossa idade.”*

Ela conta que, inicialmente, iam às festas ela, Flávia e Clara: *“Mas não ficávamos com ninguém não. Era pra dançar e a gente tinha que voltar meia-noite.”* Certa vez, Valentina viu um rapaz em uma dessas festas que achou muito bonito:

Olhava pra ele, ele me olhava, mas nada. Então como eu tinha horário e tava quase na hora de ir embora, eu cheguei nele e ele ficou comigo (foi só um beijo). [...] Duas coisas nesse episódio: foi a primeira vez que eu senti que eu era alguma coisa, que eu conseguia alguma coisa; e ter coragem de ter chegado nele faz muita parte desse sentimento (é importante pra mim o fato de que eu tenha chegado). Eu saí dessa festa muito muito feliz que eu tinha conseguido um beijo do menino bonitinho, isso super me tornava alguém. Mas a Flávia e a Clara, devo dizer, achavam meio podre eu fazer isso.

Quase sempre Valentina e Ellen ficavam com algum rapaz, enquanto Flávia e Clara não: *“Flávia se proclamava veementemente contra o ficar. Clara tendia a essa opinião, ou não sei se dizia que tendia pra não ficar mal, porque menos gente chegava nela ainda... A Flávia não só não ficava como também condenava quem o fazia.”* Valentina acha que foi por isso que Flávia deixou de ir às festas, e Clara fez o mesmo. Clara acusou Valentina e Ellen de ficarem com os rapazes para humilhá-la, mas que *“estava acima disso, que a vida não se limitava a ficar e tinha muitas coisas interessantes”*. Valentina, por sua vez, discordava da acusação: *“Não era nada disso (na minha visão). Eu ficava por várias*

razões: porque tinha vontade; pra provar pra mim mesma que eu conseguia ficar com os outros; pra não ficar por baixo da Ellen.”

O último motivo listado me motivou a perguntar se ela tinha consciência de que o “currículo de ficadas” estabelecia uma hierarquia, ao que ela respondeu: *“Claro. Se não, não teria havido esse ‘racha’: as que ficavam e eram paqueradas x as que não ficavam e não eram paqueradas.”*

Com a aproximação de Ellen, as saídas ganharam mais importância e se tornaram mais frequentes:

A primeira vez que a Ellen foi (ou a que eu lembro dela indo) foi uma sexta jovem dia 23 de abril (de 96) - eu sou boa pra guardar dias... Nessa festa ela levou o primo dela, o Flávio, e eu acabei ficando com ele. E ela ficou com um outro menino lá, que chamava Leonardo. Ficamos as duas meio a fim desses caras. Então do mesmo modo que ter uma paixão pra comentar uniu eu e a Clara (Plástico), ter uma paixão, dois caras que queríamos e que havíamos beijado numa mesma festa uniu muito as duas.

Valentina diz que Flávio, um ano mais novo, foi sua *“segunda paixãozinha”* (já que gostar de Plástico foi mais uma brincadeira do que um interesse romântico genuíno):

Eu lembro que na primeira vez em que eu fiquei com ele [...] foi a primeira vez em que eu fui nessa festa me sentindo REALMENTE bonita. [...] Independente dos outros, eu tava me sentindo bonita. Não precisei tipo chegar nessa festa e olhar pra Ellen pra ver se eu tava bonita ou não. Eu saí me sentindo bonita. E aí eu fiquei com o Flávio nesse dia. Mas não era um paquera que eu consegui naquele dia... eu conheci ele, fiquei afim, ele chegou em mim, fiquei.

Valentina e Flávio passaram a ficar toda vez em que se encontravam nas festas do clube, que aconteciam mensalmente: *“Mas não tinha nada. Era só isso: ir, ficar, beijar, beijar. Nada de muito papo não. Direto ao assunto.”*

Perguntei se ele também tinha uma *“paixãozinha”* por ela. Ela disse:

Acho que não. Era uma mocinha bonita que ele pegava, só isso mesmo, eu acho. Eu sei que (talvez a Ellen tenha contado isso para me encher) uma vez ele se referiu a mim como *“Raimunda”*: feia de cara mas boa de bunda... argh! Altamente pejorativo, hã? E eu achava bizarro isso, porque teoricamente eu era feia de corpo com um rostinho bonito. Acho que foi a primeira vez que eu me dei conta que os homens me achavam gostosa.

Apesar de ter se sentido um pouco mal com o suposto comentário, Valentina continuou ficando com Flávio nas festas, durante todo o ano de 1997. No Natal, ela foi até a casa da avó de Ellen para desejar boas festas à amiga, e Flávio estava lá. Valentina convidou os dois para irem à casa de sua tia, no mesmo bairro:

Nós fomos, os três. Ficamos bebendo na porta. Foi super divertido. E aí eu fiquei com o Flávio de novo. Só que ele resolveu falar em namorar comigo. Uau, fiquei loooooouca!!!!!!!!!!!!!! Nem acreditava, meu sonho era namorar! Eu queria que alguém GOSTASSE de mim. Ficar pra mim era a possibilidade de que alguém gostasse de mim. Não só de se interessar. Mas interessar é gostar, pra mim. Mas eu respondi pra ele que topava sim, mas que tinha que ser diferente.... que eu só poderia aceitar se daí pra frente ele passasse a me telefonar, me ver mais freqüente, que ele tinha que me provar que tava interessado mesmo. Ele falou que ia fazer isso sim, que ele queria muito namorar comigo.

Como ninguém tinha uma caneta, e os dois não haviam trocado telefones até então, combinaram que Flávio pegaria o telefone de Valentina com Ellen. Valentina viajaria no dia seguinte para passar um mês na casa de praia dos avós, em Conceição da Barra, no Estado do Espírito Santo, mas o moço prometeu que ligaria para ela assim que ela voltasse. Ela foi à praia sem achar que estava namorando, pois queria alguma prova do interesse de Flávio antes de aceitar o pedido de namoro.

Em Conceição da Barra Valentina se apaixonou por um outro rapaz, Lúcio. Quando o viu pela primeira vez, o rapaz estava em um restaurante, em que Valentina foi tomar sorvete com a irmã e uma prima, Laura. À noite, as moças arrumaram um pretexto para voltar ao restaurante, para ver se o encontravam novamente. Ele estava lá, cantando e tocando violão.

Valentina conta:

Eis que eu bolo um plano pra conhecer o menino. (...) Bom, eu vou, chego no balcão e pergunto: ‘Como se chama o mocinho que está cantando?’ A moça fala que se chama Lúcio. Eu digo que estava perguntando porque ele cantava muito bem, que era ótimo, e se depois tinha jeito da gente cumprimentar ele. Ela disse ok. Então quando teve uma pausa ele veio até nossa mesa e eu seguí com esse papo. Aí a gente foi pro calçadão da praia (eu, ele, a Flávia, a Laura e duas amigas dela, se não me engano). Eu sei que a situação era mais ou menos a seguinte: “cá estão 5 meninas a fim de você, te rodeando...”

No fim, todos acabaram combinando de se encontrar novamente. As moças contaram onde era a casa em que estavam, e ele apareceu na praia em frente, e ficaram todos conversando.

No dia seguinte, ele apareceu de bicicleta em frente à casa, levou Valentina para dar uma volta ao pôr-do-sol, e acabaram ficando:

Mas pra mim esse ficar com o Lúcio significava duas coisas: que eu tinha coragem de ir lá e chegar e conhecê-lo e me apresentar (isso é sempre significativo pra

mim); e que no meio de 5 outras meninas, ele de alguma forma me escolheu, porque todas queriam ficar com ele.

Valentina e Lúcio continuaram a ficar. Às vezes ele ia à casa dos avós dela, outras, ela ia à cidade encontrá-lo, de patins. Ela observa que emagrecer lhe deu uma grande mobilidade, tanto no sentido físico (andar de patins, de bicicleta) quanto à desenvoltura no contato social. Ficar com Lúcio, que era gentil e carinhoso, era muito divertido:

Ah, e ele era poeta, fazia poesia pra mim, umas coisas engraçadas assim, super bonitinhas e piegas. (...) Mas no fim das contas, a mãe dele estava de saco cheio de mim. Lembra a moça no balcão do restaurante? Pois é, era a mãe dele. O restaurante era da família dele... e o pobre do menino ficava saindo do trabalho pra ficar comigo. Eu não pedia nada, ele aparecia.

Um dia a mãe de Lúcio foi até a casa dos avós de Valentina, pedindo a ela que lhe devolvesse o filho. A situação se complicou ainda mais, porque Laura contou o incidente à família: *“Inventou que a mãe dele veio pegar ele e me chamou de vadia (não era nem um pouco verdade).”* Valentina sentiu muita raiva, e acha que a prima inventou essa parte da história por inveja. Por outro lado, a inveja da prima a envaidecia: *“De uma coitadinha eu tinha virado alguma coisa, que valia até inventar histórias.”* Depois do incidente, Valentina e Lúcio puderam se encontrar com menos frequência.

Após um mês, Valentina voltou para Belo Horizonte, e se lembrou da promessa de Flávio. Mas ele nunca ligou:

E eu descobri o porquê algum tempo depois: a Ellen se recusou a dar meu telefone. Acho que falou que eu tinha outro, qualquer coisa desse nível (baixo nível, claro, porque ela sabia que eu gostava do Flávio). Quando eu fui tirar satisfação com ela do porquê ela tinha feito isso, ela disse que teve medo de me perder. Achava que eu deixaria de sair com ela, de ser a companheira dela. Nesse sentido, sinceramente, acho que a minha relação tanto com a Clara quanto com a Ellen eram um pouco sexualizadas. Essa frase, pra mim, é quase uma coisa de namorado: ‘tinha medo de te perder’.

O medo de Ellen de que um eventual namoro de Valentina as afastasse também existia em relação a Lúcio. Esse comportamento foi esgotando a paciência de Valentina. Por exemplo: *“Eu sei que a Ellen aprontava comigo. Lembro, por exemplo, de uma vez no aniversário de 15 anos da minha irmã, ela [Ellen] bebeu todas, ficou com alguém e no fim da festa, quando o DJ tava me cantando, ela chega em nós dois e fala ‘Fala que seu nome é Flávio que ela fica com você!’”*.

Antes das férias daquele ano, Valentina tinha decidido mudar de colégio. Essa decisão, segundo ela, foi motivada pelo desejo de se desligar de vez de seu passado:

Por exemplo, ia ter uma olimpíada no colégio. Então comprei a blusa, ia participar, toda feliz... Mas quando chegou no dia das olimpíadas ninguém me deixou jogar. Nem no time reserva. Nem por 5 minutos. Achei isso muito marcante, de como eu não era apreciada ainda por mim mesma. [...] Eu não sabia jogar bem, logo não jogava. Não importava que eu me relacionasse com as pessoas. Então eu achava que estudar nesse colégio era um puta problema, e continuaria sempre sendo. Porque lá eu não era a Valentina, lá eu era uma ex-gorda, ou qualquer coisa assim...

No início do ano letivo seguinte, a antiga turma se desfez: Valentina, Flávia, Clara e Ellen foram estudar cada uma em um colégio diferente. Nessa mesma época, Valentina passou a ter acesso à internet em casa:

E isso também teve um peso grande, porque eu conversava bastante online e estava me divertindo muito. [...] Era uma possibilidade de não ser a ex-gorda, era a possibilidade de ser eu. E eu era bem pop na internet. [...] Eu ia em encontros virtuais e fazia sucesso [...] não porque me achavam bonita, mas porque eu era legal. Bom, mas isso me ajudou a querer me livrar de vez dessa vida passada.

A história de Valentina apresentada até aqui me parece trazer algumas questões que merecem destaque.

Em primeiro lugar, percebemos a centralidade da apresentação corporal para o estabelecimento de relações sociais entre pessoas de sua faixa etária, sobretudo na escola – tema que também está presente no relato de Bel. Ser percebida socialmente como “gorda” teve um impacto negativo muito forte na trajetória de Valentina, a ponto de impedir que se sentisse reconhecida como um sujeito, e ter sua personalidade e suas ações valorizadas. Esse impacto não desaparece com a perda de peso, pois a aparência física continua sendo a principal característica no estabelecimento das relações entre os pares.

Nesse sentido, a sociabilidade através da internet foi percebida como uma libertação, já que são as conversas que passaram a compor o “cartão de visita” nesse ambiente. Quando a aparência física entra no jogo, sua identidade nesse espaço de sociabilidade já estava estabelecida. Assim, ela pôde sentir que seu sucesso nos encontros virtuais não dependia de sua aparência, mas de sua personalidade: *“não porque me achavam bonita, mas porque me achavam legal.”* Vale notar que um tema semelhante também está presente no relato de Bel: foi através da internet que conheceu e começou a

namorar Daniel, e foi também na internet que teve suas queixas a respeito de ter um transtorno alimentar acolhidas.

Após ler uma primeira versão que eu redigi de sua história até esse ponto, Valentina observou que enquanto contava sobre essa fase de sua vida, a que se refere como “fechamento de ciclo” – quando estava fazendo novos amigos através da internet e decidiu mudar de colégio – não falou muito sobre o transtorno alimentar em si. A razão para isso, segundo ela, é que nesse período não via a questão alimentar como um problema:

Não comer não parecia uma questão para mim. [...] Era tão positivo tudo o que a mudança no meu corpo causava que eu não consigo ver muito problema mesmo. Vomitava quando o estômago me pesava, ficava sem comer porque aprendi que era assim que ficava magra, e todo mundo me dizia quando eu contava do meu regime que eu tinha uma enorme força de vontade.

Todavia, foi nessa mudança de etapa na vida de Valentina que a satisfação proporcionada por suas práticas começou a se revelar como algo insuficiente: *“Porque de repente, quando eu começo a conversar na internet, conhecer outras pessoas e decido largar a velha escola e a velha vida para trás, também começam a aparecer os primeiros sinais de depressão.”*

Valentina conta que, refletindo sobre esse período de sua vida, resolveu folhear suas antigas “agendas” da época. Essas “agendas” eram um híbrido de diário íntimo e álbum de recortes, em que não apenas se relatam experiências cotidianas, segredos e reflexões, como também são incluídas fotografias, recortes de revistas, pequenas lembranças, bilhetes de amigos etc. Sobre essas agendas, ela conta o seguinte:

A agenda de 97 é uma agenda linda! (risos) Ela tem milhares de anotações de tudo o que eu fazia: se faltava a aula, se ia no shopping, se saía à noite... e parece uma coisa meio festa. Colorida, agitada, cheia de clipes e de bobagenzinhas. A agenda de 97 é exatamente a agenda dos 15 [anos de idade], do ano do Plástico e do ano da Ellen. É o ano desse relatório⁸¹ aqui que acabei de ler. E pra mim a cara dele é essa... de festa. Mesmo quando eu decido que queria mudar de vida, ou começo a conversar na internet, são só coisas descortinando... Já a agenda de 98, ano que em janeiro eu conheço o Lúcio, (foi no Natal de 97 que o Flávio me pediu pra namorar), mudei de colégio e etc., me parece o momento onde o meu TA começa a aparecer como um problema. Ela é uma agenda cheia de espaços brancos, com

⁸¹ É uma referência ao texto sobre sua história de vida, contada até esse ponto, que fora incluída em um relatório de pesquisa.

pequenos rabiscos a lápis, algumas páginas manchadas de choro, ou de entornar algo... Não tem quase nada guardado nela. Frases enigmáticas do tipo "socorro", "dia horrível" "dia horrível" "dia horrível" são constantes, sem dizer por que. Aparecem vários dias horríveis seguidos com anotações a lápis rabiscadas pequenas.

Perguntei se havia alguma passagem específica que lhe chamara a atenção, e ela respondeu que não, que o principal fora perceber o contraste visual entre as duas. E, ressalta que embora a agenda de 1998 já tenha começado assim, *“branca e cinzenta”*, a primeira vez em que se lembra de ter falado para alguém que estava deprimida foi por volta de junho:

No dia que eu briguei de vez com a Ellen (deve ter sido algum dia de junho), eu lembro que a coisa estava tão instaurada que um dos pontos foi que eu disse que eu tinha depressão e que estava muito mal. Ela me respondeu que isso [depressão] era coisa de gente rica e fresca. Mas demorou uns 6 meses então pra eu conseguir perceber que eu estava com algum problema, apesar da minha própria agenda já me mostrar isso...

O comentário de Ellen sobre depressão ser *“coisa de gente rica e fresca”* é bastante significativo, sobretudo por ser um rótulo comumente usado para descrever transtornos alimentares. Além disso, considerando que na época do rompimento definitivo da amizade, Valentina mudara de colégio já há um semestre, o comentário aponta para o ressentimento de Ellen em relação ao novo círculo de amizades de Valentina, de status social mais elevado. Como veremos adiante, essa mudança de colégio traz à tona algumas questões de classe social que se conjugam com a questão do transtorno alimentar de maneira bastante interessante.

Outra observação que Valentina fez a respeito da segunda parte de sua história, que lhe entreguei para ler em forma de relatório, foi a seguinte:

Um outro comentário sobre seu relatório é que essa questão da internet... (e acho que está bem colocado isso, mas só reforçar e emendar alguns raciocínios) ela não era algum lugar em que eu tirava totalmente o peso do corpo: o corpo continuava existindo lá, principalmente porque as conversas que eu tinha eram pra que eu conhecesse as pessoas também fora dali, onde elas tinham materialidade (e eu também!). A questão é que principalmente o passado do meu corpo não existia, que era o que me incomodava demais: o passado. O passado gordo. Isso também com a mudança de colégio foi eliminado. O mesmo movimento de procurar pessoas na internet é também o de mudar de colégio. No novo colégio em que eu fui estudar eu também não era ex-gorda, ou nada. O corpo não era a primeira coisa que viam. Tanto é que lá rapidamente eu arrumei amigos, e inclusive entrei pro grêmio do colégio. Imagine, uma novata que foi logo convidada pra ser do grêmio!

Valentina é categórica ao afirmar que *“sempre levava as relações virtuais para outros lugares”*. Foi através da sala de bate-papo virtual que frequentava que conheceu aqueles que se tornariam seus primeiros contatos sociais no novo colégio: fizera amizade virtual com uma menina de sua idade, Mariane, que além de ser ruiva natural como Valentina, também compartilhava seu gosto pela música do Kid Abelha⁸². Mariane namorava um rapaz de seu colégio, o Saulo, e fez de Valentina sua confidente virtual sobre *“as agruras do namoro dela”*. Saulo também frequentava o mesmo bate-papo, e Valentina passou a conversar com ele também: *“Fiquei amiga do Saulo, troquei telefone e passei a ser mais amiga do Saulo do que da Mariane.”*

Passado algum tempo, Mariane contou a Valentina que Saulo havia dito que tinha outra namorada, Bruna, e estava indeciso quanto a quem escolher. Bruna também frequentava a mesma sala de bate-papo virtual, e Valentina também fez amizade com ela. No fim das contas, Saulo não ficou com nenhuma das duas, mas a amizade com Valentina continuou, mesmo porque ele estudava no colégio onde Valentina agora estudava: *“O Saulo e a Mariane estudavam lá, na verdade. Mas eu nunca fui amiga real da Mariane, só enquanto era virtual. Ela era meio Patty⁸³, haha. E o Saulo era mais o meu estilo, mais indie⁸⁴, sei lá.”*

Valentina afirma que seu interesse por Saulo nessa época não ia além da amizade. Todavia, afirma que foi graças a ele que começou a gostar da cor natural de seu cabelo: ele é até hoje a única pessoa que ela conhece que acha as ruivas mais bonitas do que as loiras ou morenas. Antes disso, ela afirma que achava seu cabelo, e suas sardas, algo terrível⁸⁵, mas que a partir de então passou a gostar de todas essas coisas:

Tudo o que é diferente traz algum tipo de problema... cabelos ruivos são diferentes... Ah, eu adorava que o Saulo ficasse falando que ruivas eram o máximo

⁸² Kid Abelha é um grupo brasileiro de música pop.

⁸³ “Patty”, ou “Patricinha”, é uma gíria que se refere às jovens que aderem a um estilo de feminilidade convencional que procura ostentar um pertencimento de classe – a mais alta possível, no caso.

⁸⁴ “Indie”, assim como “patty”, também é uma referência a um “estilo de vida”. Indie, no caso, é um termo inicialmente usado para identificar um estilo de música, feito por bandas independentes, ou seja, que não possuíam contratos com grandes gravadoras e, portanto, teriam liberdade para fazer música “autêntica” e “de liberdade criativa”, livre dos constrangimentos de uma lógica fundamentalmente voltada para o lucro e o mercado.

⁸⁵ Esse comentário permite supor que a valorização da singularidade por ser ruiva, que Valentina manifesta desde o início da narrativa, se relaciona mais com a autopercepção que tem de si a partir de determinado momento de sua trajetória.

etc. E ele não dava em cima de mim não, era super de boa. Mas ele falar tão bem de uma coisa que eu tinha me fazia um bem enorme.

Conforme foi se ambientando no novo colégio, seus contatos virtuais se tornaram mais escassos, e ela reduziu a frequência nas salas de bate-papo. Foi também a partir da amizade com Saulo que Valentina conheceu muitas pessoas no colégio. Ela conta: “*O engraçado é que eu não tinha passado, eu podia ser o que eu estivesse a fim*”⁸⁶. É nesse momento em que a questão da classe social surge com força no relato de Valentina:

Essa parte é meio podre, então você não ri muito não. Todo mundo tem seu lado podre na vida e eu vou contar aí um meu (risos). Quando eu estava no colégio antigo eu gostava de pagode, ia em festinha de axé e etc. No colégio novo, eu passei a frequentar festas indies, ouvir Nirvana⁸⁷, andar de calça de skatista e beber cerveja num boteco chamado Alcatraz. Minha mãe sempre falou que eu ia ter vergonha um dia de ter escutado pagode e ter pedido pra ir em show de pagode – que ela não deixou porque eu iria sentir vergonha no futuro.

Valentina diz que sentia que os amigos que fez no novo colégio tinham muito mais a ver com ela do que os colegas do colégio antigo. Enquanto o antigo era um colégio pequeno, “*de bairro e de classe média baixa*”, o novo colégio era enorme, no “*bairro alternativo e vanguarda de BH, com estudantes classe A*”.

Parece-me interessante a maneira como os estilos de vida descritos por Valentina em cada colégio, além da explícita vinculação de classe (classe média baixa versus classe A) também são em certa medida racializados, considerando que tanto o pagode quanto o axé são estilos de música com fortes marcas afro-brasileiras.

Em outra sessão de pesquisa, questionei Valentina a esse respeito, perguntando se ela achava que a “*cena indie*” não era algo elitista, e implicitamente racista. Ela respondeu:

Eu não penso em termos raciais, mas sociais mesmo. Eu acho indies idênticos a patricinhas e mauricinhos, mas com um verniz cultural. Até aproveitando o gancho colégio novo, eu formulei isso nessa época porque eu comecei a andar com o pessoal alternativo, e eles obviamente criticavam muito os paty boys do colégio, que é elitista.

Ela prosseguiu com o raciocínio, explicando que a lógica usada para estabelecer a hierarquia de status entre “*paty boys*” ou “*indies*” era muito parecida, apenas os símbolos de status eram distintos: enquanto os primeiros disputam status através da posse de bens de

⁸⁶ Ênfase minha.

⁸⁷ Banda de rock norte-americana, símbolo do “movimento grunge” de Seattle.

consumo dispendiosos, os segundos competem em termos de conhecimento a respeito das mais novas tendências musicais e bandas obscuras.

Perguntei se ela via alguma relação entre essa lógica competitiva, cujo resultado é que “sempre vai haver alguém mais indie que você”, e a célebre máxima “você nunca chega a ser rico demais ou magro demais”, atribuída à Duquesa de Windsor, Wallis Simpson, tão amplamente citada em sites pró-ana/mia. Ela concordou, mas também acrescentou:

Eu costumo dizer que o mais cool hoje é o menos cool do passado também: quanto menos ‘cool’ você tiver sido, mais ‘loser’, mais ‘cool’ você tem possibilidade de ser hoje - o que me parece ainda uma outra competição (isso dentro do círculo indie). O que dá ibope é ter sofrimento. Isso é que é bonito. [...] E acho inclusive que isso manteve meu comportamento bulímico por muito tempo como algo interessante pra mim mesma. É como se ter bulimia conseguia ser um vórtice de existência, uma possibilidade de ser cool, de ser alguém. [pausa] Sim, a lógica é estritamente a mesma: não é a roupa de marca ou o carrinho bacana, mas a nova banda mais obscura de todos os tempos. Então entrar pro círculo do novo colégio foi uma espécie de ascensão social agri-doce, por assim dizer. Sim, foi uma acepção, mas ao mesmo tempo era acompanhada de um monte de poréns e inseguranças.

Se num primeiro momento a descrição de Valentina sobre sua “nova vida” no novo colégio é inteiramente positiva, repleta de amigos e conquistas (como entrar para o grêmio), o agravamento de sua depressão parece contradizer esse registro. Quando perguntei a esse respeito é que Valentina passou a refletir sobre quais seriam os pontos negativos desse período, e o aspecto “agri-doce” dessa ascensão social. Ela disse que sentia muita insegurança em relação aos amigos, e que não fez amizade com meninas. Quando perguntei se a insegurança era um sentimento de origem interna, ou se era algo que se fundava no comportamento dos colegas em relação a ela, Valentina me respondeu:

Eu não me lembro, por exemplo, dos amigos fazerem piadas sobre minhas notas. Nunquinha. Até porque minhas notas não eram tenebrosas, ou eu não era esforçada. Eu só faltava muito na escola. Também nunca me zoaram por ser gorda, magra, peituda, ruiva, ou não ser boa em esportes. Eles realmente gostavam de mim, apreciavam minha companhia. Eram bons amigos. Eu nem conhecia direito as músicas que eles ouviam - fui aprendendo tudo aos poucos - e nunca foi problema. Também não ficava com ninguém, mas ninguém falava nada sobre isso. E se ficava, também ninguém comentava. Era tudo de boa. Eu era apreciada por eles pelo que eu era de verdade. Mas ainda assim a inadequação estava lá. O sentimento de inadequação.⁸⁸

⁸⁸ Ênfase minha.

Se era possível se libertar do passado – desmontar a Valentina que havia sido gorda, que era ruim nos esportes e rejeitada pelos rapazes – e que ser “*o que estivesse a fim*” fosse uma promessa sedutora, as possibilidades de ser nesse novo ambiente estavam longe de serem ilimitadas.

Ao contrário, sua descrição mostra uma hierarquia social bastante rígida e competitiva no outro colégio, dividida entre “patty boys”, “nerds” e “alternativos” ou “indies”. Estes últimos se contrapunham em certa medida à lógica da hierarquia dos “patty boys”, ao valorizar como símbolos de prestígio não apenas o conhecimento acumulado sobre música, mas também por uma inversão da lógica hegemônica, as bandas mais obscuras e menos conhecidas, que valorizam a música acima do mercado, o que em certa medida desafia a supervalorização da fama, dinheiro e popularidade. O fato de que seus amigos não pareciam se importar com seu desempenho acadêmico, ou com seu poder de sedução (algo que sempre fora motivo de competição em sua relação com Ellen) também corrobora a interpretação de que o grupo dos “alternativos” de fato se constituía como uma alternativa aos valores hegemônicos de hierarquia social no colégio. Valentina capta esse aspecto de inversão, ao afirmar que no círculo “indie”, quanto menos *cool* e mais *loser* você tiver sido no passado (em relação aos “patty boys”), “*mais cool você é hoje*”.

A aguda percepção sociológica dos padrões e normas de sociabilidade e status no colégio foi o principal recurso para que Valentina conseguisse pôr em prática sua reinvenção:

Mas sabe, se eu fosse teorizar sobre minha entrada no novo colégio, eu poderia dizer que eu conseguia fazer com que o fundo e a fachada passassem (pra ser bem goffmaniana). Nada ressaltava muito minha condição anterior, de que eu não entendia nada daquele verniz cultural, não sabia de música, nem tinha família importante (lá tinham muitos com família de nome), nem que eu tivesse sido gorda, ou que não sabia jogar nada. Pelo contrário: eu jogava xadrez na educação física e era cool por isso (enquanto antes eu me sentia mal e queria tanto ser aceita, e jogar). Eu não conhecia muito de Nirvana ou The Clash⁸⁹ ou da cena hard-core, mas me virava. Era só não mencionar que eu sabia do último sucesso do Só Pra Contrariar⁹⁰, e assim eu me mantive por lá. Então o que não era fácil era porque eu tinha que ter jogo cênico.

Todavia, ainda que a nova fachada social de Valentina fosse bem sucedida, suas fantasias de reinvenção absoluta tiveram que se confrontar com os limites impostos pelo

⁸⁹ Banda de punk rock inglesa.

⁹⁰ Conjunto de pagode.

fato de que o sujeito que se reinventa é constituído pelo passado de que deseja se libertar. No novo colégio Valentina não era mais a “*menina mais inteligente*”. Enquanto no colégio antigo:

(...) todo mundo queria cola de mim nas provas – era basicamente assim que eu conseguia me socializar – nesse [novo] colégio, eu não tirava notas boas. Primeiro porque o outro colégio era bem mais fraco, então eu estava um pouco atrasada. Segundo porque eu comecei a ficar mal no início do segundo ano. Deprimida. Eu me refiro a esse estar mal como estar deprimida porque sinceramente eu não via muito essa questão alimentar.

Perguntei como era essa sensação de “estar mal”, e ela respondeu:

Bom, eu sentia simplesmente que o mundo não era muito generoso à minha volta, e que eu não era muito importante para o mundo. Eu via vários defeitos em mim, de uma maneira bastante difusa: se antes eu era a gorda, ou a ex-gorda, agora eu não era muito inteligente... Até nesse relatório seu está lá: a Ellen vivia apontando que eu era peituda, ou tinha quadril largo... então mesmo sendo magra, meu corpo não era adequado. A sensação era de inadequação. Eu sentia que eu era inadequada para o mundo em vários âmbitos. Uma coisa difusa. E por mais que eu fizesse esforços, nunca era bom o suficiente.

Desse modo, foi a “depressão”, e não a questão alimentar, que a motivou a procurar ajuda de um psiquiatra. Perguntei se ela mesma havia “feito o diagnóstico” ou se alguém havia sugerido a ela. Ela disse que sua mãe achou que ela “*tinha algum problema*” – embora não tenha formulado em termos de “depressão” – ao perceber a mudança em seu humor, ilustrada pela mudança no aspecto de suas agendas: “*Da agenda de festa, eu passei a ter uma agenda com vários dias horríveis, e eu nem conseguia dizer por que os dias eram horríveis. Era só isso: ‘dia horrível’.* Qualquer coisa era motivo para eu querer morrer.”

A seguir, ela relata uma ocasião em que sentiu vontade de morrer, enquanto ainda frequentava as matinês da boate do clube acompanhada de Ellen. Nesse dia, um rapaz queria ficar com ela, mas Valentina não estava interessada:

Eu não queria ficar, mas ele insistiu muito. E sei lá porque, eu não conseguindo controlar o menino, deixei que ele me beijasse. Mas me senti péssima por isso. Péssima. Chorei a noite toda. No dia seguinte, chorosa, fui pegar água e quebrei o copo, e guardei um caco de vidro no bolso. Passei o dia chorando embaixo das cobertas tentando tomar coragem pra cortar meus pulsos. Eu me arranhava, mas não tinha coragem de cortar mesmo. Eu me achava uma fraca, uma ridícula sem sentido. Não via razão pra eu existir. Acho que assim eu não existia (se eu tinha vontades, mas não podia colocá-las em prática, vira quase uma não existência, ou uma existência que depende dos outros...) E esse tipo de coisa começou a se repetir com frequência. Frequentemente eu chorava, porque meu corpo era feio, porque eu não era bonita o suficiente, porque eu não tinha um namorado, então significava

que ninguém gostava de mim, porque eu ia mal nas provas e então eu era burra, porque a minha melhor amiga fez milhares de sacanagens e eu não tinha amiga e etc.

Dois pontos dessa fala merecem especial atenção. O primeiro é a correspondência entre a situação de permitir ser beijada contra a própria vontade e a história de seu primeiro beijo. Valentina sentiu náuseas após o primeiro beijo, com um rapaz desconhecido que se interessara por ela, e que ela beijara apenas porque sentia que não tinha chances de beijar o rapaz de quem gostava. Nessa segunda ocasião, o resultado também é sentir raiva se si mesma, e dessa vez ela se traduz em auto-agressão com o caco de vidro. Em ambos os casos há um elemento de violação presente, e da qual Valentina sente-se cúmplice. Nas duas situações, Valentina consente em ser beijada, por sentir que seu desejo (no primeiro caso, dar o primeiro beijo em Paulo, e no segundo, de não beijar o rapaz insistente) não tinha possibilidade de se realizar por ter menos poder para se afirmar do que os desejos de outros.

O segundo ponto a ser destacado é sua referência à sensação de não existir, que é central no relato de Bel, e também aparece como relacionada ao desejo do outro. Comentei que achara interessante a menção à sensação de não existência, e ela acrescentou:

Valentina: *Essa coisa de não existência é muito freqüente em minha fala. (...) É, eu me sinto um papagaio na terapia. Toda sessão eu uso essa palavra: inexistência. Eu sempre choro falando que eu não existo.*

Daniela: Você acha que tinha a ver com sentir que faltava uma validação exterior - de outras pessoas, de sentir algum efeito seu no mundo?

V: *Sim. Vou dar um exemplo⁹¹: um dia, quando eu tinha 13 anos e gostava do Paulo, eu li que pessoas de Áries (ele era ariano) gostavam de pernas e que meias calças eram um ótimo instrumento de sedução (lógico que li isso numa revista imbecil qualquer haha). Daí eu fui pra natação usando meia calça, e eu fui me sentindo linda, sentindo que eu tava arrasando total. E ele chegou e tipo acabou comigo. Ria d'eu estar de meia calça. Então não adiantava eu estar me sentindo bem se ninguém dizia que eu estava bem. É um pouco paradoxal. Ao mesmo tempo em que eu precisava de alguém me reconhecer, se essa*

⁹¹ Valentina repete o episódio que já havia me contado antes. Eu mantive a repetição por considerar importante mostrar como durante a construção de sua narrativa, Valentina se remete a situações do seu passado de forma reflexiva.

interferência do outro fosse demais eu sentia que não existia (caso do menino que me beijou quando eu não queria).

Valentina também afirma que foi no novo colégio que suas práticas bulímicas assumiram explicitamente para ela a finalidade de controlar seu peso, motivadas pelo medo de engordar: *“Medo de que o passado (do corpo gordo e de várias outras coisas que dissessem de quem eu era de verdade⁹²) aparecesse.”* As práticas bulímicas para controlar o peso tornaram-se, portanto, rotineiras nessa época.

Um ponto fundamental na narrativa de Valentina é o contraponto que ela estabelece em vários momentos entre um “eu de verdade” e um “eu de aparência”. Entretanto, esses “eus” não correspondem a conteúdos fixos e tampouco a uma oposição binária entre interioridade subjetiva e identidade social. O “eu” de Valentina se faz no permanente caminhar na corda tensa entre esses dois polos, que frequentemente estão em descompasso. Diante da contradição entre os “eus” que sente que é e os “eus” que as demais pessoas lhe atribuem, não é de se surpreender que o desfecho seja a sensação de inexistência, já que nenhum dos “eus” pode ser confirmado como “o verdadeiro”.

Foi nesse período em que Valentina começou a fazer terapia cognitivo-comportamental:

Quer dizer, eu fazia terapia desde sempre, porque sempre fui considerada meio problemática. Quando meus pais se separaram, minha mãe colocou na terapia pra gente não ficar traumatizada. Minha mãe sempre fez análise também, depois da separação. Minha irmã abominava aquilo e dizia que psicologia nem existia. Depois, aos 11/12 anos minha mãe falou pra eu fazer terapia porque eu era muito nervosa. Era parte das estratégias, como fazer natação, lembra? Mas eu gostava da terapia. Eu nunca achei ruim. Então eu ia, feliz da vida, achava super legal. Com essa terapeuta eu devo ter ficado uns 3 anos. Daí ela se mudou de cidade, ficou grávida, e me indicou a Regina, que é essa comportamental cognitiva, com quem eu estava quando entrei no novo colégio. O problema bulimia só foi identificado quando eu estava lá, e eu não lembro bem como. [...] E eu sei que a Regina chamou minha mãe pra contar do que realmente eu tinha, com a minha permissão mesmo. Bom, do mesmo modo que quando eu contei que vomitei porque ia morrer e minha mãe não viu, a Regina contou que eu tinha TA e minha mãe não viu. Ficou que eu tinha depressão. Era como se eu jamais tivesse sido bulímica.

Em outro momento, Valentina identificou como um dos fatores que contribuíam para sua sensação de inadequação generalizada o fato de sua mãe jamais apontar o que via

⁹² Ênfase minha.

de errado quando expressava desaprovação. Aqui, a sensação de invisibilidade aparece novamente, em relação à bulimia.

Valentina sempre seguiu um ritual para vomitar, conforme contou anteriormente: durante o banho, e vomitava em um potinho, que depois esvaziava no vaso sanitário. O potinho permaneceu no banheiro que dividia com a mãe e a irmã enquanto moravam todas juntas, à vista de todos. Ninguém jamais fez qualquer comentário sobre o pote.

A invisibilidade do problema de Valentina e seu sofrimento prevaleciam na família, apesar de seus esforços em “brigar por espaço”. Desde a separação dos pais, quando Valentina, a mãe e a irmã foram morar com a avó materna, a briga de Valentina por um espaço próprio dentro da família é uma constante em seu relato. No início, quando as três dividiam um minúsculo quarto de empregada e dormiam em um triliche, essa luta por espaço era bastante literal. A mudança para um quarto um pouco maior não melhorou a situação. Os protestos de Valentina eram encarados como “problemas de personalidade”: era descrita como “obstinada”, “nervosa”, “agressiva” e “problemática”. A reação de sua mãe foi criar um plano para amenizar esses traços no comportamento da filha, colocando-a na natação e na psicoterapia. Suas queixas jamais foram ouvidas como queixas legítimas, que diziam respeito a insatisfações e injustiças bastante reais e concretas:

E olha que na hora que eu brigava pelos espaços eu às vezes mencionava isso [a bulimia]. Lembro especificamente uma briga com minha avó, e que eu achava que minha mãe tinha que entrar pra defender meu espaço. Aí no fim eu gritei: ‘Da próxima vez eu vou vomitar na cara de vocês pra vocês verem que lindo!’ E ninguém continuava sabendo o que eu tinha: só era depressiva e agressiva, e que por conta de depressão eu não tinha ânimo de ir pra escola. Como o potinho no chuveiro que ninguém nunca viu mas sempre estava lá, por 13 anos. Minha mãe, depois que me mudei⁹³, nunca perguntou como estou (nesse sentido do TA). Tem 1 ano disso. É como se continuasse não existindo ainda. Ou mesmo os pacotes de paçoca que desapareciam (eram pacotes comprados para festas juninas que minha família organizava no sítio). Bom, basicamente foi assim que me ‘descobri’ bulímica.

Perguntei se essa descoberta teve algum impacto em sua visão das coisas, e ela respondeu que sim, embora não tenha representado nenhuma grande mudança. Pela primeira vez ela pôde entender que seus problemas não eram puramente “falhas” de caráter ou de personalidade, mas que tinham algum fundamento nos problemas da família como um todo:

⁹³ Durante o curso da pesquisa, Valentina decidiu sair de casa e alugar um apartamento para morar sozinha.

Eu comecei a achar que tinha problemas em casa, e que na minha vida eu era uma coitadinha meio rejeitada, mas que tinha aparecido algo em mim por conta disso tudo. [...] Ao invés de achar que eu era um problema, como eu achava [antes], eu achava que eu deveria ser tratada. E eu ficava feliz porque percebia que minha agressividade já tinha melhorado um bocado. Mas saber-me bulímica me deu a prerrogativa de ser um pouco vítima. Tanto é que eu podia brigar (pelo meu espaço) e gritar que eu ia mostrar que beleza estavam fazendo comigo, e que eu ia mostrar, que eu ia vomitar na frente de todo mundo pra todo mundo ver. Também abriu a prerrogativa pra eu não querer ir no colégio: eu tava doente, ué. Não quero, não vou. Não precisava encenar. Mesmo não tendo uma doença reconhecida [pela família], eu reconheci a doença, me reconheci como doente. Acho que é nesse sentido talvez que esse funcional disfuncional de um TA aparece: é funcional porque marca algum espaço mínimo de reconhecimento, mesmo que não seja do Outro. Meu mesmo, e isso era o que era necessário na fome que eu tinha pela existência.

Nessa luta por espaço, as refeições tornaram-se um terreno de disputa na vida da família. Parte da terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares baseia-se em modificações na rotina alimentar. Desde que se mudaram para a casa da avó, Valentina, sua irmã e sua mãe não tiveram uma rotina que incluísse refeições em conjunto, com a mesa posta:

Continuava ainda a mesma coisa dos meus 6 anos, sem nenhum horário de refeições, nenhuma preocupação com nada que comíamos etc. Nunca teve mesa na minha casa, ou prato. Se você pegava um pão, pegava, comia, fim. Nem levava num prato pro seu quarto. A mesa era sempre ocupada por qualquer outra coisa, e toneladas dessas coisas. E eu lembro da médica [terapeuta] falando ‘então limpe o seu espaço’, ‘comece arredando os jornais na mesa, num cantinho mesmo que pequeno, mas para você’. ‘Sente-se lá e coma’. Eu achava aquilo impossível. Mas ao invés de tentar demarcar um espaço meu, acho que eu fiz uma coisa que ao meu ver hoje foi terrível: eu resolvi invadir os espaços com um exército inteiro. Especificamente sobre a mesa (já que estou nesse exemplo), eu institui que dali em diante se comeria na mesa, que todos comeriam na mesa, e eu passei a arrumar a mesa, pôr prato, sentar. E minha mãe e irmã passaram a fazer isso, meus avós não. Mas é que ficou como se fosse o pedaço da minha família (mãe, irmã e eu). Mas hoje penso que pra elas pode ter sido muito difícil, provavelmente elas foram engolidas mais uma vez. E assim eu fui instituindo espaços, mas através de pequenas guerras que sempre davam essa idéia plena de agressividade.

Quanto ao tratamento psiquiátrico, Valentina o descreve como uma “*série de violências*”. A primeira foi o fato de que a primeira medicação que lhe fora receitada resultou em um aumento da compulsão por doces. Sem provocar vômitos, Valentina ganhou cerca de 20 kg em dois meses e decidiu abandonar o tratamento. A pedido da terapeuta, tentou retomar o tratamento com o mesmo psiquiatra, mas ele se recusava a modificar a medicação: “*Tentei voltar nesse médico, a pedido da terapeuta, mas ele não*

conseguia entender. Achava que se [a medicação] melhorou os vômitos, era melhor continuar mais um tempo e ver o que dava.”

Valentina conta que sua mãe também não entendia o abandono do tratamento, pois se ela estava se tratando de “depressão”, ganho de peso não tinha nenhuma relação com o problema em questão.

Após o abandono do tratamento com o primeiro psiquiatra, e depois de muita insistência da terapeuta, Valentina procurou outro psiquiatra, famoso na cidade por tratar depressão. Com este médico, Valentina diz que estabeleceu uma *“interação medicamentosa: eu ia e ele me dava remédio. Fim.”*

A medicação receitada pelo segundo psiquiatra ajudou a controlar os vômitos e as compulsões, mas teve como efeito agravar a depressão. Mesmo se tratando de um antidepressivo, o agravamento da depressão é um dos efeitos colaterais listados. Com esse médico, foi sua mãe quem entrou em conflito: *“Mas ela não tem depressão? Como assim ela quer ir menos ainda pra aula???? Não era pra melhorar isso?”*

Os conflitos em casa, portanto, continuaram, mas Valentina tinha menos energia para reagir, e passou a pensar frequentemente em suicídio. A pedido da terapeuta, voltou ao psiquiatra que lhe receitou mais um medicamento:

Mas aí essa dupla de medicamentos ajudou bem, tratando depressão/ansiedade - do mundo de aparências da minha mãe e da bulimia, que era algo que eu tinha. Mas só remédio não resolve muita coisa. Quando eu parei de tomar eu voltei a vomitar pouco tempo depois (tipo 3 meses). Eu tomei esses dois por 1 ano e meio.

Quando Valentina vomitou novamente, decidiu contar para a terapeuta:

Contei discretamente, como se eu estivesse preocupada com isso, mas sem alarmismo. Ela respondeu que era normal mesmo ter recaídas, que era assim mesmo. Daí eu saí da terapia. Aproveitei que ela fingiu que não viu que eu continuava com problemas e fingi que eu não tinha problemas. Ela respondeu com uma naturalidade tão grande que pareceu a minha mãe dizendo “ahã” quando eu disse que tinha vomitado e me salvado da morte. Ela nem deu importância que eu tinha vomitado novamente. [...] E resolvi fingir que estava tudo bem e suspendi todos os tratamentos, embora eu soubesse que eu continuava bulímica.

Perguntei o quanto da melhora que obtivera antes da recaída ela atribuía aos medicamentos, e o quanto à terapia:

Bom, pra começar eu não sei se houve uma melhora mesmo... Acho que tenho que começar daí, questionando a melhora, porque na verdade me parece que

simplesmente eu não estava mais vomitando, e eu acho isso muito pouco pra considerar como melhora. Mas se a gente for falar que isso seja uma melhora.... Eu diria que 90% da terapia e 10% da medicação. De novo, vou lembrar que a terapia que eu fazia era comportamental cognitiva. Com ela, o que eu aprendi foi a trabalhar com certos comportamentos que podiam me levar ao vômito.

Dentre as medidas adotadas para trabalhar certos comportamentos, já foi citada a instituição do hábito de fazer as refeições à mesa, com a mãe e a irmã. Valentina descreve esse conjunto de medidas como uma *“ritualização”*, sendo que adotou a regra de não comer sozinha com tal inflexibilidade *“a ponto de se caso não tivesse ninguém para comer comigo, eu me sentia péssima e não comia.”*

É interessante notar que essa rígida ritualização das refeições, que foi adotada por Valentina como parte da terapia, é frequentemente mencionada como um sintoma característico de um transtorno alimentar. Essa situação ecoa com a tese de Gremillion (2003), de que ao compartilharem das mesmas premissas e valores culturais que estão na base das condições de possibilidade dos transtornos alimentares, os tratamentos convencionais acabam por contribuir com os problemas que deveriam eliminar – questão que será retomada adiante, no capítulo 5.

A própria Valentina descreve algumas dessas estratégias como *“comportamentos pouco eficientes e que aumentavam minha obsessão pela comida”*. Continuava sem tomar café da manhã, conforme fazia desde que começou a tentar perder peso, e apenas almoçava e jantava. No almoço, se permitia ter a *“compulsão”* do dia:

Como eu tinha duas refeições no dia eu percebia que eram as únicas oportunidades de comer algo que eu tinha, e salada todo mundo vê como inofensivo. Então eu entendia que jamais ia ser julgada por comer muita salada. Mesmo que fosse MUITA. Era como se eu tivesse permissão pra comer muito (e saciar meu apetite) com todo mundo olhando e parecesse uma pessoa normal. De novo, talvez esse muito seja muito pra mim, aliás, eu tenho quase certeza disso. Mas eu sentia como se estivesse comendo um boi mesmo, e frequentemente me sentia pesada, o mesmo peso que me fazia vomitar. Mas geralmente não vomitava. Como os outros não iam julgar, eu acabava tolerando o comer muito e inclusive achava isso como um bom mecanismo pra agüentar não comer mais nada no resto do dia.

A *“compulsão”* planejada de Valentina era, portanto, diferente da descrição de um episódio compulsivo segundo o DSM- IV, por não apresentar a *“sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (i.e., a sensação de não*

conseguir parar de comer ou controlar o quê e quanto come)”⁹⁴. Todavia, isso não significa que ela sentisse que o problema da bulimia estava “resolvido”, pois embora considerasse sua “compulsão” por salada no almoço um comportamento até aceitável, pelo qual não seria julgada, permanecia com a sensação de que sua fome era desmedida, algo muito maior do que deveria ser, e sobre a qual tinha um controle bastante limitado:

Será que então eu realmente tinha controle sobre a coisa? Eu não sei ao certo. Culpa não havia. Eu arranjei um jeito de não ter. Um controle parcial, sim. Talvez. Eu sabia quando ia acontecer e como ia acontecer, mas eu acho que esse também foi um dos mecanismos que aprendi com a TCC. A sensação é realmente que ela tenta controlar os sintomas e não a "causa" (e olha q quem fala isso é super fã de behaviorismo, juro!) [...] Você muda os comportamentos mas nem os pensamentos (que pro behaviorismo são também comportamentos) foram mudados - não ao menos no meu caso.

Após ter passado um longo período centrando seu relato na questão do tratamento, Valentina decidiu retomar a narrativa sobre a mudança de colégio. Quando nossas conversas de pesquisa começaram a tratar desse período, Valentina ateu-se principalmente aos aspectos positivos da mudança. Quando lhe perguntei sobre como o transtorno alimentar andava nessa época, inicialmente foi difícil estabelecer a relação entre a bulimia e o novo colégio: a narrativa percorre um novo caminho, voltado para “sintomas” e “tratamento”. É apenas depois desse percurso que Valentina consegue se lembrar de algumas situações concretas que conectam o problema alimentar à vida no novo colégio:

Bom, mas deixa eu voltar na parte do colégio e essas coisas, porque quando eu contei da terapia, eu atravessei um pouco essa parte. Eu contei do tratamento até o fim do terceiro ano, e quando eu estava contando do colégio eu ainda estava contando de estar no segundo. Acho que eu falei do grêmio e depois de ter começado a me perceber doente. Eu lembrei essa semana que nessa época eu realmente não estava muito bem: foi quando eu passei uma semana só bebendo coca light, por exemplo. Eu realmente não comia e se comia vomitava.

Se por um lado descobrir-se bulímica lhe dera algum espaço, e algum reconhecimento da legitimidade de seu sofrimento, “ter problemas” passou a ser uma desculpa para justificar tudo o que não ia bem, e para que Valentina não mudasse de comportamento:

Eu me apoiava tanto que uma vez a mulher que era responsável pelo serviço de orientação pedagógica veio pra mim me chamar atenção de algo, e eu vim com minha resposta pronta de ‘eu não estou bem e etc. etc. etc.’. Aí a mulher me xingou até; disse que eu tinha que reagir e não sei mais o que, que eu não podia ficar me

⁹⁴ CORDÁS (2004).

escondendo nisso e eu fiquei com muita raiva. Mas saí dali dizendo que não ia mais ter problema então. Eu comecei a me sentir um pouco mal por ter uma doença.

A seguir, Valentina me contou a respeito de algumas reflexões mais recentes a respeito do que ela considera como uma das causas de seus sintomas alimentares. Conforme mencionado anteriormente, durante o decorrer da pesquisa ela decidiu sair do apartamento que dividia com a mãe e a irmã e foi morar sozinha. Algum tempo depois, passou a dividir o apartamento com uma colega de pós-graduação, que estava se doutorando:

Bem, eu tô há uns bons meses sem vomitar ou ter pensamentos preocupantes com comida, nem me pesar eu peso mais tem tempo. E foi só ela chegar que eu comecei a me perguntar se eu tava gorda, pensei em vomitar, em fazer exercício físico... Daí eu comecei formulando que era porque ela era apaixonada por doce, tem bombom em todo lugar da minha casa, ela come pão normal, ela come aquilo outro, etc. Depois eu fui ver que não é bem isso. Mas sim tem mais a ver com o que eu pareço pra ela. Essa coisa de estudar é bem significativa: eu não pareço que estudo, porque tô sempre olhando coisa de aula. Logo, ela vai pensar que eu sou uma péssima aluna do mestrado. Então eu tenho que deixar bem clara a minha desculpa ‘eu estou dando aula e ela é importante pro meu currículo.’ A lógica é a mesma [que usar a bulimia/depressão como desculpa]. Isso de repente aparece como a imagem do meu corpo.

Valentina não sabe de onde surgiu essa necessidade de ser vista como perfeita em todos os aspectos o tempo todo, já que sua mãe jamais pareceu exigir excelência de sua parte. Eu perguntei se não podia ser uma tentativa de se defender de alguma rejeição ou abandono – pois uma pessoa perfeita, sem defeito algum que possa ser apontado, não dá motivos para que não a apreciem de alguma forma. Valentina respondeu que isso parecia fazer sentido, e mencionou tanto a sensação de não ser cuidada e protegida, sobretudo no tocante às refeições, que fazia sozinha desde os sete anos de idade, quanto o exame médico invasivo necessário para detectar o problema urinário na infância – vivido como uma violação, com o consentimento e a cumplicidade de sua mãe.

É também após falar sobre o tratamento que Valentina conta sobre a primeira festa junina realizada no sítio dos avós e para a qual convidou os amigos do novo colégio. Saulo já havia terminado os dois namoros, e Valentina estava um pouco interessada por ele. Nesse período, ainda era amiga de Ellen, que foi à festa também, e era a única que sabia de seu interesse romântico pelo amigo:

Nessa festa junina, no entanto, ela foi e ficou paquerando o Saulo a festa toda. Todo mundo achava que eles iam ficar, e eu lembro que eu fiquei bem desesperada

com a hipótese. Achei um bocado de traição, porque ela sabia que eu gostava dele, e ainda por cima, ela passou a noite (dormiu) entre as pernas dele deitada na piscina. Eu achei o cúmulo.

Na verdade, ninguém soube dizer se Ellen e Saulo ficaram ou não, mas Valentina ficou com muita raiva de ambos. Decidiu que era hora de romper definitivamente a amizade com Ellen, que já havia sabotado seu relacionamento com Flávio. Também ficou com raiva de Saulo:

Se eu brigasse só com a Ellen, eu achava que era uma coisa meio injusta com as mulheres. O Saulo também era culpado pela situação. Mas se eu brigasse com o Saulo, eu estava dizendo que eu tava meio a fim dele. Mas eu briguei com ele mesmo assim. Acho isso interessante porque é uma das primeiras coisas que claramente eu consigo ver algum pensamento meu sobre questões de gênero (de alguma maneira). Eu achava ridículo que a mulher fosse considerada desleal, e o cara fosse inocentado numa situação como essa.

Quando voltou para casa, no dia seguinte, Valentina só conseguia chorar. E, ao deparar-se com uma carta anônima de amor na caixa de correio endereçada a ela, apenas se descontrolou ainda mais. A carta era, evidentemente, algum tipo de zombaria. Ela já havia passado por isso antes: aos treze ou quatorze anos de idade recebera uma carta dessas, e ficara muito feliz por ter um admirador secreto – apenas para mais tarde descobrir que a carta havia sido escrita por sua irmã, para zombar dela:

Eu sentei em cima da pia da cozinha da minha casa e fiquei chorando aos berros por horas mesmo, com a carta rasgada na mão. Porque eu li e rasguei. Eu gritava até quando iam fazer esse tipo de palhaçada comigo. Minha mãe tentava me acalmar, mas eu fiquei gritando durante muito tempo, pela infelicidade de nunca ninguém gostar de mim. Foi basicamente nesse dia que a coisa de eu ter depressão começou a aparecer, ou a minha mãe começou a notar que tinha algo de errado. [...] quando eu recebi essa carta anônima aos 16 anos, pra mim era só a lembrança do quanto eu era risível... do quanto ninguém ia gostar de mim. Por isso eu chorei tanto aquele dia. A minha irmã, vendo o meu desespero, fez questão de falar que não tinha sido ela quem havia mandado. Mas dado que tinha acontecido aquilo com a Ellen e o Saulo no dia anterior, pra mim a carta era só a confirmação do quão risível eu era... esse dia então marca essa passagem da descoberta de que eu tinha um problema e da quebra da amizade com a Ellen.

Com o rompimento definitivo da amizade com Ellen, e afastada de Saulo, Valentina ficou mais livre para interagir com as outras pessoas do colégio, e para ampliar ainda mais seu círculo de amizades. Nesse momento ela descreve em maior detalhes a hierarquia social do colégio, mencionada anteriormente. Enquanto os “playboys e as pattys” representavam os valores dominantes de status de elite, os “alternativos” ou “indies” eram uma espécie de

“contracultura”, que propunha outros valores – ainda que de certa forma também reproduzisse mecanismos de hierarquia e exclusão:

Eu me sentia como alguém da "contracultura", mesmo que eu nem soubesse o que contracultura pudesse significar. Também andava com alguns nerds, de modo pacífico, pois que é da "contracultura" supostamente querer uma aceitação de tudo aquilo que não é mainstream. Mas uma coisa interessante é que tinha uns nerds que eram muito nerds mesmo (bem estereotipados), e que meu "acervo" não me dava nenhum acesso quase a essas pessoas. Era difícil conseguir conversar com eles porque eu não dominava o código, e pra mim eles chegavam então a ser chatos. Dois deles, também do segundo ano, queriam entrar no grêmio. Lembro que eu e a presidente do grêmio fomos contra (ela também não dominava o código deles). Mas como éramos só as duas, fomos voto vencido e os dois passaram a fazer parte do grêmio também. O que no fundo foi bom, porque ao invés de simplesmente achar "esses caras são nerds chatos" eu passei a tentar entender o repertório deles e passei a fazer parte do grupo dos nerds também.

Um desses “nerds”, Rodrigo, viria a ser o primeiro namorado de Valentina.

No ano seguinte, Valentina organizou novamente uma festa junina no sítio dos avós, e até fretou um ônibus para que todos os amigos pudessem ir. Essa festa foi a primeira ocasião em que sentiu algum interesse por Rodrigo.

Na noite de inverno, Valentina sentia muito frio, e pediu para sentar no colo de um dos amigos para se esquentar:

Despretensiosamente, acho que nem pedi, eu sentei no colo do Vitor - eu teria liberdade pra isso. Sentei e o pessoal começou a zoar a gente, e eu comecei a falar "é, tô muito a fim do Vitor mesmo" e cheguei mesmo a roubar um selinho dele, que acho que morreu de tanto constrangimento.

Esse tipo de intimidade física, como sentar no colo, ficar abraçado ou mesmo “dar um selinho” de brincadeira não significava necessariamente nenhum interesse romântico ou erótico, mas o fato de que se aproximava bastante disso era exatamente o motivo de zombaria e diversão. Continuaram conversando, até que a maioria das pessoas começou a ir embora. Valentina ficou por lá, e Rodrigo também:

[...] e pedi pra sentar no colo dele e porque eu tava com muito frio, senão eu ia ter que ir embora. Ele deixou e tal, e ficamos lá conversando. Estranhamente um dos tópicos da conversa era o quanto ele não sabia conversar (afinal ele era entre um grunge e um nerd, e dos mais tímidos). E eu ria e falava como se fazia pra conversar: tentava mostrar pra ele como arrumar tópicos absolutamente díspares e montar uma conversa razoável (uma outsider sabia fazer isso pra poder se enturmar, claro). E sei lá, a uma certa altura, a gente ficou de rosto colado, um olhando pro outro... Mas não, não rolou nada! Eu achei aquilo muito estranho! Na verdade, o Rodrigo era considerado um super nerd e bem feinho. Ele não era

muito amigo meu - era muito tímido, e como você se lembra, eu até tinha votado pela não entrada dele no grêmio. Eu achei estranho que ele não tivesse tentado me beijar - meus amigos não faziam isso, mas ele não era exatamente meu amigo.

Depois disso, ambos continuaram se comportando como se nada tivesse acontecido, embora Valentina tenha tido seu interesse despertado. Isso a fez se aproximar mais de Rodrigo. Passaram a voltar a pé do colégio juntos, já que moravam em bairros vizinhos. Embora fosse um pouco longe, Valentina gostava de voltar a pé para casa, também como forma de exercício para evitar o ganho de peso. O trajeto a pé demorava o mesmo tempo da jornada de ônibus, e não custava nada.

Em uma dessas caminhadas, enquanto esperavam para cruzar uma avenida muito movimentada, Valentina ficou encarando Rodrigo, que, ao perceber, perguntou: “O quê?”: *“Eu respondi: ‘Nada’, e fiquei super decepcionada. Como ele era tímido era sempre esse o tipo de reação que ele tinha. Daí eu conclui que ele não estava a fim de mim, que era idiotice da minha cabeça, que não tinha nada.”*

Nesse dia Valentina tinha uma sessão de terapia em grupo, e foi mais arrumada, de maquiagem:

Tudo de propósito, porque eu tava me sentindo meio dark, pinteí o olho de preto. Sei que todo mundo notou (era terapia em grupo que eu fazia na época, porque eu estava considerada meio que sem sintomas mais) (... o que não era inteiramente verdade, mas a terapeuta achava assim...). E eu fiquei sentada no chão meio revoltada ao invés de ficar na cadeira. Eu não entendia NINGUÉM queria nada comigo. Era impressionante! Quando [alguém] queria eram coisas estapafúrdias, cartas anônimas... Afe, teve um outro caso bizarro que eu não vou saber contar agora direito [...] Minha terapeuta tentava arrumar caras pra eu sair pra eu parar de achar que ninguém queria nada. Não vamos comentar agora da postura da terapeuta, ela deixou muito a desejar, como está dando pra ver. Mas aí ela me botou nessa terapia com um grupo e todo mundo era mais velho que eu. Tipo eu tinha 16 anos, o restante uns 18 a 20, e ela insistia para que as pessoas saíssem em conjunto. Aí eu saí uma vez com a moça mais velha do grupo, que me convidou pra ir num barzinho de jogos com uns amigos dela. E daí um amigo dela ficou absolutamente transtornado comigo. Transtornado é uma boa palavra. Eu nem queria nada, pra mim ele parecia é muito velho. E a moça deu meu telefone pra ele, me ligava toda hora. E depois ela contou que ele surtou mesmo. Eu não lembro o que ele fez, mas eu sei que eu fiquei com medo.

Outros pretendentes indesejáveis eram aqueles que se aproximavam dela usando o pretexto de sua posição no grêmio. Responsável pelo contato de produção cultural, Valentina era quem arrumava as bandas para tocarem durante os intervalos das aulas:

Os caras ligavam e ficavam me alugando tentando ficar comigo, e não pra tocar. Tocavam se eu saísse com eles e merdas do gênero. Ou seja: eu ficava puta porque ninguém gostava mesmo de mim, era só coisa ridícula que aparecia. Daí com o Rodrigo, que parecia ser legal e tudo o mais, daí ele não queria nada.

Apesar dessa frustração inicial, Valentina não desistiu de Rodrigo. Foram ficando cada vez mais amigos, e passando mais tempo juntos. Até que, em determinada noite, quando estavam assistindo a um filme na casa dele, com mais um amigo, ela decidiu tomar a iniciativa, e beijou Rodrigo quando estava deitado em seu colo.

Depois de ficarem juntos nos dois dias subsequentes, ele decidiu pedi-la em namoro:

Mas o engraçado é que eu respondi pra ele que eu sabia que ele sabia o quanto eu queria isso, que se não fosse uma coisa que ele quisesse, não precisava. Mas ele disse que queria mesmo namorar comigo, que gostava de mim tinha um tempo e etc. E aí começamos então a namorar :)

Segundo a hierarquia de status social no colégio, Rodrigo era um “nerd bem feinho até”, enquanto Valentina era uma “alternativa bonita”, ainda que não se sentisse assim. Após ter saído do colégio, Valentina ficou sabendo que ali tinha um séquito de fãs do sexo masculino, intitulados “liga da justiça”. Assim, a maioria das pessoas ficava surpresa ao descobrir que estavam namorando:

Valentina: *A gente começou a brincar de dar susto nos outros: o primeiro que a gente contou foi o Vitor. A gente tava na praça da liberdade, os três, não sei fazendo o que... Daí a gente falou "Vitor, olha isso": aí nos beijamos. Ele tipo tropeçou e quase caiu de tão chocada, hehehe. Sim, os dois juntos era uma coisa chocante, que assustava mesmo. E a reação das pessoas sempre era de susto.*

Daniela: E por que você acha que as pessoas se assustavam?

V: *Não esperavam que o Rodrigo me namorasse. Algumas pessoas chegaram a falar que achavam que ele era gay. E outras, eu sei, gostavam de mim. Por menos que eu concorde em dizer isso, as pessoas me achavam muito bonita pra ele.*

O bom humor e a brincadeira de “dar susto” foram a estratégia do casal para lidar com a reação das pessoas ao namoro entre pessoas de status social diferente. Mas Valentina conta que várias vezes precisou justificar sua decisão, sobretudo para outras mulheres. Quando contou para a família, exultante, que estava namorando, sua avó, em zombaria,

disse: “*Ai, só falta ser com aquele Rodrigo!*”. Em relação às amigas, Valentina tinha a forte suspeita de que elas pensavam que só estava com ele por estar

desesperada - o que não era verdade. Eu realmente tinha ficado gostando dele. Daí eu logo já falava e ressaltava as qualidades dele, do quanto ele era doce e gentil, etc. Eu fui a primeira menina que ele beijou. Eu acredito que também devia ser difícil pra ele, na verdade, que inclusive tinha que fazer uma certa encenação pra mim também. Nunca falou que ficava com muita gente, mas me disse que tinha ficado com 4 outras meninas antes de mim, por exemplo...

O namoro de Valentina com Rodrigo colocou em relevo alguns aspectos importantes de várias normatividades em ação na coformação da hierarquia de status social vigente no colégio. Rodrigo certamente não era um representante dos modelos de masculinidade valorizados, nem entre os “*boys*” nem entre os “*indies*”: era um “*nerd*” feinho, tímido, que aparentemente nunca havia beijado ninguém. Suas qualidades apreciadas por Valentina, doçura e gentileza, também não são consideradas masculinas. Os rumores sobre Rodrigo ser gay apontam para a importância da heteronormatividade na coformação das identidades de gênero nesse contexto, de maneira muito significativa. Se por um lado, homens gays, ao desafiar a heteronormatividade, tornam-se homens menos inteligíveis do ponto de vista das masculinidades hegemônicas, ser um homem menos inteligível segundo essas normas de masculinidade parece automaticamente ameaçar a heteronormatividade: a própria heterossexualidade de Rodrigo se tornava, nesse sentido, ininteligível – daí os rumores sobre sua possível homossexualidade.

Ao refletir sobre os diversos incômodos causados pelo estranhamento provocado por seu namoro, Valentina fez os seguintes comentários, que ressaltam o aspecto relacional da coprodução desses padrões de gênero, sexualidade e desejo:

Recentemente eu andei ficando com umas pessoas diferentes... E o que eu percebi é que eu geralmente era tratada como uma espécie de troféuzinho o que é um saco. Eu fiquei com um cara da faculdade, amigo meu, e todo mundo ficou falando que devia ser o dia mais feliz da vida dele. Mas é ridícula a posição que o Rodrigo ficou, por exemplo, porque eu era bonita e desejada, mas nem sabia.

O sucesso de Valentina em performativizar uma feminilidade normativizada (ao menos dentro do círculo “*indie*”) é posto em cheque quando algumas de suas escolhas por parceiros que fogem ao padrão esperado vêm a público. As tentativas dos colegas de conferir inteligibilidade a essas escolhas ressaltam alguns elementos de feminilidade

convencional na tentativa de corrigir o “desajuste”. A escolha de namorar Rodrigo, por exemplo, teria sido motivada por “desespero”, já que Valentina nunca tivera um namorado. E se dentro de um padrão de feminilidade convencional, o que uma mulher deve desejar acima de tudo é um relacionamento heterossexual estável, sua escolha poderia ser justificada, ainda que sob o preço de certa desvalorização de status para Valentina.

Vale notar que essas tentativas de tornar as escolhas de Valentina inteligíveis são apenas tentativas. Em certa medida, suas escolhas ainda permanecem inusitadas, ou mesmo absurdas, e por isso se tornam motivo de zombaria. A zombaria, a fofoca e o comentário social têm, portanto, uma função normativizadora: ao mostrar que a tentativa de tornar essas escolhas inteligíveis é sempre mal sucedida, os comentários ressaltam a imperfeição de Valentina e seus parceiros em performativizar as normas, ao mesmo tempo em que reforçam as próprias normatividades que poderiam ser questionadas por seu comportamento.

Apesar das dificuldades causadas pela diferença de status entre os dois, Valentina e Rodrigo permaneceram muito próximos, desenvolvendo rapidamente grande intimidade e confiança mútua. Logo no início do namoro, Rodrigo contou para os pais que estava namorando e levou Valentina para almoçar em sua casa, o que ocorreu sem problemas. Mas a ideia de retribuir o convite parecia preocupante para ela:

Eu não sabia ao certo o que se fazia com um namorado, mas eu sabia que levar pra almoçar lá em casa era uma coisa estranha. Mas se ele estava me levando pra dele, ele devia esperar algo do gênero da minha parte. Então nesse dia que eu contei em casa [sobre o namoro], eu contei e já disse que ia convidá-lo pra comer lá em casa no dia seguinte. [...] Eu recomendei só que fingissem que tinham educação (essa era uma frase que a minha mãe usava muito em situações sociais). [...] Foi MUITO estranho quando eu cheguei e tinha MESA POSTA na minha casa. Foi a primeira vez que eu vi isso acontecer. [...] Mas MESA POSTA? Eu não esperava. O engraçado é que pra ele a situação passou despercebida. Pra mim, eu fiquei espantada por dias. Eu queria tanto que fosse daquele jeito... Foi aí que eu comecei a querer isso também com mais força. Pra você ver como era mesmo necessário que alguém gostasse de mim. Bastou alguém gostar de mim que passou a ter comida direito, mesa posta... nem que fosse por um dia... mas só pra mim nunca fizeram, nem no meu aniversário que fosse...

Logo no início do namoro, Valentina contou para Rodrigo sobre seu problema de “depressão”. Ele foi muito compreensivo, e a acompanhava ao psiquiatra, esperava por ela

do lado de fora, e, pela primeira vez, Valentina sentiu que tinha alguém para lhe dar apoio e fazer companhia em relação ao tratamento.

O sexo entrou no relacionamento de maneira natural e gradual, e Valentina diz que sua preocupação e insegurança com o próprio corpo não eram um problema nesse terreno, ao menos nessa fase do namoro: *“Engraçado é que só fomos ter problemas desse gênero 7 anos depois, quando eu realmente estava muito ruim [da bulimia] de novo. E ele se acha hoje traumatizado. Acha que ele não sabe fazer sexo ou coisas assim...”*

Ela diz que o sexo era tranquilo e prazeroso, embora só tenha tido o primeiro orgasmo em um relacionamento posterior:

Pra mim nem fazia muito sentido essa coisa que as pessoas têm com sexo. Eu achava mais legal estar junto do que o sexo em si mesmo. Sexo era só um jeito de estar junto - tanto é que às vezes o Rodrigo ficava meio me perguntando se eu tinha gozado, e eu ficava 'mas o que é gozar'? Daí ele dizia que era uma sensação boa. Então eu dizia que a sensação era boa, e que eu estava feliz e que isso era suficiente. Eu costumava falar que eu gostava de estar com ele, e que isso era o que importava (e realmente eu sentia isso, nunca tinha ligado pra gozar não. E só fui 'gozar' quando já estava namorando o Gabriel).

O relato de Valentina foi interrompido nesse ponto. Nesse último trecho de sua história pudemos observar como seu projeto de construir uma nova identidade social, em que poderia ser o que quisesse, por estar livre do estigma de ex-gorda, enfrenta todo um conjunto de novos constrangimentos. Embora a sociabilidade no círculo *“indie”* tenha permitido certa ascensão social para Valentina, as contradições vivenciadas no confronto com as novas normatividades em jogo eram, em vários aspectos, muito similares às aquelas vividas anteriormente, sobretudo no tocante a gênero e sexualidade.

Essas contradições e o transtorno alimentar de Valentina parecem estar intimamente ligados, de várias maneiras. Se a bulimia, enquanto uma prática de controle do peso e da aparência corporal, abriu a possibilidade para uma autorreinvenção, Valentina não ficou inteiramente confortável com o tipo de sucesso que sua nova aparência passou a conquistar – pretendentes “estapafúrdios”. Por outro lado, o medo de engordar e a preocupação com a comida eram angústias constantes, e fonte de grande sofrimento. O alívio oferecido pelos resultados positivos do tratamento era limitado, algo como uma política de “redução de danos”.

O relacionamento com Rodrigo certamente foi uma conquista valiosa, pois propiciava um espaço em que Valentina podia ser um pouco mais “ela mesma”, sem ter que performar o tempo todo a fachada da nova identidade social que inventou para si. Todavia, o relacionamento não estava incólume às pressões das mesmas normatividades de status social, gênero e sexualidade que lhe pareciam excessivamente limitantes. Nessa fase do relacionamento, parece que o casal conseguiu lidar com essas pressões de forma a criar certo espaço de conforto. O comentário de Valentina sobre problemas posteriores no relacionamento, em que uma piora na bulimia coincide com dificuldades no âmbito da sexualidade, parece sugerir que esse conforto teve uma duração limitada.

Quando iniciamos a pesquisa, Valentina ainda namorava com Rodrigo, mas em 2007 terminou o relacionamento, e logo mais tarde começou a namorar Gabriel. Pude conhecer ambos por ocasião de uma viagem a Belo Horizonte em novembro daquele ano. Na época do rompimento com Rodrigo, Valentina me disse que decidiu terminar o relacionamento por achar que ela e Rodrigo haviam se tornado apenas amigos, e permaneciam juntos mais por comodidade do que por interesse romântico. Aparentemente, o fim da relação foi tranquilo, pois ela e Rodrigo permaneceram amigos. Gabriel era um amigo em comum de ambos, e Valentina se dizia muito apaixonada na época do início do namoro, e se sentia plenamente correspondida. Foi a impressão que eu tive ao vê-la acompanhada por Gabriel. Todavia, essa fase de sua vida nunca chegou a ser incluída em nossas conversas de pesquisa propriamente ditas.

Em abril de 2009, viajei para a Nova Zelândia, a fim de conduzir parte desta pesquisa em uma organização de base comunitária. Durante minha estadia na Nova Zelândia mantivemos contato e realizamos várias sessões de pesquisa através de troca de mensagens instantâneas pela internet.

Em novembro do mesmo ano, já de volta ao Brasil, enviei a Valentina a terceira parte de sua história de vida, que eu havia redigido a partir das conversas de pesquisa que tivéramos durante o ano. Ela me enviou a seguinte resposta:

Oi Dani,
tudo bom?

Li o seu relatório e está, como sempre, muito bom. Achei-o fiel à minha descrição e ao que reconheço como minha história. Posso considerar que tanto eu pareço ter conseguido me fazer entendida quanto você conseguiu capturar os fatos e amarrá-

los em algo perfeitamente entendível. Estamos de parabéns!

Bom, após as questões com a minha amiga que morou aqui uns meses, continuei desaparecida pois logo que ela se mudou fui diagnosticada com câncer de mama. Já passei por duas cirurgias - a primeira para retirar um quadrante do seio que estava com o tumor (já de 5cm) e a segunda de esvaziamento axilar (a retirada de todos os gânglios da axila, que é para onde o câncer se espalha). Tem uns 15 dias que fiz essa segunda e voltei para casa hoje (no restante do tempo fiquei na casa da minha mãe). [...] E daqui uns 15 dias começa a radioterapia e, em seguida, a quimio.

Lógico que todas essas questões - que mais uma vez, mexem com meu corpo - estão sendo trabalhosas. mas vou levando.

Não sei como estão seus prazos, e quando devemos continuar. Mas continuaremos.

Sei que você voltou recentemente e também nem sei como está sua vida por aí.

Mande notícias quando der. Conte as novidades, as bonanças que trouxe do outro lado do mundo. E no que der, estou por aqui!

Um grande abraço,

Valentina.

Em resposta, eu lhe enviei a seguinte mensagem:

Oi, Valentina querida.

Putz, que barra! Lembrei que você comentou algo sobre investigar um caroço no seio.

[...] Estou aqui na torcida e no apoio moral pra que você enfrente todo esse processo do tratamento com tranquilidade e força, e que receba todo o apoio e carinho de que precisar. A pesquisa, a gente continua ou não, do jeito e quando for melhor pra você. E a amizade, lógico, essa continua a mesma. [...] Fico feliz que você tenha gostado do nosso trabalho, porque eu também gosto muito. É de verdade uma colaboração, é das nossas conversas que surgem as idéias mais interessantes.

Depois escrevo com calma, contando melhor as histórias. Fique bem, descanse, cuide direitinho de você.

Abraço grande,

Dani.

Ela respondeu:

Oi Dani!

Pois é, não está sendo muito fácil ainda, mas é engraçado que a situação da pano pra manga pra eu pensar. No dia seguinte que recebi o diagnóstico formulei claramente um projeto de doutorado sobre o discurso médico que, pra todo mundo da área acadêmica que eu conto, acha interessante!

Outra coisa é a perceber a diferença de suporte que tenho recebido. Eu não acho que câncer ou bulimia sejam coisas tão diferentes. Não sei, comparar sofrimento é sempre complicado. Mas minha mãe mesmo está totalmente à disposição, tentando me ajudar, me acompanhando, etc. Coisa que jamais fez com a bulimia. (ainda bem que ela está por aqui!)

Outra coisa interessante: obviamente que por mais que eu me considere num patamar saudável para bulimia (definitivamente não preencho os critérios diagnósticos e definitivamente me sinto melhor, mesmo com algumas preocupações estranhas ou tendo recaídas), eu fico aflita com certas coisas do corpo. Uma das coisas que me deixa apreensiva é o fato de que o tratamento possa

me fazer ganhar peso. É uma coisa difusa, pois não é só o fato de engordar. Mas o fato de perder todas as roupas, de não ter grana pra comprar as coisas bacanas q eu tenho de novo, etc. talvez o fato de não controlar o futuro (do meu corpo, da minha vida) sejam assustadoras. E quando eu falo isso com algum médico, eles acham absurdo. Perguntam porque eu não estou preocupada com a possibilidade de que vou ficar estéril pra sempre?? Oras, porque eu nunca quis ter um filho... mas é preciso que eu entre no padrão do sofrimento também. Sofra por isso, não por aquilo. Engraçado não é? (e aí ninguém me responde ao certo se vou ganhar peso, porque minha angustia é "descabida" na situação câncer...)

[...]

Não sei se estou falando muito embolado heheh. Acho que a ausência de contato social (estou ficando muito em casa!) tem feito com que eu as vezes transborde na vontade de falar e fale um pouco emboladinho hehehe

Bom, é isso!

Beijocas,

V.

Um pouco depois dessa nossa troca de mensagens, Valentina escreveu ao grupo virtual fundado por Bel, falando sobre o câncer e como estava se sentindo em relação a isso:

[...] Eu tô passando por uma barra bem chata. Além dos problemas alimentares eu descobri que estou com câncer há 3 meses (não tem nada a ver com o TA, por favor, ninguém se desespere! É só azar grostz mesmo). E o discurso de todo mundo é "nossa, que barra, eu entendo, mas vai passar". Vai passar. Hunft. Como se não fosse nada. Como se fosse um "dodói". E não vai passar. Eu é que vou passar por isso. Mesmo que eu fique curada. E você tenta explicar que mesmo passando eu estou chateada, que isso paralisou um bocado a minha vida, os meus planos, e que mesmo tendo alguma chance de curar os tratamentos são muito pesados. Muito. E nem assim você pode ficar chateada. Nem tendo câncer, que é tão tabu em termos de sofrimento. Não lembro que mensagem pra trás a Ju⁹⁵ escreveu isso... Ela tava respondendo algo ao Davi. Disse mais ou menos que quando é um TA ninguém enxerga (porque é muito pouco material), então não entendem sua dor (nem a auto-mutilação, que aliás é um jeito de materializar o que ninguém está vendo). E aí ela deu o exemplo que se alguém falasse que estava com câncer que talvez aí entenderiam. Eu li e sorri na hora que li. Novidade: não entendem Ju. Incrível. Não ouvem. Se você chora, logo aparece um "você tem que ser forte", "você precisa ficar calma pra vencer isso". In-crí-vel. Como se chorar fosse um baita problema, uma fraqueza da minha parte. E olha que essas foram as coisas mais tranquilas que eu ouvi. Porque tem cada coisa... Se quiserem depois conto, a gente pode conversar sobre isso de lidar com o sofrimento, mas falando só do câncer talvez fique meio off topic. Mas concluindo: talvez ninguém esteja mesmo é preparado pra lidar com o sofrimento alheio...

Optei por reproduzir as mensagens na íntegra, em primeiro lugar, para mostrar como, na minha relação com Valentina, lidamos com o assunto do câncer. Embora em um primeiro momento ela diga estar recebendo muito mais apoio – principalmente da família –

⁹⁵ Os nomes foram trocados para preservar a identidade dos membros do grupo a quem Valentina se refere.

em função do câncer do que recebera em relação ao transtorno alimentar, logo em seguida ela passa a descrever como, para ela, são experiências bastante parecidas, sobretudo no tocante à dificuldade de tornar seu sofrimento visível e compreensível para as pessoas ao seu redor. Nesse sentido, falar sobre esse desconforto tanto para mim quanto para o grupo de apoio foi mais fácil para Valentina, pois somos uma audiência receptiva, compreensiva a esse sofrimento, que parece invisível para quem está de fora.

Apesar da vontade manifesta de Valentina de continuar as sessões de pesquisa para concluir a sua história, não realizamos mais nenhuma conversa de pesquisa. Tentamos marcar alguns encontros virtuais, mas precisei desmarcar um deles em função de outro compromisso de última hora. Em outra ocasião, ela estava muito cansada em função da radioterapia que no começo de junho estava fazendo diariamente. Ela disse que com o tratamento havia engordado dez quilos, que estava vomitando novamente, e se sentindo muito mal consigo mesma. Também manifestou o receio que sentia em relação às cicatrizes que ficariam em razão da retirada do catéter central implantado para a quimioterapia. O tempo todo fiz questão de frisar que seu bem estar devia ser a prioridade, e que ela tinha toda a liberdade de interromper definitivamente a pesquisa quando quisesse. Não chegamos a conversar sobre a evolução do tratamento ou do câncer, mas o fato de que estava fazendo radioterapia diariamente sugeria um agravamento da doença.

Na última mensagem que recebi de Valentina, ela me contou que havia tentado o suicídio, dois dias antes da data que havíamos combinado uma sessão de pesquisa:

Oi Dani,

[...] Pra você posso contar, porque sei que é uma pessoa de confiança e que vai entender. Domingo tentei me matar tomando remédios e veneno e fiquei no cti⁹⁶ ate ontem à noite... Ainda não estou muito bem, obviamente estou triste, com medo de todos estarem me odiando, com a vida esfarelada. E por isso também não apareci. Na verdade, ainda parece que é domingo pra mim...

Mas vamos remarcar sim. De preferência pra semana que vem, pra que eu tente me restabelecer um pouquinho...

Um grande abraço,
Gosto muito de você,
V.

⁹⁶ CTI: centro de terapia intensiva.

Eu enviei uma resposta carinhosa, dizendo que não havia nenhum ressentimento de minha parte, e que ela podia tomar o tempo que fosse necessário pra se recuperar.

Passei muito tempo sem receber notícia alguma de Valentina. Cheguei a enviar alguns e-mails, que não obtiveram resposta. Fiquei com medo que Valentina tivesse morrido, seja em função do câncer, ou talvez em função de uma nova tentativa de suicídio.

Quando já estava finalizando a tese, decidi entrar em contato com sua irmã, que encontrei através de um site de relacionamento social, para saber o que tinha acontecido. Fiquei muito aliviada quando Flávia me escreveu, dizendo que Valentina havia mudado de casa e de telefone, mas que estava melhor, e que iria entrar em contato com ela pedindo que me escrevesse. Alguns dias depois, Valentina me mandou um email, desculpando-se por não ter entrado em contato antes. Nele, contou que a parte mais pesada do tratamento para o câncer já havia terminado, mas que ainda teria que tomar hormônios por um período de cinco anos. A maior parte de sua mensagem era sobre a sensação de devastação causada pelo câncer:

Depois de ter terminado essa parte, a sensação de vida destruída (e corpo mais ainda) continuava avassaladora. Tudo o que eu tinha construído anteriormente definitivamente tinha se deteriorado. Então o jeito foi tentar construir outras coisas. Mudei de apartamento. E de namorado. Arrumei um gato, chama tutu. Terminei meu mestrado, a duras penas. Mas ficou bem feito. O tratamento acaba, mas ficam milhares de sequelas - físicas e emocionais. Custei a recuperar um pouco da disposição física de uma garota de 28 anos (agora 29). [...] Engordei bastante no tratamento, e isso me deixa meio perturbada, por motivos óbvios (ou não tão óbvios, ou não teríamos sua tese rs). Estou oficialmente desempregada e um bocado perdida. Mas não estou deprimida ou vomitando. E isso é bom. Sinto que há muita coisa destruída ainda, mas não sei muito bem ainda como fazer nada disso mudar. Me sinto um pouco desiludida e desmotivada. A sensação de não ter controle sobre nada, com o câncer, ficou um pouco bagunçada. Eu havia feito muito progresso nessa área, entendido muito sobre mim mesma, mas que a doença bagunçou tudo um bocado.

Valentina encerra sua mensagem lamentando não ter “*nada de pronto*” para me contar, acrescentando que está fazendo um regime para perder o peso que ganhou durante o tratamento, mas que apesar do sofrimento causado pela dieta, ela sente que isso não mais domina sua vida: “*Ainda tem uma importância na maneira como eu consigo organizar e conduzir minha vida, mas não me mata. Espero. Estou tentando perceber esses limites...*”.

A história de Valentina termina assim, com um recomeço. O câncer surgiu em uma época em que ela sentia estar a ponto de deixar o transtorno alimentar para trás, e provocou

uma mudança abrupta nessa trajetória. Em vários sentidos, durante o tratamento para o câncer, sua vida ficou em suspenso: não apenas porque o câncer é uma doença muitas vezes fatal, mas também porque o próprio tratamento exigiu que ela suspendesse todas as suas atividades habituais, além de alterar profundamente sua relação com o próprio corpo. Portanto, não é de se estranhar que o fio da meada de sua história tenha se interrompido, e que mesmo agora, quando a pior fase do tratamento já passou, ela não se sinta capaz de retomar a narrativa:

Essa mensagem mesmo que eu estou escrevendo me parece sintomática. Ela está difícil, as palavras não fluem, e provavelmente você vai senti-la meio truncada, quadrada, estranha. Suponho. Mas realmente não sei muito bem o que dizer desse período. É um período de reconstrução mesmo, e não tem nada pronto pra te contar, infelizmente. Bom, vou deixar essa mensagem estranha assim mesmo.

E, assim mesmo, encerro sua história.

PARTE II

A segunda parte desta tese visa retomar alguns elementos presentes nas histórias de vida, para inseri-los no contexto mais amplo de alguns dos discursos contemporâneos circulantes a respeito dos transtornos alimentares. Enquanto as histórias de vida apresentadas nos três primeiros capítulos procuram cumprir a tarefa etnográfica de uma descrição densa, os capítulos seguintes se apóiam nos outros sítios percorridos por essa pesquisa para inserir as histórias de vida em um horizonte narrativo. Esses capítulos, evidentemente, não têm a pretensão de exaurir os temas em questão: cada um deles poderia ser, em si, um tema para uma tese inteira. Seu objetivo é apontar para as inter-relações entre alguns dos temas centrais que emergem das histórias de vida e os discursos sociais mais amplos que participam da produção das experiências sociais narradas.

4. TRANSTORNOS ALIMENTARES, EM RELAÇÕES

O tema das relações familiares e sua conexão com os transtornos alimentares vem sendo bastante explorado pela literatura sobre o assunto, nas áreas de psiquiatria, psicologia e psicoterapia familiar, psicanálise, pesquisa feminista e de gênero. Em lugar de iniciar a análise sobre essa questão a partir de problemáticas suscitadas por essa literatura, proponho, nesta tese, fazer o percurso inverso: partir das formas pelas quais as relações familiares aparecem nas histórias de vida e nas interpretações de minhas interlocutoras sobre suas experiências para então pensar em que medida elas podem contribuir pra corroborar ou problematizar essa literatura.

Mulheres no espelho

Um dos primeiros pontos em comum entre as três histórias de vida é justamente o relativo protagonismo conferido à relação de cada uma das interlocutoras com suas mães, quando comparada às demais relações que estabelecem com outros membros das famílias. Da mesma forma, no que diz respeito à família extensa, é também na família materna que encontramos os relacionamentos mencionados como mais importantes no desenrolar das narrativas e na constituição das identidades das interlocutoras.

A história de Bel, sobre a decepção de seu avô paterno por ocasião do nascimento da filha (mãe de Bel), ao saber que a criança que havia nascido era uma menina, encontra um episódio quase idêntico na história de Vivianne. Creio que ambos os episódios, tão parecidos, e surgidos logo no início das duas histórias, constituem uma pista preciosa na interpretação da função da relação entre mãe e filha nessas narrativas: eles dizem respeito a uma percepção de que, aos olhos de suas filhas, estas mulheres já chegaram ao mundo marcadas por uma limitação, manifesta pela decepção dos avôs como um déficit, em função do seu sexo.

Tanto Bel como Vivianne atribuem diretamente a atitude dos avôs às expectativas sociais de gênero relacionadas ao sexo feminino, embora Bel enfatize o contexto histórico (*“desvalorização das mulheres naquela época”*) e Vivianne atribua o episódio à sua percepção dos homens da família materna como *“machistas e sem cultura”*. Isso significa que ambas as mães entram nas histórias para dizer algo sobre as normas de gênero que constituíram o mundo social que lhes antecede, e em relação ao qual suas narrativas pessoais são construídas. Desse modo, a interpretação que procuro desenvolver sobre as relações das interlocutoras de pesquisa com suas mães diz respeito, antes de tudo, a posições de gênero.

Há que se considerar que as histórias têm como pano de fundo a transformação histórica das expectativas de gênero para mulheres desde a geração das avós das participantes da pesquisa, passando pela geração de suas mães, até a sua própria. Enquanto na geração das avós, as normas vigentes eram de que as meninas deveriam crescer para se casarem, tornarem-se mães e dedicarem-se exclusivamente às tarefas domésticas, a geração das mães faz parte de um contexto histórico em que as mulheres já haviam conquistado o ingresso no mercado de trabalho, ainda que o casamento e a maternidade tivessem prioridade nas atividades que vieram a desempenhar como adultas.

É significativo que nos três casos as mães estivessem trabalhando quando se casaram, como também a necessidade/escolha de abandonar o trabalho em função do casamento ou nascimento de filhos. O eventual retorno ao trabalho ocorreu por necessidade de complementar ou assumir a renda familiar, seja em função de negócios mal sucedidos do marido (mãe de Bel), ou do fim da união conjugal (mães de Vivianne e Valentina). A

mãe de Bel, ao se casar, avisou o marido que pararia de trabalhar para dedicar-se ao projeto de ter um filho, e a mesma decisão foi tomada pela mãe de Vivianne. A mãe de Valentina parou de trabalhar por exigência do marido, após o nascimento da segunda filha.

Nas três narrativas, a maternidade aparece como um desejo, sonho ou projeto de vida para as mães das informantes. No caso da história de Bel, a maternidade surge como um projeto de vida para sua mãe, acalentado desde a infância, a partir dos cuidados com os irmãos mais novos e as responsabilidades assumidas no auxílio dos cuidados domésticos. Lembremos do que Bel disse sobre a mãe: *“Ser mãe sempre foi o único projeto de vida dela... Todos os demais, que vieram a existir, tinham relação com os filhos.”* A descrição de Bel sobre como sua mãe diz ter vivenciado as duas situações de gravidez (*“melhor sensação da vida dela”, “se sentia poderosa, disposta”*) reforça essa interpretação.

Na história de Vivianne, a primeira gravidez da mãe aparece ligada ao desejo de conseguir construir uma vida que a libertasse das restrições da família de origem. Afinal, apesar de ter um trabalho de relativo prestígio em um banco, a mãe de Vivianne não cogitou sair de casa para morar sozinha, antes da gravidez. Preferiu arriscar-se em um casamento com um homem de classe social inferior, enfrentando a desaprovação da família. Quando a mãe engravidou e foi morar com o pai de Vivianne, ela quis parar de trabalhar: *“Ela queria isso: ter uma família e casar”*.

Além disso, a gravidez, mesmo que não tenha sido intencional, serviu para reforçar a concretização da união conjugal. Também é digna de nota a percepção de Vivianne sobre o desejo da mãe em relação à segunda gravidez, interrompida por um aborto espontâneo. Vivianne afirma que por muito tempo tentou ser, para a mãe, o filho que ela não pôde ter, já que a mãe dava a entender, em várias ocasiões, que se tivesse tido um filho sua vida seria diferente, melhor, mais feliz ou mais fácil.

Nas duas histórias, portanto, a realização das mães como sujeitos plenos depende, em grande parte, de sua realização enquanto mães. Já na história de Valentina, a questão da maternidade não aparece da mesma forma, embora a maneira como sua relação com a mãe é retratada por ela tenha outros pontos em comum com as demais, como veremos adiante.

Das três interlocutoras de pesquisa, é Vivianne quem mais explicitamente elabora o contraste em relação à mãe quanto ao posicionamento de gênero. À trajetória profissional

da mãe, “*Sem objetivos, sem carreira, sem paixão*”, em “*trabalhos de mulher*”, ela contrasta sua própria trajetória profissional, sempre relacionada a uma postura ideológica e a um desejo de fazer alguma diferença no mundo. Além disso, ressalta que sua área de atuação, relacionada à tecnologia de informação, cultura digital e ações sociais na área de meio-ambiente, é marcadamente masculina: “*E trabalho em um meio masculino. Tecnologia, é masculino: códigos, eletrônica, política.*”

À dependência financeira da mãe, que sempre ganhou “*muito pouco*”, dependendo da ajuda da pensão alimentícia do pai de Vivianne, de ajuda financeira e dos empregos obtidos dos irmãos, Vivianne opõe sua independência financeira, valorizada, desde os empregos que conseguiu para se manter enquanto morava na praia, até sua atuação atual, em uma ONG, e como *freelancer*. Enquanto isso, sua mãe até hoje pede dinheiro para os irmãos e para a própria Vivianne.

É importante ressaltar que a ênfase de Vivianne em sua independência financeira não se relaciona a um desejo de ascensão social ou de obter prestígio em função do dinheiro. Essas são características que ela explicitamente desvaloriza, sobretudo quando fala da família materna e seus preconceitos de classe.

Esse posicionamento de Vivianne pode ser ilustrado por uma situação que ela me relatou, após termos completado sua história de vida. Em uma de nossas conversas casuais, ela me contou que havia saído com um rapaz que trabalha em uma oficina mecânica perto de sua casa. Para me explicar porque ela achava que não sairia uma segunda vez com ele, me contou que ele se ofereceu para buscá-la em casa, com um automóvel da marca alemã BMW, que ele poderia pegar emprestado na oficina, mas ela respondeu que preferia ir buscá-lo na casa dele, a pé.

A valorização do BMW como símbolo de status pelo rapaz foi, para Vivianne, interpretada como incompatibilidade de interesses. Para ela, portanto, a autonomia financeira figura menos como questão de classe do que como questão de gênero: é o que assegura sua independência e sua capacidade de agir enquanto mulher. Segundo sua percepção, a tendência no mercado de trabalho no Brasil é que as mulheres sejam desvalorizadas e recebam salários menores, como a história de sua mãe parece ilustrar. Seria necessário um esforço extra, um incremento da capacidade de agir, para que uma

mulher conquistou uma posição de destaque e uma remuneração mais justa. Este esforço, que sua mãe não quis ou não pôde realizar, é o que Vivianne acredita estar fazendo.

Na história de Bel, sua interpretação sobre ter nascido como “objeto da necessidade”, conforma a posição de gênero representada por sua mãe na narrativa. Segundo ela, o desinteresse de sua avó materna pela maternidade teria gerado, em sua mãe, essa relação de “necessidade”, e não de “desejo”, em relação às filhas. Na concepção de Bel, a necessidade de sua mãe em relação às filhas significa que esta não é capaz de reconhecer, nas filhas, sujeitos autônomos, capazes de desejos e realizações próprias, porque ela própria não se reconhece como sujeito sem a autorealização que obtém através das filhas.

Isso é patente na fala de Bel sobre a frustração que sentia ao mostrar seus trabalhos para a mãe: *“Porque quando mostrava as coisas para ela sentia como se ela tomasse aquilo para ela, ‘você é minha filha, eu te fiz, logo o que você fizer é produção minha’”*. Da mesma forma, Bel interpreta a depressão de sua mãe, em um momento em que ela conseguira conquistar certa autonomia para si, como um luto, a perda dessa parte de si representada pela filha: *“Estou muito, muito melhor hoje. Não por acaso, minha mãe está trancada em casa, não sai para quase nada e pouco atende telefonemas.”*

A vida profissional da mãe de Bel é encarada como uma necessidade prática de contribuir com o orçamento familiar, sobretudo em situações em que o pai de Bel parece não dar conta de exercer a função de provedor da família a contento. A única tentativa de seu pai de perseguir um projeto mais ambicioso é tragicamente frustrada, e é em função desse fracasso que a mãe toma a decisão de voltar à região de origem da família, no ABC paulista. Apesar da tentativa de procurar apoio na família do esposo, as tensões, enquanto viviam na casa da sogra, logo a levaram a buscar, nos laços de sua família consanguínea, o apoio necessário para encontrar moradia e fonte de renda. É interessante que, apesar de ser a única que não se separou e sempre pôde contar com a presença do marido, isso aparentemente não diferencia tanto a trajetória da mãe de Bel em relação às mães de Vivianne e Valentina.

Já na história de Valentina, começamos com uma imagem um pouco diferente. A avó materna, por exemplo, surge como a autoridade central da casa, durante o período em

que Valentina, sua irmã Flávia, e a mãe, foram morar com ela, após a separação, em função da situação de violência conjugal. Embora os avós maternos de Valentina fossem casados e vivessem juntos, ela insistiu no significado de pensar sempre na casa dos avós maternos como “*casa da minha avó*”. Valentina disse: “*Isso é relevante porque na minha visão minha avó é o homem da casa... assim como eu... ela quem tem a palavra (nesse sentido que somos o homem da casa)*”. E me parece sugestivo que tenha sido na casa dessa avó que sua mãe tenha procurado refúgio quando fugiu do marido após a agressão: isso ressalta não apenas a autoridade da avó, mas sua capacidade de proteger e prover o necessário para a filha e as netas em uma situação de crise.

Lembremos que a avó de Valentina é a única que foi descrita como tendo exercido alguma atividade profissional antes do casamento, mesmo que apenas com “*alguns bicos*”. E ainda que a ascensão social dos avós tenha se dado, sobretudo, em função da carreira do avô como fiscal da Fazenda, era a avó de Valentina quem gerenciava o dinheiro, e multiplicou as posses da família investindo no mercado imobiliário.

À autoridade da avó, considerada masculina, Valentina acrescenta uma certa inabilidade no exercício das tarefas domésticas, tipicamente femininas. Afirmo que sua avó “tem mania de juntar cacarecos”, e descreve sua casa como desorganizada. A descrição da rotina de refeições, a ausência de mesa posta, cada um servindo-se diretamente das panelas do fogão e indo comer no quarto, serve para compor essa imagem.

É curioso notar que, às semelhanças na descrição das mães, se contraponha a diferença da descrição das avós maternas. Enquanto a avó de Valentina era a autoridade da casa, a avó de Vivianne corresponde ao estereótipo da passividade e domesticidade feminina. Ouvia os comentários dos homens da família sobre “ser burra” sem contrariá-los. Assumiu parte dos cuidados em relação à Vivianne, que passava muito tempo em sua casa e lá fazia várias das refeições. A passividade da avó também fica patente quando Vivianne descreve episódios de compulsão alimentar em sua presença, sem se dar ao trabalho de escondê-los e sem que a avó fizesse ou dissesse nada a respeito.

A avó de Bel, por sua vez, não desempenhava nem as tarefas mais masculinas, nem as tarefas femininas que lhe cabiam: foi a mãe de Bel quem desde cedo assumiu as tarefas que caberiam à avó, na organização de atividades de administração da vida doméstica e no

cuidado com os irmãos mais novos. A avó de Bel surge na história como a presença de uma ausência, e é interessante que essa ausência presente continue assombrando Bel muito tempo após a morte da avó.

A mãe de Valentina, entretanto, já é retratada segundo um *script* mais próximo daquele das histórias das mães de Vivianne e Bel: ela também jamais perseguiu uma carreira como projeto de realização pessoal. Sua escolha profissional também se justifica pela necessidade prática de prover a família após a separação. Nesse momento, a dependência em relação aos pais, bem como o fato de o pai e outros membros da família serem advogados, foi o que conduziu sua escolha. Lembremos ainda que sua opção por prestar um concurso público encontra antecedente na trajetória do pai, bem-sucedido em um emprego do mesmo tipo.

Espelho de relações

Um segundo aspecto que se destaca nas histórias de vida, no tocante às relações familiares, é a forma como estas vêm a servir de parâmetro, ou de antecedente, para as relações que as interlocutoras de pesquisa estabelecem fora do contexto familiar, com amigos do mesmo grupo de idade e com seus interesses românticos.

Bel é quem define explicitamente seus relacionamentos posteriores a partir da narrativa sobre a relação com a mãe, através daquilo que ela chama de “*patologia do vínculo*”. Como vimos, Bel acredita que foi filha da necessidade de sua mãe que, por sua vez, teve origem na falta de amor de sua avó. Em certo momento, ela se refere à mãe: “*Não ter sido amada pela própria mãe e sonhar ter um filho para poder amá-lo... E ter um filho e amá-lo e esse amor ser tóxico...*”.

Esse mito de origem define a relação de Bel com o amor a partir de um duplo vínculo: o primeiro é de ser fruto da “necessidade da mãe”, a ponto de ser criada por ela e não conseguir existir de forma independente. É sobre isso que Bel fala quando se define a partir da história do Pinóquio: assim como o boneco de madeira ganha vida através do desejo do marceneiro Gepeto de ter um filho para lhe fazer companhia, é a necessidade da mãe de Bel de se completar, amando um filho, para compensar o amor que não teve enquanto filha, o que traz Bel à existência. É aí que Bel identifica a origem da sensação de

não existir enquanto sujeito de desejo, e o fato de se posicionar nas suas relações de forma ambivalente. Por um lado, ela estabelece vínculos através do que descreve como um “*ser para o outro*”. Por outro lado, em diversos momentos, sente o vínculo como algo tóxico e invasivo, que a impede de existir como sujeito de fato: nesses momentos é que surgem os impulsos de romper todos os vínculos. É esse o paradoxo expresso em sua seguinte afirmação: “*Tenho um fundo melancólico incorrigível. Àquela época a ideia suicida era justificada por uma sensação de estar aprisionada a uma história sem solução. E atualmente é motivada por uma sensação de não estar ligada a nada*”.

A interpretação de Bel sobre a influência de seu relacionamento com a mãe na gênese de seu transtorno alimentar e de sua melancolia guarda extraordinária semelhança com a teoria do duplo vínculo, utilizada para explicar a origem da esquizofrenia, desenvolvida por Bateson e seu grupo de pesquisa na década de 1950 (Ver BATESON et al, 1956). Diversos autores (Gremillion, 2003; RAPIZO, 2003 e SLUZKI, 1997) apontam para a influência deste e dos demais trabalhos de Bateson sobre sistemas cibernéticos no desenvolvimento da terapia familiar sistêmica, e é significativo que Bel relate ter passado por terapia com profissionais desta orientação. Ela afirma com veemência que sua interpretação sobre o relacionamento com a mãe não tem qualquer influência de teorias psicológicas ou psicanalíticas, mas que corresponde à sua percepção dos fatos desde a infância: “*Antes de eu saber que existiam psicanálise e Pinóquio eu já conhecia essa história*”, e “*não daria para entender de outra forma*”. Independentemente de a interpretação de Bel ter sido posterior ou não a seu contato com a terapia sistêmica, creio que o importante a ser observado aqui é a grande influência deste discurso na conformação da experiência de Bel, assumindo um caráter quase que ontológico. Isso demonstra como os discursos terapêuticos são capazes de produzir os fenômenos que pretendem apenas explicar.

Há duas situações narradas por Bel que ilustram bem essa sua forma de compreender sua “*patologia do vínculo*”. A primeira é o episódio dos 80 laxantes, tomados logo após o namorado (Daniel) dizer pela primeira vez que a amava. A dissociação afetiva (“*afeto isolado*”), a compulsão alimentar, e a ingestão da quantidade potencialmente letal de laxantes, seriam motivados pelo receio à ‘toxicidade’ do amor, ou seja, de ser definida como parte do sujeito que a ama, em vez de ser amada como um

sujeito independente. Quando ela afirma que sua mãe não a pariu, é isso o que ela quer dizer: que em sua relação com a mãe, é como se ela ainda estivesse dentro do útero, parte do corpo da mãe.

Acompanhando essa lógica, não parece ter sido casual que sua reação à declaração de amor tenha se dado através de comportamentos característicos do transtorno alimentar. Lembremos que Bel afirma, em outro momento, que “*O TA sustentava alguma individualidade em mim*”. Essa ambivalência parece ter permeado toda a sua relação com Daniel: foi Bel quem decidiu várias vezes terminar o relacionamento, para reatá-lo depois. Segundo ela, quando decidia romper o relacionamento, era por “*desequilíbrio mental*”, “*porque estava deprimida*”. Nesses momentos, ela manifestava a vontade de se “*desligar*”, que relaciona a um desejo de morte. Mas depois, sentindo falta do vínculo, pedia para reatar o namoro: “*Quando rompia com ele, ficava com outros, mas morria de saudades dele e sempre voltava*”.

A mesma chave interpretativa é usada por Bel para entender seu relacionamento com Davi. Quando ele mostrou certo desinteresse no relacionamento, Bel entrou em crise novamente:

O Davi deu a entender – porque não falou, de fato – que talvez já não me amasse como antes e eu pirei. A sensação é a de que com o Davi eu vinha tendo alguém com quem tinha me vinculado, onde investia libidinalmente, com quem imaginava um futuro, e que de repente tudo isso ruiu, e eu ruí junto. É uma patologia do vínculo.

A história sem saída de Bel, portanto, é essa: a de sentir o amor como tóxico, ao mesmo tempo em que sente que precisa de um vínculo para lhe dar contorno, um “*ser para o outro*”. Em outra ocasião, ela me contou que terminou o namoro com Davi pouco depois da conversa mencionada acima. Reatou o namoro, e mais tarde, foi Davi quem decidiu terminar o relacionamento.

Em outra conversa que tivemos, posteriormente, ela me disse que Davi é sua “*ferida narcísica*” atual, que ela gostaria de curar. Para falar sobre isso, mencionou que uma das conquistas de sua vida foi “*dar para o instrutor de capoeira que havia me rejeitado na adolescência*”. Como ela não havia mencionado isso antes, pedi que me falasse sobre esse reencontro com Edson, o instrutor de capoeira. Ela disse não se lembrar direito dos detalhes, mas que em algum momento após o fim do namoro com Ives e antes

de começar a namorar Daniel, ela teve a oportunidade de convidar Edson para ir a seu apartamento: *“Foi uma coisa importante. Eu queria ter dado pra ele na época em que era apaixonada, e ficou aquela ferida narcísica por não ter dado.”*. Edson foi ao apartamento, e Bel finalmente conseguiu transar com ele, sentindo-se realizada e com a sensação de que havia encerrado um ciclo. Embora Edson a tenha visitado mais algumas vezes, não voltaram a fazer sexo, e Bel também não se interessou em transformar esses encontros casuais em algum tipo de relacionamento. Da mesma forma, ela afirma que agora, com Davi, ela apenas quer que ele a queira de novo, mesmo que não seja para reatar o namoro:

Bel: *Eu quero que ele [Davi] me queira, mas não necessariamente para ficarmos juntos.*

Daniela: Só para você não querê-lo mais?

B: *Não, é para eu tapar meu buraco.*

D: A tal ferida narcísica?

B: *Isso.*

D: O não querer abre o buraco, e o querer tampa?

B: *Sempre.*

D: E isso é narcísico porque...

B: *Porque o não querer me despersonaliza. Quando estou envolvida pelo querer de alguém, tenho um formato ao qual me moldar. Quando deixo de ser querida, fico sem forma.*

D: E isso te angustia?

B: *Ave! Essa é a dor da minha existência!*

A dor da existência de Bel parece estar muito bem explicada através de sua própria interpretação dos fatos, que eu adjetivo de “psicanalítica”, mas que ela mesma afirma ser a única forma de explicar as coisas, sugerindo que qualquer referência à psicanálise se deva à coincidência entre esta e sua própria visão. O fato é que, volto a afirmar, *a posteriori*, é impossível dizer o que veio antes: o contato de Bel com as teorias da psicologia e da psicanálise, seja na faculdade ou em terapia, ou sua interpretação da história que se encaixa nesses moldes.

Entretanto, o que está em questão aqui não é saber se a interpretação é de autoria “original” de Bel ou se foi influenciada por esta ou aquela teoria. Do ponto de vista da análise antropológica aqui desenvolvida, os diversos discursos “psi” fazem parte do universo cultural investigado, e não são menos “êmicos” do que qualquer outra teoria nativa. O que importa é que a interpretação de Bel sobre sua história diz respeito à sua forma de ver e agir sobre o mundo, e está ancorada nos discursos que ela encontra disponíveis em sua cultura. O lugar que Bel atribui a si mesma fora de uma cadeia de desejantes não serve apenas para explicar eventos passados, mas para compreender e orientar suas ações no presente e em relação ao futuro. Isso fica patente ao observarmos que o sucesso inicial do relacionamento com Davi foi descrito por ela em termos de vínculo e investimento libidinal, e me parece razoável supor que esses são termos pelos quais ela procura avaliar potenciais relacionamentos no presente e em um futuro próximo.

Por hora, creio que o importante a reter da interpretação de Bel é a noção de função materna nela implícita. Para Bel, a boa mãe situa-se em um ponto intermediário entre a imagem que apresenta de sua avó materna, considerada incapaz de dar amor aos filhos e que entrava em franca competição com a mãe de Bel; e sua própria mãe, excessivamente investida na maternidade a ponto de não ser capaz de reconhecer Bel como um sujeito independente. A boa mãe, portanto, seria aquela capaz de dar amor, ao mesmo tempo em que é capaz de estimular a independência dos filhos e sua constituição como sujeitos, inclusive através de seu próprio exemplo como sujeito desejante de outras coisas além da maternidade. Em outras palavras, deve ser uma mulher capaz de equilibrar um projeto pessoal de carreira e independência com as atividades e cuidado da maternidade: ela deve desejar as duas coisas, e ser capaz de se sentir realizada em ambas, sem depender inteiramente de uma ou de outra para encontrar a satisfação pessoal.

Quanto à narrativa de Bel, creio que há ainda dois pontos importantes e que parecem não se encaixar perfeitamente em sua interpretação sobre sua vida. O primeiro é o relacionamento com Ives, e o segundo diz respeito à sua irmã, tanto na relação com a mãe quanto na relação com Bel.

Segundo minha percepção, o relacionamento com Ives parece ter sido um pouco diferente do binômio amor tóxico/ser para o outro através do qual Bel descreve os demais

relacionamentos. Ela sentia que amava e que era amada, e que isso era suficiente. O relacionamento tinha “*clima de festa*”: “*Não havia convivência com os problemas rotineiros, sabe? Ele tinha pouquíssimo estudo, uma perspectiva de futuro bem distinta da minha, mas eu não me preocupava com aquilo*”. Ao mesmo tempo, quando perguntei a Bel se, em função do relacionamento à distância, limitado às viagens durante as férias e feriados, ela não se sentia angustiada, como se uma parte de sua vida ficasse em suspenso enquanto a outra seguia seu curso, ela me respondeu que não. Ao contrário, manter as coisas separadas era visto como algo positivo para ela: “*E manter um esquema era muito importante. Ter certa previsibilidade, um certo controle sobre minha rotina era vital*”.

Bel também não faz nenhuma relação entre o relacionamento com Ives e os sintomas alimentares ou a depressão. Se, por um lado, ele “*não tinha a menor idéia do que era depressão, e às vezes, em São Paulo, eu estava deprimida*”, e enquanto Ives trabalhava, Bel se dedicava aos comportamentos voltados para emagrecer, por outro, no relacionamento dos dois essas questões não estavam em jogo. A depressão, o transtorno alimentar, a vida em São Paulo, a faculdade e os planos para o futuro pertenciam só a Bel. E ainda que ela desejasse que ele telefonasse mais, ou viesse de vez em quando a São Paulo, isso parecia não perturbá-la muito.

Da mesma forma, quando Bel me contou sobre como descobriu que Ives estava morando com outra namorada, eu reagi com muito mais indignação do que ela. O contraste entre a aparente dependência da nova namorada, também turista e que também perdera a virgindade com Ives, e o relacionamento dele com Bel, também me parece significativo. As queixas de Ives para Bel sobre o novo relacionamento, em que a nova namorada era possessiva e ciumenta, parecem sugerir que o relacionamento dele com Bel estava livre desses constrangimentos, sendo, portanto, algo muito diferente de um relacionamento em que Bel estaria dedicada a “*ser para o outro*”. Da mesma forma, Bel não diz que tudo tenha ruído para ela quando terminou o relacionamento, como ocorreu com Davi, nem que o fato de ter ido para Porto Seguro e ficado novamente com Ives tenha tido a função de “*curar uma ferida narcísica*”, ainda que tenha ficado muito triste quando ele não apareceu para se despedir, e tenha decidido romper definitivamente sua ligação com ele dali em diante.

O segundo ponto que parece escapar um pouco à interpretação de Bel diz respeito à sua irmã, que apesar de no início da infância ser mais delicada e dependente, se comparada a Bel, parece ter sido mais bem sucedida em encontrar sua autonomia e seu próprio desejo: *“Ela [irmã] era bem desejante, realizava o que queria e desfilava a alegria dela. O que ocorria? Era muitas vezes punida. Minha mãe tem inveja da minha irmã, inveja por ela se permitir fazer o que quer, e elas têm altos impasses por isso.”* Entretanto, parece que a inveja e as punições da mãe em relação à irmã tiveram maior efeito sobre o desejo de Bel do que sobre o desejo de sua irmã. Enquanto a irmã enfrentava a mãe, Bel preferiu não falar à mãe sobre seu interesse pelo capoeirista, e disse que *“... por isso eu manipulava até que quisessem algo por mim e eu dizia ‘ah, então tá’. E nisso ficava meio perdida, eu mesma às vezes não sabia o que era desejo meu”*.

Bel não tem explicação para o fato de sua irmã ter sido bem sucedida em sua constituição como sujeito de desejo, enquanto ela própria parece presa a uma história sem solução. Se lembrarmos da descrição de ambas quando bebês, Bel parece dar a entender que era a irmã, *“mais delicadinha, sempre requisitou mais atenção, sempre mais temerosa”*, quem teria, a princípio, mais predisposição a desenvolver um transtorno alimentar. Por outro lado, a primeira descrição de si mesma como bebê - *“Eu era mais de me lançar. Mal sabia andar, queria correr.”* – é contrabalançada por uma descrição posterior, atribuída à mãe, de que Bel chorava muito e *“só parava de chorar no colo dela, grudada à pele dela”*. Esta segunda descrição, sob o ponto de vista de Bel, parece dizer mais respeito ao comportamento ansioso da mãe em relação ao bebê do que ao “temperamento natural” de Bel. Independentemente disso, a irmã de Bel parece ter sido mais bem sucedida em constituir-se como sujeito de desejo, tornando-se independente do desejo da mãe. Segundo sua interpretação, Bel não conseguiu fazer o mesmo, e por isso desenvolveu o transtorno alimentar e sua “incorrigível” melancolia.

Também não fica claro o porquê de Bel não ter se inspirado na resistência da irmã em relação à mãe, apesar da admiração e da vontade de fazer tudo o que a irmã fazia na infância. Ainda que a relação com a irmã tenha sido conturbada e permeada por brigas, sobretudo a partir da mudança da família para Altamira, as duas passaram a se dar bem e estabeleceram uma relação de cumplicidade a partir da adolescência. O apoio da irmã de Bel, ainda que à distância, foi fundamental em sua busca por tratamento para o transtorno

alimentar. Foi na casa da irmã em Salvador que Bel se refugiou em sua mais recente crise depressiva, e teve a oportunidade de retribuir esse apoio há poucos meses, por ocasião do divórcio da irmã, quando Bel passou algumas semanas em Salvador. Bel afirma que ter se tornado uma parceira da irmã é uma de suas grandes conquistas na vida, e me parece significativo que não se encaixe na explicação de curar uma ferida narcísica. Parece que com a irmã, assim como com Ives, Bel conseguiu estabelecer uma relação afetuosa que não é “tóxica”, “invasiva”, e que também dá espaço para que ela seja ela mesma.

Já na história de vida de Vivianne, seu relacionamento com sua mãe e as relações da mãe com outros membros da família servem de contraponto ao tipo de interações que Vivianne procura estabelecer. À postura dependente da mãe em relação aos tios e avós, bem como em relação a seu pai, Vivianne contrasta sua própria postura de gênero desde a infância.

O primeiro momento em que isso aparece é quando ela menciona que queria ser o irmão que não teve, para poder cuidar da mãe. E embora tenha de fato cuidado de sua mãe, quando esta pediu socorro na ocasião em que tomou uma overdose de calmantes, e ainda o faça hoje em dia, ajudando à mãe inclusive financeiramente, Vivianne tinha a percepção que seu cuidado jamais seria suficiente por ela ser mulher.

Além disso, a percepção de que a mãe fora “descartada” pelo pai, bem como o tratamento que sua mãe e sua avó toleravam do avô e dos tios, que as chamavam de “burras”, fizeram com que Vivianne tivesse uma aguda percepção de que uma posição feminina implicava em sujeição, humilhação, em “*ser tratada como um objeto*” que pode ser “*jogado fora*”. A saída encontrada por Vivianne foi tornar-se “*um moleque*”.

Se a mãe se submeteu à vontade do avô e nunca andou de bicicleta porque “*bicicleta era coisa de menino*”, Vivianne continuou andando de bicicleta mesmo depois de seu tio ter passado com o carro por cima dela. Preferia a companhia de meninos e as brincadeiras masculinas, não usava vestido, jogava futebol, era bagunceira e saía para picar. Embora não saiba dizer o que a levou a engordar na infância, não é de todo improvável imaginar que isso tenha uma relação com a corporificação de gênero. Mais gorda, Vivianne não só corporificava uma imagem mais associada à força, sobretudo se somada a seu comportamento e desempenho atlético, como também apagava traços

corporais considerados femininos, como a fragilidade, a cintura e a silhueta curvilínea. Lembremos que Vivianne detestou ficar menstruada aos onze anos, principalmente porque sua avó lhe disse que isso significava “*ficar mocinha*”, parar de brincar e andar de bicicleta, e ter que usar vestido e sutiã.

Até este momento, Vivianne parecia corporificar um estilo “moleque”, análogo à definição norteamericana de “*tomboy*” – usado em referência a meninas. Há alguma controvérsia sobre a exata definição do termo, sobretudo quanto aos usos do termo em diferentes contextos, pelas próprias crianças, como autodescrição ou descrição de outrem; ou por adultos descrevendo as crianças, sejam pais ou professores (PAECHTER e CLARK, 2007). Todavia, o relato de Vivianne apresenta uma autodescrição neste período da infância e início da adolescência que inclui muitas das características comumente atribuídas a “*tomboys*”: liderança, desempenho esportivo e apreço por esportes considerados masculinos, não gostar de usar saia, preferir a companhia de meninos, ser “*encrenqueira*”. Na literatura de gênero, há diversas e conflitantes interpretações do fenômeno (CARR, 1998), que vão desde considerar o “*tomboyism*” como uma rejeição da feminilidade tradicional, androginia ou mesmo uma masculinidade feminina. É também um comportamento que costuma ser analisado, retrospectivamente, a partir de relatos de lésbicas ou transexuais masculinos, como elemento importante na constituição de suas identidades sexuais e de gênero, embora isso não signifique que meninas que foram *tomboys* tenham maiores chances de serem lésbicas ou transexuais masculinos⁹⁷. Embora algumas vezes ser descrita como *tomboy* resulte em alguma estigmatização para algumas meninas, a literatura (CARR, 1998; PAECHTER e CLARK, 2007; ROBINSON e DAVIES, 2010) aponta que, na maioria das vezes, as *tomboys* são aceitas tanto entre meninos quanto entre as meninas, e que esse comportamento pode ser visto inclusive como vantajoso, por possibilitar que essas meninas tenha acesso a fontes de prestígio e possibilidades de ação tradicionalmente reservadas aos meninos.

Com a aproximação da adolescência, entretanto, a tendência é que a situação se modifique, diante da maior pressão, dos pais e dos colegas, para que assumam um comportamento mais feminino. Nessa fase, é comum que as *tomboys* sejam vistas como

⁹⁷ A literatura parece sugerir, contudo, que a correlação inversa possa existir, ou seja, que muitas das lésbicas e dos transexuais masculinos tenham sido *tomboys* na infância.

más influências para suas amigas que performatizam uma feminilidade mais convencional. Robinson e Davies (2010) relacionam explicitamente esta pressão a receios em relação à orientação sexual destas meninas, notadamente o medo de que se tornem lésbicas.

Quando Vivianne decidiu emagrecer, foi exatamente na época em que começou a se interessar romanticamente por um de seus amigos do bairro. Também foi com essa idade que ela diz ter usado vestido pela primeira vez. Mas seu receio de, ao assumir alguma feminilidade, ser colocada no lugar de sujeição que a família materna atribuía às mulheres foi o que, de seu ponto de vista, a levou ao transtorno alimentar e ao abuso de álcool e drogas. Algumas de suas atitudes, como dar o primeiro beijo aos onze anos de idade, apenas para contrariar os pais, que diziam que ela *“só podia beijar com 15 anos porque eu era menina”*, ou perder a virgindade com um rapaz desconhecido em Porto Seguro, apontam para uma tentativa de exercer uma heterossexualidade e feminilidade diferente daquela prescrita pela família.

Mais tarde, Vivianne passa a corporificar uma feminilidade nessa direção, quando tingiu o cabelo de loiro platinado e começa a usar roupas de axé, corporificando a “puta” que fora acusada de ser. Mas, apesar de ser uma tentativa de evitar o aprisionamento do modelo de feminilidade reforçado pela família, Vivianne diz que corporificar a “puta” era uma forma de autoagressão: *“Porque queria matar a Vivianne que tinha feito, queria me livrar de qualquer resquício do mundo que me suprimia. Porque eu queria ser mulher, mas tinha medo de ter opinião sexual, de ser inteligente, de ser alguém. Queria ser mulher, mas não só mulher”*. Se performatizar um moleque permitiu, na sua infância, que ela escapasse às limitações impostas pelo gênero a uma menina, corporificar a “puta” era a forma de destruir o aparente destino de, ao tornar-se mulher, ser reduzida a uma *“mulherzinha”*. Foi apenas mais tarde, a partir de seu relacionamento com Arnaldo, que Vivianne pôde começar a descobrir uma forma de exercer sua feminilidade e sexualidade sem se sentir aprisionada.

No relacionamento com Arnaldo, que nunca se configurou como um namoro que supusesse exclusividade ou fidelidade de ambas as partes, Vivianne foi aos poucos descobrindo que poderia ser mulher sem ser tratada como *“boneca”*. Com Arnaldo, ela podia ser agressiva, e ele podia ser agressivo com ela, sem que se sentisse agredida. Vale

lembrar que Vivianne parece atribuir à agressividade mútua do relacionamento o sentido de certa equiparação em termos de gênero: que Arnaldo expressasse sua raiva e gritasse com ela significava que ela não era uma “boneca”, que não precisava ser protegida ou tratada como “mulherzinha”.

Creio que uma fala importante de Vivianne sobre Arnaldo merece destaque: “*ele não queria saber da minha vida, não me tratava como mulherzinha*”. Algo muito parecido ocorria no relacionamento de Bel com Ives, e no que ocorreu entre Valentina e Lúcio. Não por acaso, Ives, Lúcio e Arnaldo ocupavam posições inferiores quanto à classe social, além de morarem em cidades litorâneas que dependem, em grande parte, do turismo como atividade econômica. Nos três casos, as diferenças de classe social e de regionalidade parecem ter facilitado uma relação mais igualitária em termos de gênero.

O contexto do turismo, que implica em uma estadia temporária em um outro lugar, permite o estabelecimento de relacionamentos menos limitados pelas normatividades habituais, exatamente por serem concebidos como “amores de verão”: transitórios, mais voltados para o “lazer” do que para a constituição de um relacionamento sério. Que os três relacionamentos tenham sido considerados importantes pelas interlocutoras de pesquisa no seu processo de constituição como sujeitos e, sobretudo no caso de Bel e Vivianne, tenha ultrapassado os limites da duração esperada de um relacionamento casual de “férias”, mostra que a burla temporária das normatividades em contextos de turismo pode ter efeitos mais duradouros, e consequências que alcançam a vida cotidiana e “real” dos sujeitos.

O mesmo tipo de burla de assimetrias parece ser válido no que diz respeito à idade, quando Vivianne diz que prefere sair com homens mais novos, entre 18 e 20 anos, para não ter que se envolver mais, compartilhar muito de sua vida ou fazer planos conjuntos para o futuro. A assimetria de classe (e de idade, no caso de Vivianne) contribui para produzir maior simetria de gênero entre os casais, ressaltando a importância da produção interseccional do gênero na conformação das experiências afetivo-sexuais das colaboradoras de pesquisa.

A história de Vivianne também mostra a estreita ligação entre gênero e uma sexualidade heteronormativa, monogâmica e voltada para o casamento ou uma parceria estável, que implique em planos conjuntos para o futuro⁹⁸.

Resta, pois, retomarmos a história de Valentina. Diferentemente de Vivianne, Valentina não estabeleceu, em seu relato, qualquer ligação direta entre o relacionamento de seu pai e sua mãe, nem à violência conjugal e seu posicionamento de gênero, nem mesmo quando afirma defender políticas feministas atualmente. Diferentemente de Bel, Valentina também não relaciona diretamente seu transtorno alimentar à maternagem propriamente dita.

Todavia, me parece relevante que os primeiros comentários sobre peso tenham sido feitos pela avó. Foi após ir morar com a avó que Valentina passou a ter consciência do próprio peso, se avaliar como gorda e se familiarizar com dietas de perda de peso. Segundo Valentina, a avó sempre foi muito vaidosa, “*adora cirurgias plásticas*” e, sem nunca ter sido nem magra nem gorda, constantemente falava sobre e fazia regimes. A avó também criticava a filha e as netas por causa do peso, dizendo que não deveriam estragar seus corpos daquele jeito (referindo-se ao peso das três). Valentina também comenta que, já após a separação, seu pai passou a se referir pejorativamente à sua mãe como “*gorda*”. Foi também junto da avó, da mãe e da irmã que ela começou, meio involuntariamente, a fazer dietas:

E aí, já que tinha essas críticas da minha avó, ela colocava a gente na dieta também. Eu devia ter 9 anos. A primeira que me ocorre de terem me feito participar é a de um livro (...) Depois minha mãe entrou no vigilantes do peso e trazia as dietas e receitas pra casa e fazia eu e minha irmã fazermos. Lembro de almoçar muito sanduíche por conta disso. Tinha uma coisa da primeira semana ser sanduíche com pão integral, cenoura, frango no almoço. Acho que é isso. E comer muita fruta também, que acho que tinha 5 porções por dia. Outro hábito dessa época foi o do refrigerante diet. Só se bebia refrigerante diet na minha casa (desde que morei com minha avó) porque todo mundo na casa precisava perder peso. (Inclusive, mais velha, quando me perguntavam porque eu estava comendo

⁹⁸ Esta é exatamente a forma de sexualidade que Gayle Rubin (1993) aponta como o topo da pirâmide de estratificação sexual. Em “*Thinking Sex*” (1993), Rubin reviu a posição que adotara em “*The Traffic in Women*” (1993 [1975]), e tenha passado a defender a separação analítica entre sexo e gênero para se contrapor a interpretações simplificadoras que derivam a sexualidade de gênero. Creio, entretanto, que a história de Vivianne sugere a possibilidade de uma releitura da estratificação sexual de Rubin, a partir da rearticulação entre sexo e gênero desenvolvida por Butler a partir da ideia de que o gênero é produzido pelo princípio da heteronormatividade, tal como proposto pela própria Rubin em sua definição do sistema sexo-gênero.

batatas-fritas com coca light eu sempre respondia "eu tomo refrigerante diet desde os 9 anos. Não gosto do gosto da comum, já me acostumei").

Além disso, quando Valentina passou a fazer sua própria dieta e exercícios físicos em excesso, perdendo peso rapidamente, foi sob aprovação e aplauso familiar.

Outro momento em que a relação com a mãe surge como relevante é no episódio em que Valentina provoca vômito, achando que ia morrer de congestão. Quando contou à mãe, ficou incomodada com sua indiferença. É a indiferença da mãe que também aparece como fonte de conflito quando Valentina relata que a psicóloga convocara sua mãe ao consultório para contar a ela sobre a bulimia, mas a mãe continuou dizendo que ela tinha depressão. A bulimia permanecia invisível, da mesma forma que o pote que Valentina usava para vomitar durante o banho sempre ficou à vista de todos, mas nunca foi mencionado.

A bulimia, nesse aspecto, parece ser o símbolo daquilo que Valentina identifica como indiferença ou omissão de sua mãe em relação a seu sofrimento. Desde a infância, seus protestos eram considerados pela mãe como problemas de agressividade a serem corrigidos por medidas como exercícios físicos e terapia, e não algo com o que ela, como mãe, tivesse que lidar. A situação que Valentina menciona ter ameaçado vomitar na cara da mãe e da avó, quando em uma discussão com a avó a mãe não interveio para defender o espaço da filha, ilustra a questão com precisão.

É a partir desse ponto que a interpretação de Valentina sobre seu sofrimento se aproxima da de Bel, quando ela menciona a sensação de não existir. Valentina relaciona a sensação de inexistência à indiferença da mãe, mas também a diversas outras situações em que sua vontade foi ignorada, ou que seu desejo de ser vista positivamente por alguém era frustrado: quando beijou o menino no clube a despeito de sua vontade de que o primeiro beijo fosse com Paulo; quando Paulo zombou dela por ter ido de meia-calça à natação ou por parecer gelatina após ter emagrecido; quando provocou vômito após ter comido hambúrgueres na casa de uma amiga sob a insistência dela. De certa forma, Valentina define essa sensação de inexistência a partir de uma posição na relação com outras pessoas muito semelhante à história sem saída de Bel: *“É um pouco paradoxal. Ao mesmo tempo em que eu precisava de alguém me reconhecer, se essa interferência do outro fosse demais, eu sentia que não existia”*. Mas, de forma diferente de Bel, Valentina não diz ter

dificuldade em identificar seu próprio desejo, e tampouco atribui a origem do paradoxo à relação com a mãe.

Outro relacionamento familiar que tem destaque na história de Valentina é seu relacionamento com sua irmã, Flávia. Grandes parceiras nas brincadeiras na infância com as primas e amigas, a amizade entre as irmãs parece ter sido favorecida inicialmente pela pequena diferença de idade. Todavia, quando chegam à adolescência, um elemento de competitividade surge na relação, partindo, inicialmente, de Valentina.

Valentina conta ter tido muito ciúme da irmã inicialmente, que era mais magra do que ela, ainda que fosse “gordinha”. Isso tem relação direta com o hábito familiar de dietas constantes, com valorização da magreza e os frequentes comentários a esse respeito. A fotografia tirada de Valentina e Flávia por ocasião da formatura da mãe sintetiza bem essa percepção: Valentina se ressentia dos elogios à elegância, à beleza e à magreza da irmã na foto, comparada a Lady Di, e por contraste, sentia-se gorda, feia e deselegante.

Outra fotografia, tirada pela mãe no dia da primeira menstruação da irmã, também é símbolo desse ressentimento. A irmã, apesar de ser mais nova, menstruou primeiro, e a mãe pareceu dar importância especial ao fato, valorizando-o como marcador de feminilidade por meio do registro fotográfico. Já a primeira menstruação de Valentina não recebeu qualquer atenção especial por parte da mãe – mais um elemento que confirma sua sensação sobre a indiferença da mãe em relação a ela.

Quando Flávia começou a namorar, aos onze anos, Valentina procurou se aproximar da mãe, que não via o namoro da filha com bons olhos, pois a achava muito jovem para namorar. Valentina vigiava cada passo da irmã, para contar tudo à mãe. Também procurou aliar-se à avó, juntando-se a ela na zombaria a respeito do peso do namorado de Flávia. Todavia, essa estratégia parece não ter modificado significativamente a tendência da mãe de aliar-se a Flávia, em oposição a Valentina. Essa aproximação da mãe com Flávia surge também em momentos posteriores, sobretudo nos conflitos gerados em função da briga de Valentina por um espaço na vida familiar. Nesses conflitos, a polarização acontece sempre entre Valentina, demandando mudanças, de um lado, e sua mãe e Flávia, procurando manter as coisas como estavam, do outro.

Minha hipótese é a de que Flávia performatizava uma feminilidade mais próxima daquela corporificada e valorizada pela mãe, e isso facilitava a aliança entre as duas. Ambas parecem preferir acomodar-se a evitar confrontos e discussões, ao menos segundo a visão de Valentina. Esta, por sua vez, sempre teve uma postura mais agressiva, manifestando sua raiva, suas queixas e insatisfações – traços que faziam com que fosse comparada a seu pai. A estratégia da mãe de corrigir a agressividade de Valentina canalizando-a para o esporte reforça a ideia que esse traço era tido como masculino.

Mais tarde, quando Valentina já havia emagrecido e passou a fazer algum sucesso com os rapazes nas matinês do clube, Flávia passa a criticá-la por “ficar”: “*A Flávia não só não ficava como também condenava quem o fazia*”. Enquanto namorar implicava em compromisso afetivo, “ficar” era mais uma aproximação erótica casual (“*Era só isso: ir, ficar, beijar, beijar. Nada de muito papo não*”), e Flávia considerava isso moralmente condenável. Esse é mais um indício de que Flávia performatizava uma feminilidade mais convencional do que Valentina.

Ao longo deste capítulo, procurei mostrar de que maneira a experiência das relações familiares adquire significado nas histórias das três interlocutoras, na forma como vão construindo narrativamente sua própria posição enquanto sujeitos. Os relacionamentos com outras mulheres da família, como as avós maternas, irmãs e, sobretudo, as mães, assumem um lugar central nesse processo.

Os relacionamentos com os homens da família parecem ocupar um lugar secundário, e quando surgem, aparecem normalmente através das relações que elas mantêm com outras mulheres da família, e não na relação direta com as protagonistas das histórias. À centralidade das mães, contrasta-se o quase total desaparecimento dos pais nas narrativas.

Na história de Valentina, o pai aparece principalmente como perpetrador de violência, não apenas em relação à mãe, mas também na agressão verbal às filhas. Quando descreve o alcoolismo e a tentativa de suicídio do pai, ela manifesta sua desesperança em relação à possibilidade de estabelecer algum relacionamento com ele, o que acaba levando ao rompimento definitivo de contato. Nas ocasiões em que era comparada ao pai, a

comparação sempre era no sentido de apontar falhas em comum. Por outro lado, Valentina parecia resistir à comparação e rejeitar qualquer identificação com o pai.

Na narrativa de Vivianne, os homens da família parecem ocupar um espaço mais proeminente, e sempre de maneira negativa, frequentemente como agressores, através das ofensas dirigidas à mãe e à avó, e também no caso do atropelamento da bicicleta. O pai também é retratado de forma bastante negativa: no abandono à família, em sua incapacidade de prover qualquer tipo de apoio a não ser auxílio financeiro. Embora isso não tenha sido incluído na história de vida, foi através do segundo casamento, com uma viúva de posses, que o pai de Vivianne pôde se estabelecer financeiramente, fazendo investimentos no ramo imobiliário. Da mesma forma que Vivianne critica o materialismo e o preconceito de classe da família materna, ela também não aprecia o que considera como materialismo e ambição social do pai.

Na história de Bel, por sua vez, os homens da família pouco aparecem, e o fato de que seus pais não tenham se separado parece não conduzir a uma maior participação de seu pai na narrativa. O avô de Bel surge na história como alvo de disputa de sua mãe e sua avó. Seu pai, por sua vez, já ingressa na narrativa como o namorado “moleque”, escolhido por sua mãe como marido por ser responsável: no namoro e no casamento, é a mãe de Bel que figura como agente das decisões. Descrito por Bel como “*apagadão*”, o pai sempre surge como o personagem que não alcança um objetivo, do empreendimento frustrado em Altamira, passando pela recuperação econômica da família, e até mesmo nas sessões de terapia familiar, como aquele que não consegue falar sobre os sentimentos e prefere ficar calado.

Tudo isso parece sugerir que, no processo de constituição narrativa das interlocutoras de pesquisa como sujeitos corporificados, seu posicionamento de gênero depende de diferenciações e oposições estabelecidas em relação às demais mulheres⁹⁹,

⁹⁹ E se as identidades de gênero das interlocutoras de pesquisa são menos construídas em oposição, ou em subtração, a um ideal de masculinidade, do que em relação a um ideal normativo de feminilidade, me parece que estamos diante de algo análogo ao que Braz (2007) observa, em sua pesquisa sobre práticas sexuais entre homens em São Paulo, no tocante à constituição do “macho” como objeto do desejo em oposição à “bichisse”, propondo “pensar que quando esses homens se dizem machos não estão se opondo necessariamente à feminilidade” (BRAZ, 2007, p. 187). Isso demonstra como pensar a produção do gênero a partir de uma matriz normativa permite compreender a complexidade do processo de co-produção de identidades de gênero para além da simples oposição binária entre masculino e feminino.

como também a forma como posições de gênero são coproduzidas e ganham inflexões específicas em função de posições de classe, escolha profissional, exercício da sexualidade e a performance corporificada de atributos gendrados, como gordura/emagrecimento, disciplina corporal em dietas e esportes, agressividade/passividade, apropriação da autoridade discursiva etc.

No artigo “A burla do Gênero” (2004), Heloísa Pontes oferece um exemplo de análise da elaborada imbricação entre gênero, corpo, autoria, nome e renome, no momento da constituição do teatro brasileiro moderno. Partindo da trajetória de Cacilda Becker, Pontes revela, através das sucessivas realocações da atriz no campo do teatro brasileiro, as injunções entre corpo, gênero, nome e renome implícitas nas regras de interação e na valorização de capital simbólico que compõem a configuração específica do campo nesse momento. Desse modo, a autora é capaz de explicar o porquê de “mais do que em qualquer outra esfera da produção cultural e intelectual brasileira até os anos de 1950, no teatro as mulheres conquistaram mais cedo e de forma eloqüente o nome próprio e o renome a ele associado.” (PONTES, 2004, p. 235).

Inicialmente destituída de quase todo o tipo de capital social, econômico e cultural, Cacilda Becker conquistou um nome próprio no campo do teatro moderno brasileiro que se implantava nos anos de 1940. Se, por um lado, o contexto de renovação da cena teatral paulista da época foi um cenário favorável para a formação e o amadurecimento de Cacilda na profissão de atriz, por outro lado, as próprias convenções teatrais, que permitem a construção, no palco, de uma realidade negociada entre atores e público, constituem um engenhoso mecanismo de ‘burla’ que somente se realiza através do corpo treinado pela atriz.

As três histórias de vida apresentadas sugerem estarmos diante de um contexto que, à semelhança do campo teatral paulista da década de 1940, abre a possibilidade para que estas jovens mulheres se utilizem da burla de gênero como estratégia de deslocamento social, para driblar diversos tipos de exclusões a que estavam sujeitas. A possibilidade desta burla surge da convenção que estabelece o corpo como alvo de intervenção e aprimoramento, em que a transformação obtida através destas formas de disciplina corporal é, simultaneamente, produtora de sujeitos sociais.

Jogo de corpo

O presente item procura analisar alguns elementos do processo de constituição de sujeitos, explorados anteriormente neste capítulo, ampliando o alcance social a partir das relações familiares. Expandindo o foco para como as histórias de vida apresentam a constituição de seus sujeitos por meio da socialidade¹⁰⁰ em uma escala mais ampla será possível voltar a atenção para o lugar da corporalidade nesses processos.

Esta estratégia de exposição analítica, vale ressaltar, não deriva de uma concepção das relações familiares como uma dimensão autônoma ou autocontida da socialidade. Ao contrário, para falar sobre as relações familiares foi necessária a referência a formas pelas quais tais relações conformam e são conformadas por relações econômicas, de trabalho, intergeracionais, afetivas, eróticas, de amizade, inimizade e competição. Se a análise começa pelas relações familiares, é apenas para acompanhar a estratégia narrativa adotada pelas interlocutoras de pesquisa em suas histórias de vida – estratégia essa que certamente está relacionada ao lugar atribuído, nesse contexto cultural particular, à família como modelo a partir do qual as demais relações sociais são estabelecidas.

Saindo da esfera das relações familiares, são os grupos de amigos da mesma idade, composto tanto pelos colegas de escola quanto por amigos do bairro, que constituem o espaço social relevante para a compreensão da constituição das subjetividades das colaboradoras de pesquisa.

Um elemento comum às três histórias é a descrição das três protagonistas como líderes competitivas na esfera dos grupos de idade, a partir das brincadeiras na infância. Inicialmente, tais traços, atribuídos às suas personalidades individuais, incluindo também a inteligência e a criatividade, pareciam prevalecer sobre a apresentação corporal no processo de aquisição de status nesses grupos de idade. Ao mesmo tempo, na condução das

¹⁰⁰ Creio que o uso do conceito de socialidade, tal como proposto por Strathern (1996) é mais adequado para a reflexão aqui desenvolvida, não apenas por dar centralidade ao aspecto relacional da produção social de pessoas, em oposição a uma ideia de normas sociais que se imporia sobre indivíduos enquanto unidades pré-existentes, mas também por permitir pensar estes processos de constituição de pessoas para além dos limites restrito de uma sociedade específica, pensada como unidade circunscrita e autônoma. Pensar os transtornos alimentares a partir do conceito de socialidade possibilita que, ao refletirmos sobre sua incidência em distintos contextos culturais, não nos aprisionemos em ideias como a de “aculturação”.

brincadeiras, as três informantes pareciam ser capazes de operar com maestria símbolos de status e valores desejados, para persuadir e mesmo manipular os colegas a entrarem no jogo, e, assim, estabelecerem a liderança.

Bel, por exemplo, afirma que a percepção de ser “*feinha*” durante a infância era mais relevante dentro de casa do que na escola: “*Na escola foi um tempo ótimo.... Era feinha, mas era líder. Inteligente, eu inventava brincadeira, comandava os trabalhos, era uma formadora de opinião. Nem me importava com o aspecto físico*”. Também acrescenta que fazia questão de se destacar nos estudos, e de não gostar da ideia de que alguém fosse melhor do que ela.

Vivianne faz uma declaração quase idêntica, quando relata que era muito competitiva, tanto nos esportes quanto nos estudos: “*não suportava que alguém fosse melhor que eu*”. Jogava tão bem futebol que, na aula de educação física, jogava entre os meninos, e também fazia questão de se equiparar a eles na molecagem: “*tacava a zona na escola, e fazia parte da turma dos moleques bagunceiros*”. O episódio da simulação de possessão, com o objetivo de assustar a vizinha “*patricinha*”, é um ótimo exemplo de como Vivianne era capaz de manipular alguns marcadores sociais em uma performance para dominar a situação. Para se contrapor à arrogância e à “*frescura*” da vizinha “*patricinha*”, Vivianne usou o temor em relação a religiões populares afro-brasileiras para tornar sua encenação de possessão mais convincente, e mais aterrorizante. Por sua vez, para se livrar do castigo da mãe, encenou uma inocência infantil, afirmando ter realmente acreditado na presença de um espírito.

Valentina, por sua vez, liderava as brincadeiras que inventava e coordenava, e gostava sempre de assumir o papel de protagonista: “*rainha do universo*”, “*apresentadora de TV*”. Mesmo nas brincadeiras em que a boneca era salva da vida de mendiga pela ascensão social via casamento, parece que a diversão estava em assumir o controle do destino da boneca ao armar o enredo e determinar o seu destino. Esse traço também aparece em seu gosto pelo videogame *Atari*, um jogo extremamente competitivo e considerado masculino.

É na fase da pré-adolescência, entre os nove e os doze anos de idade, que as três colaboradoras de pesquisa relatam que começaram a perceber sua aparência corporal como um limite social.

Foi entre os nove e dez anos de idade que Bel passou a se perceber como “gorda”, a partir da zombaria de sua melhor amiga sobre seu maiô fazê-la ficar com “*gominhos na bunda*”. A partir de então, passou a esconder o corpo sob uma camiseta quando ia à piscina, a pensar que os picolés a fariam engordar, e notou que tinha vontade de comer mais do que aquilo que lhe era servido pela mãe da amiga. Embora sua irmã já houvesse zombado de seu peso antes, é apenas a partir do comentário da amiga que essa percepção sobre o excesso de peso e comida ganha materialidade em seu corpo.

Nessa mesma época, o desempenho escolar e a inteligência deixam de ser suficientes para conquistar status e popularidade entre os colegas da escola: “*Virei uma nerd que tinha duas amigas nerds e que era zombada pelos demais. Ainda era a melhor aluna, mas sofria com as humilhações dos descolados*”. A habilidade em detectar o que os outros esperavam e valorizavam permitiu que Bel conseguisse transformar a imagem de *nerd* e passasse a ser aceita entre os “*descolados*”, descritos como “*bagunceiros*”. Bel conseguiu provar que era também divertida, além de inteligente, e conseguiu ser aceita no grupo de prestígio, ao menos parcialmente.

O fato de não ser bonita parecia ser uma barreira intransponível, que a relegava sempre ao papel de coadjuvante nesse círculo. Quando desenvolveu uma paixão platônica por um dos meninos do grupo, que também era um coadjuvante, e que “*não era bonito, nem inteligente, nem muito divertido*”, teve vergonha de revelar seus sentimentos, até mesmo para as amigas, por ter certeza de que não seria correspondida. A feiúra era um obstáculo visto como intransponível para uma menina no momento de estabelecer relacionamentos românticos: mesmo sendo inteligente e divertida, Bel se sentia em posição inferior ao menino que, além de não ser nenhuma dessas duas coisas, tampouco era bonito (mas também não era feio).

A lógica subjacente à composição de pares românticos, explicitada por esta situação, é a de que a pessoa sempre deseja como parceiro alguém que se encontra em uma posição equivalente ou superior à sua própria na escala de prestígio do círculo social. Se

conseguir estabelecer uma ligação com um parceiro de posição superior é tida como uma possibilidade de ascensão nessa escala, a rejeição na tentativa de fazê-lo só viria a confirmar, publicamente, a posição inferior daquele que fracassa. Bel decidiu não correr esse risco, mantendo sua afeição pelo colega em segredo, e arrependendo-se, envergonhada dos comentários, quando a revelou para as amigas. Isso dá a entender que Bel tinha poucas chances com o menino de quem gostava, por estar em uma posição inferior à dele na escala de prestígio, e isso se deve ao fato de ser “feia” – o que parece indicar que a beleza teria maior influência na definição do status de desejabilidade das meninas do que dos meninos.

Foi aos dez anos que Vivianne relata ter sofrido com os comentários dos colegas por ocasião de uma comemoração de seu aniversário na escola – disseram que ela terminara o dever de classe mais cedo apenas para ir comer o bolo, sugerindo que, por ser gorda, seu maior interesse era comer. Isso a levou a comemorar os aniversários seguintes apenas com os amigos do futebol e as “*amigas galinhas*”, entre os quais se sentia à vontade: as amigas que “*ficavam com os meninos apenas para usá-los*” e os amigos do futebol, que não a criticavam por seu peso. Entre os meninos, ela conquistou respeito, por jogar bem futebol, sair para pichar e participar com eles da bagunça. As meninas “*galinhas*”, que por seu comportamento em relação aos meninos também não se ajustavam ao ideal normativo de feminilidade, pareciam não se importar que Vivianne também não o fizesse, ainda que de outra maneira. Quando decidiu emagrecer, aos quatorze anos, Vivianne pensou em fazê-lo para ficar atraente: “*Eu queria ficar com meninos bonitos, e sabia que com aquela aparência não iria conseguir. Isso era uma coisa que se passava pela minha cabeça, mas não sei se era o ponto crucial*”. Coincidentemente, foi com essa idade que começou a se interessar por Ricardo, irmão mais velho do amigo Rodrigo.

Já Valentina conta que, apesar de sua competitividade e liderança em seu círculo de amizades, na escola tinha poucos amigos e era socialmente retraída. Atribui isso diretamente à sua aparência, sobretudo ao peso, afirmando que na infância a dificuldade de lidar com aquilo que é diferente, que escapa à normatividade, se traduz pela expressão de escárnio, através das zombarias. Dentre as diferenças que Valentina corporificava, ela

menção o fato de ser ruiva, estudiosa, “ligeiramente tímida”¹⁰¹, usar óculos e ser “gorda, muito gorda”.

Os óculos, a timidez e a dedicação aos estudos são características que contribuem para sua alocação no grupo dos “nerds”. Parece relevante que essa classificação entre em operação nos círculos de amizade, sobretudo na escola, exatamente na fase da pré-adolescência. Nas três narrativas, é nessa época que traços associados com a rebeldia à autoridade dos adultos, como ser “bagunceiro” e “tacar a zona”, combinados a manifestações de sexualidade, como ser “galinha” e “ficar”, ganham relevância como elementos que definem o status entre os grupos de idade, e também na autodefinição dos sujeitos.

Nesse contexto de socialidade, a construção performativa de uma imagem corporal ganha ainda mais relevo. Algumas das estratégias anteriores de burla, empregadas pelas três colaboradoras de pesquisa com relativo sucesso durante a infância, perdem a eficácia diante de um contorno corporal percebido como inadequado, sobretudo no tocante às trocas eróticas, potenciais ou postas em prática, com os meninos e rapazes. É o conflito entre a inadequação percebida e as expectativas e desejos que cada uma delas tinha para si (ou aquilo que não queriam para si) o que as motivou a investir em técnicas de transformação corporal, dentre as quais se incluem aqueles comportamentos ligados ao transtorno alimentar. As formas como a inadequação foi experimentada e interpretada por cada uma delas variam, bem como as expectativas e projetos e estratégias para se adequar a alguns elementos e rejeitar outros. Todavia, o processo de transformação de si através de técnicas corporais sempre diz respeito a posicionamentos quanto a gênero, produzido por uma matriz interseccional **heteronormativa**. Não por acaso, é no momento em que começam a surgir os primeiros interesses românticos que o corpo torna-se alvo das tentativas de adequação.

Na interpretação de Vivianne, a modificação corporal parece estar menos ligada ao desejo de se conformar ao padrão de uma feminilidade atraente ao sexo oposto do que a necessidade que parecia sentir de ter que “matar a Vivianne que haviam feito” para poder nascer como a Vivianne que ela queria ser. Ela relata que, após ter emagrecido muito

¹⁰¹ Valentina retifica sua primeira descrição como “tímida”, afirmando que “socialmente retraída” talvez se aplicasse melhor ao seu caso. Posteriormente, descreve-se como ligeiramente tímida.

durante as férias, ao voltar à escola as pessoas comentaram sobre seu emagrecimento, mas que isso não necessariamente se converteu em uma vantagem na hora de conquistar admiradores. Segundo ela, ser “ex-gorda” era um limite, contrariando o discurso culturalmente prevalente de que o emagrecimento em si leva ao sucesso e à felicidade.

O estigma moral da gordura permanece mesmo após a gordura corporal ter sido eliminada. Se a gordura é o sinal exterior de uma falha de caráter, de um excesso de apetite ou de um desejo desmedido, ter conseguido emagrecer não significa que essas características consideradas intrínsecas à personalidade tenham desaparecido – esse fantasma permanece na memória daqueles que conheceram a pessoa quando gorda. Não por acaso, tanto Vivianne quanto Valentina apenas conseguiram se livrar do estigma e se reinventar após terem mudado de colégio e se estabelecido em círculos sociais (os amigos caixaras de Vivianne também se inserem nesse contexto) que nunca as conheceram como gordas.

Da mesma forma que ter emagrecido não levou Vivianne a conquistar o afeto de Ricardo, o emagrecimento de Valentina não interrompeu as zombarias de Paulo. Na história de Vivianne, além do estigma de ex-gorda, a rejeição de Ricardo também estava ligada a seu comportamento de “*maloqueira*” e ao fato de ter “*transado com um cara em Porto*”. Ricardo disse que ela era “*um lixo*”, “*vagabunda*” e “*vaca*”: nem o emagrecimento nem o comportamento rebelde de Vivianne impediram que ela fosse “*jogada fora*” pelo rapaz de quem gostava, como sua mãe, que se adequava a um modelo de feminilidade mais convencional, fora “*jogada fora*” por seu pai. Comportar-se como o exato oposto daquele modelo de feminilidade convencional, reforçado por sua família, também não a fazia se sentir mais realizada, ou mais livre.

Após a rejeição de Ricardo, Vivianne relata ter intensificado todos os comportamentos autodestrutivos: abuso de álcool, de drogas e também aos relacionados ao transtorno alimentar. Tingiu o cabelo e começou a usar as provocantes roupas de axé. Passou a ter episódios compulsivos por alimentos que a “*faziam passar mal*” e a provocar vômitos. Após uma hospitalização de emergência em função de uma perda de potássio causada por repetidos vômitos, a mãe de Vivianne passou a levá-la para a praia aos finais de semana, e foi assim que Vivianne conheceu Arnaldo e o grupo de amigos caixaras, e

começou a encontrar motivos para melhorar. Pouco depois, mudou de colégio e se afastou dos amigos do bairro, com quem costumava beber e usar drogas. Afastar-se dos velhos amigos foi um processo doloroso, mas ao mesmo tempo, Vivianne considera que esse período de solidão foi positivo: *“E vi que eu teria que decidir sozinha o que eu iria ser, vi que ninguém iria me ajudar”*.

Esse processo de decidir o que queria ser foi gradual, e não foi solitário. Como já mencionado, o relacionamento com Arnaldo permitiu que Vivianne fosse, aos poucos, descobrindo formas alternativas de feminilidade e de exercício da sua heterossexualidade que não correspondiam ao modelo de *“boneca”* ou *“mulherzinha”* e, tampouco, ao de *“vagabunda”* ou *“vaca”*. Ao mesmo tempo, foi através do trabalho com gestão ambiental que ela pôde descobrir, progressivamente, qual era a sua *“turma”*. Se, inicialmente, nos primeiros trabalhos que realizou nessa área, ela tinha a sensação de estar apenas preenchendo o tempo, de *“ser um peixe fora d’água”*, foi através do trabalho que pôde, aos poucos, conhecer e se aproximar de pessoas que, como ela, também queriam *“conseguir mudar algumas coisas para que as pessoas vivam melhor”*. Agora, atuando no ativismo digital e na ONG que ajudou a fundar, Vivianne sente ter encontrado seu lugar, e ser a pessoa que gostaria de ser.

Nesse mesmo contexto, a grande amizade que teve com Diogo permitiu que ela vislumbrasse uma possibilidade de amor em que poderia compartilhar dimensões de sua vida, sonhos e planos, sem que isso significasse criar um laço de dependência ou atrelasse as suas escolhas à aprovação do *“parceiro”*, mas uma possibilidade e criação e imaginação mútua. No processo de luto após a morte de Diogo, que também passou por uma reflexão sobre sua trajetória de vida, a partir de nossas conversas de pesquisa, Vivianne sente que se reconciliou com sua feminilidade, pois pôde reinventá-la, tornando possível *“construir uma nova história”*.

Já a narrativa de Valentina, permite um acesso às minúcias de suas tentativas de encontrar o seu lugar nos diversos grupos sociais de mesma idade pelos quais transitou. Como vimos, emagrecer não modificou seu status de desejabilidade em relação a Paulo, mas permitiu que pudesse, aos poucos, ampliar sua rede de contatos sociais. É neste

período que sua amizade com Clara ganha centralidade na história, com o episódio do interesse das duas pelo rapaz apelidado de Plástico.

Inicialmente motivo da zombaria de ambas por ser “*feio*”, Plástico se converte em elemento de uma ligação erotizada entre as duas amigas. Foi em uma noite em que Valentina foi dormir na casa de Clara, que ambas descobriram estar interessadas pelo rapaz. Em lugar deste interesse gerar rivalidade ou ciúme entre as duas, foi ele a base do estreitamento de sua ligação. Em várias ocasiões, dormiram juntas na mesma cama, meio abraçadas, discutindo “*coisas eróticas*” sobre Plástico, e Valentina inclusive disse ter se sentido atraída por Clara e ter pensado em beijá-la. Nesse sentido, Plástico foi o elemento mediador da amizade erotizada entre as duas, permitindo que ambas expressassem seus desejos, até certo ponto, sem que saíssem da esfera da heterossexualidade. Para que esse esquema se sustentasse, era preciso não apenas que o desejo de uma pela outra não se tornasse diretamente explícito, como, também, que o desejo que ambas professavam em relação a Plástico permanecesse platônico. Não por acaso, foi quando Clara telefonou para ele, perguntando se ele ficaria com Valentina e ele respondeu que não, que a ligação entre ambas começou a se dissolver.

O afastamento de Clara coincidiu com a aproximação com Ellen. Valentina conta que o episódio que marcou o início dessa amizade mais próxima foi o dia em que ela ficou com Flávio, primo de Clara, e esta ficou com outro rapaz. Foram as confissões sobre seus interesses pelos rapazes que estreitaram o laço entre as duas. Ao mesmo tempo, ambas entraram em franca competição sobre quem seria a mais bonita, e capaz de atrair mais admiradores masculinos. Na competição entre as duas, os corpos são armas e terreno de batalha.

Alta, magra, loira natural de olhos claros, Ellen corporificava o ideal dominante de beleza feminina. Valentina, embora já tivesse emagrecido, e também fosse alta, não era considerada tão bonita quanto a amiga, que fazia questão de demarcar a diferença de status entre as duas através de comentários sobre a aparência de Valentina, feitos diretamente ou atribuídos a rapazes. Assim, quando Ellen dizia que a amiga tinha seios grandes demais, e afirmava que seios bonitos deviam ser menores, como os dela própria, Valentina se sentia

“meio triste por ter peito grande”. O mesmo acontecia em relação a seus quadris, proporcionalmente mais largos do que os de Ellen.

É possível que Ellen tivesse alguma inveja do corpo mais curvilíneo de Valentina, pois esse é o modelo de corpo mais associado à atratividade para o sexo oposto, em contraposição à silhueta longilínea, considerada mais elegante. A ligação entre seios e quadris fartos e coxas grossas é frequentemente associada a uma imagem feminina enquanto objeto sexual, corporificada na imagem de “mulher fruta”. Esta referência é bastante utilizada por pessoas com transtornos alimentares para explicar seu desejo por emagrecer, enquanto estratégia para evitar que pessoas as associem a este estereótipo (SILVA, 2004). O fato de que Ellen tinha um comportamento muito sexualizado e teatral, voltado para atrair a atenção masculina, parece estar de acordo com essa hipótese. Todavia, o mais interessante é observar o lugar ambivalente da desejabilidade de um corpo feminino na composição do ideal de beleza dominante.

Curvas muito pronunciadas, produzidas por seios e quadris fartos, dão uma conotação excessivamente sexual ao corpo feminino, e isso ultrapassa as fronteiras de recato e moderação do desejo, prescritas pela feminilidade hegemônica. Ao mesmo tempo em que Ellen tinha um comportamento que a afastava da imagem do recato, sua ênfase no suposto excesso de curvas no corpo da amiga servia para demarcar sua superioridade em relação à Valentina. Lembremos que Ellen disse à Valentina que seu primo Flávio a achava *“feia de cara, mas boa de bunda”*.

Por outro lado, o excesso de recato e/ou a carência de atributos físicos capazes de atrair o desejo masculino também implicavam em um status inferior. Isso fica explícito quando Clara acusa Valentina e Ellen de ficar com meninos apenas para humilhá-la.

Essa ambivalência presente no ideal hegemônico de feminilidade, que ao mesmo tempo em que demanda que as mulheres corporifiquem atributos de atratividade sexual para o sexo oposto, exige que seu comportamento não ultrapasse as fronteiras da heterossexualidade monogâmica nos moldes da estratificação sexual, é utilizada por Ellen para reafirmar sua “superioridade” e demarcar a “inferioridade” de Valentina a partir dos significados atribuídos ao corpo: se Valentina não fazia sucesso com o sexo oposto, era porque suas curvas significavam que ela era *“meio feia, meio gorda”*; se Valentina atraía

atenção, era porque as mesmas curvas criavam uma imagem de “gostosa, meio vagabunda”.

Se a amizade com Ellen contribuiu para que Valentina aprendesse a ter um comportamento mais ousado em relação aos rapazes, inclusive sentindo certo orgulho quando tomava a iniciativa para ficar com um rapaz que desejasse, por outro lado, havia um sabor agri-doce nessas conquistas. Primeiro porque as críticas da amiga à sua aparência mantinham sua percepção de ser ainda um pouco feia e um pouco gorda, o que levou à intensificação das rotinas corporais voltadas para o emagrecimento, como a restrição alimentar, os vômitos e exercícios físicos – estes últimos em academias de ginástica e também em companhia de Ellen. Segundo, porque apesar de ter conseguido provar que podia ser sexualmente atraente, Valentina ainda não havia conseguido estabelecer nenhum vínculo afetivo duradouro, ou seja, um namoro.

Quando Flávio manifesta interesse em namorá-la, Valentina fica exultante: seu sonho era namorar; ficar era visto por ela como algo que podia abrir a possibilidade para que algum menino passasse a gostar dela, e que as fidadas evoluíssem para o namoro. Ser sexualmente atraente, embora necessário, não era o suficiente: conseguir estabelecer um vínculo afetivo que implicasse em algum tipo de compromisso era o ápice do status nesse mercado de relações afetivo (hetero)sexuais entre os adolescentes.

Logo após um Natal, nessa época, ainda sem ter começado a namorar Flávio de fato, Valentina viajou para a casa de praia dos avós, no litoral do estado do Espírito Santo. Lá, se interessou por outro rapaz, residente local. Bonito, ele despertou o interesse não só de Valentina, mas também das outras meninas de seu grupo: a irmã Flávia, a prima Laura e duas amigas da prima. Graças à iniciativa de Valentina, elas conseguiram conhecer o rapaz, Lúcio, que, dentre todas, escolheu a ela para retribuir o interesse. Além disso, Lúcio parecia gostar realmente de Valentina, e não estar apenas atraído sexualmente por ela: escrevia poemas, escapava do trabalho para vê-la.

É então que a diferença de status social entre ambos parece interferir no relacionamento. Diferentemente de Valentina, que estava lá como turista, passando férias, Lúcio morava ali, em uma cidade que dependia, essencialmente, do turismo como atividade econômica. A mãe de Lúcio era dona de um restaurante, onde ele trabalhava no

período de férias. As repetidas ausências do rapaz, para ver Valentina, passaram a incomodar a mãe dele, que chegou a ir buscá-lo na casa dos avós de Valentina. Por outro lado, Laura, enciumada, decidiu contar à família sobre o relacionamento, acrescentando a mentira de que a mãe de Lúcio teria dito que Valentina era uma “*vadia*”. Esses atritos levaram ao espaçamento dos encontros dos dois e, quando as férias terminaram, Valentina não cogitou que o relacionamento com Lúcio pudesse se tornar um namoro ou ter continuidade depois que ela voltasse para Belo Horizonte. Por outro lado, a eventual possibilidade de namoro com Flávio foi arruinada pela sabotagem de Ellen (que não havia fornecido o telefone de Valentina para o rapaz, como havia ficado acertado), o que acabou abalando a relação entre as amigas.

Concomitantemente, Valentina passa a ter acesso à internet e insere-se em um novo universo de socialidade: as salas de bate-papo *online*. Ali sua aparência física não importava tanto: a ausência de relações face a face, pelo menos no início, permitia que ela ganhasse popularidade em função de características atribuídas à sua personalidade. Além disso, seus novos amigos não sabiam que ela era uma ex-gorda, e, livre do estigma, ela pode se sentir apreciada por ser “ela mesma”. Isso reforçou sua decisão de mudar de colégio, romper com o passado e procurar se reinventar, ser quem ela quisesse ser. Através de Mariane, uma de suas amigas virtuais que também estudava no novo colégio, Valentina logo estabeleceu uma nova rede de amigos, e conseguiu se tornar popular, sendo convidada para participar do grêmio do colégio.

Todavia, sua reinvenção social não significou uma ruptura completa com o passado, ou com seu sentimento de inadequação. Mesmo livre do estigma de ex-gorda, o medo de engordar e os elogios ao emagrecimento e à sua disciplina dietética transformaram seu comportamento bulímico em uma rotina de manutenção corporal. A despeito da recém conquistada popularidade, Valentina foi ficando deprimida. Ellen reagia à depressão de Valentina com desprezo e sarcasmo, dizendo que “*depressão era coisa de gente rica e fresca*”.

Isso parece apontar para o fato de que Ellen sentia ciúmes ou inveja das amizades de Valentina no novo colégio, frequentado por alunos de classe média alta. Isso também é sugerido pelo episódio em que Ellen ficou com Saulo, amigo do novo colégio, por quem

Valentina estava interessada, mesmo ciente de que isso magoaria a amiga. A situação culminou no rompimento definitivo da amizade com Ellen, e também com Saulo, e provocou uma crise convulsiva de choro no dia seguinte (que também foi motivada pela carta anônima que recebeu no dia seguinte, que dava a entender que Valentina tinha um admirador, mas que claramente se tratava de um deboche): mais do que sentir-se traída, o incidente era, para Valentina, sentido como evidência de sua persistente inadequação, apesar de todos os seus esforços.

Essa contradição, entre um sucesso social aparente e um sentimento íntimo de inadequação, é o que Valentina identifica como base de sua depressão. Sua detalhada descrição dos mecanismos de constituição de status no colégio, bem como de sua trajetória nesse ambiente, permitem pensar o enraizamento sociológico de seu sentimento de que o mundo não era muito generoso com ela, e de que ela não era muito importante para o mundo. É importante notar que, apesar de ser na história de Valentina que encontramos a descrição mais completa desses mecanismos de produção de status, esse elemento está presente também nas descrições que Bel e Vivianne fazem do ambiente escolar, em suas referências aos “*descolados*”, “*nerds*”, “*patricinhas*”, “*bagunceiros*” e “*galinhas*”.

A estratificação de status nas “*turmas*” do colégio teria, em um polo, as “*patricinhas*” e os “*boys*”, que corporificam os valores hegemônicos de adequação e sucesso, de uma classe alta, branca, heterossexual. São os magros, populares, bonitos, atléticos e invejados, que ostentam bens de consumo dispendiosos como marcas de classe e status. No outro polo, os perdedores (*losers*), que falham em se adequar a esses critérios. Evidentemente, há várias possibilidades e intensidades de inadequação, desde ser o coadjuvante na turma dos “*descolados*”, até a abjeção¹⁰². Na hierarquia do colégio descrita por Valentina, no polo inferior estariam os “*nerds*”.

¹⁰² Judith Butler (1990) apropria-se do conceito de abjeção, tal como formulado por Kristeva (1982), para referir-se ao processo pelo qual a matriz heterossexual, ao produzir sujeitos inteligíveis através do policiamento normativo dos contornos e orifícios corporais, exclui da inteligibilidade e produz determinados seres humanos como abjetos, através da repulsão: “What constitutes through the division the ‘inner’ and ‘outer’ worlds of the subject is a border and a boundary tenuously maintained for the purposes of regulation and control. The boundary between the inner and the outer is confounded by those excremental passages in which the inner effectively becomes outer, and this excreting function becomes, as it were, the model by which other forms of identity-differentiation are accomplished. In effect, this is the mode by which Others become shit.” (BUTLER, 1990, pp. 133-134).

Encontrar elementos em comum nas três histórias não significa supor que essa configuração estratificada das turmas nas escolas seja um fenômeno geral, que operaria com as mesmas categorias em diferentes contextos ou épocas. A narrativa de Bel, por exemplo, mostra como ela percebeu diferenças entre a conformação dessas hierarquias nas várias escolas em que estudou, e isso parece ter afetado sua própria alocação nas hierarquias em diferentes momentos. Na escola de Altamira e na escola que incluía deficientes auditivos, por exemplo, essa questão nem chega a ser mencionada, o que pode sugerir que, nelas, as lógicas fossem diferentes. Já na escola pública em que Bel cursou metade da sexta série, ela ressalta que, ali, a “*mentalidade era outra*”, e não parecia haver meio termo: ou as meninas eram muito “*nerds*”, ou muito sexualizadas – o que indica que classe social é um fator importante na conformação da estratificação social das “*turmas*”.

Por outro lado, mesmo nas escolas em que as hierarquias foram mencionadas, parece haver algumas em que a hierarquia e a produção de exclusões eram mais rígidas do que em outras. Na escola em que Bel cursou até a oitava série, por exemplo, ela afirma que o aspecto físico não era tão importante, e que “*só quem era MUITO estranho ficava isolado porque se isolava*”. Algumas características, como ser estudioso ou inteligente, por exemplo, podem ser valorizadas em determinados contextos, ou desvalorizadas em outros, assim como alguns critérios de gosto: na escola de classe média baixa que Valentina frequentava, os estilos musicais axé e pagode eram valorizados, enquanto no novo colégio, de classe A, passam a ser motivo de vergonha. O alto desempenho atlético, por exemplo, pode ser mal visto em uma menina, por torná-la masculina, ao mesmo tempo em que assegura algum tipo de aceitação entre os meninos, como a história de Vivianne bem ilustra. Por outro lado, a pouca habilidade esportiva de Valentina foi apontada como motivo de exclusão na escola em que permaneceu estigmatizada como ex-gorda, enquanto que, na nova escola, sua popularidade permitiu que fosse mais incluída nas atividades esportivas, a despeito de seu limitado desempenho atlético nesta época: ela era inclusive considerada “*cool*” por jogar xadrez nas aulas de educação física.

A descrição que Valentina faz sobre o grupo dos “*alternativos*” ou “*indies*” é uma ótima via de acesso para a compreensão da complexa dinâmica envolvida no jogo de relações hierárquicas de status social nas turmas do colégio. Inicialmente, esse grupo se apresenta como “*contracultura*”, criticando os valores sobre os quais se erige a hegemonia

dos “boys” e “patricinhas”. Opondo-se a tudo o que é “mainstream”, os “alternativos” rejeitam a lógica do mercado, ao valorizarem as bandas obscuras que não submetem a criatividade artística às diretrizes das grandes gravadoras e ao retorno monetário. Essa lógica também passa por uma positivação de elementos que comporiam a imagem dos perdedores. Assim, os “nerds” podem ser aceitos e ter uma convivência pacífica com o grupo dos alternativos, e Valentina pôde perceber seu transtorno alimentar como algo interessante para si mesma, “*um vórtice de existência, uma possibilidade de ser cool, de ser alguém*”.

Mas, ao mesmo tempo em que o grupo dos “indies” se contrapunha ao grupo hegemônico, ele produzia sua própria hierarquia interna, critérios de status e formas de exclusão. Embora tenha dito que entre esse novo grupo de amigos ela se sentia apreciada por ser ela mesma, em outros momentos, as afirmações de Valentina parecem contradizer essa percepção inicial. Assim, ela precisava ter jogo cênico e manter a vigilância constante para aparentar o verniz cultural valorizado pelo grupo, e ocultar seu gosto musical anterior por pagode e axé, bem como seu conhecimento limitado sobre bandas de rock alternativo. A surpresa geral de seus amigos alternativos diante de seu namoro com Rodrigo também revela como vários dos pressupostos hegemônicos heteronormativos permaneciam intactos na socialidade “indie”. E, se a heterossexualidade de Rodrigo parecia ininteligível, tampouco a percepção crítica de Valentina lhe deixou imune aos sentimentos de inadequação. Lembremos que um dos maiores desejos de Valentina era sentir que alguém realmente gostava dela, e isso estava diretamente associado à constituição de um relacionamento heterossexual que implicasse em compromisso e exclusividade, ou seja, um namoro.

Valentina define sua depressão como resultado do sentimento persistente de inadequação. Como vimos, esse sentimento é produzido de diversas formas, nos múltiplos ambientes de socialidade em que ela foi se constituindo como sujeito, e percebendo sempre um descompasso entre algo que seria um “eu verdadeiro”, interior, uma espécie de essência, e os diferentes ideais normativos vigentes. Não que Valentina tenha sido capaz de descrever o que seria esse eu interior à parte dos adjetivos a respeito de suas insuficiências ou defeitos. Sentia-se inadequada por ser meio feia, meio gorda, meio burra, meio mal

amada, uma inadequação “*difusa*”; em contraposição ao jogo cênico que desempenhava tão bem, sentia que seus esforços nunca eram suficientes.

Valentina tinha a sensação de não existir em si mesma: ela existe apenas no equilíbrio delicado entre a necessidade de ter sua existência reconhecida por outras pessoas e a interferência alheia tornar-se tanta a ponto de sentir-se completamente anulada.

Esta formulação do drama central à história de Valentina encontra correspondente nas duas outras histórias. A sensação de não existir de Bel também está relacionada à aparente impossibilidade de existir como um indivíduo autônomo, se já chegou ao mundo determinada pelo desejo do outro. Se esse desejo é tão invasivo a ponto de ser tóxico e impedir sua individuação para constituir-se como sujeito, é a debandada do desejo do outro o que faz com que Bel se sinta ruir, tornando-se “*esburacada*” pelas “*feridas narcísicas*”. Já Vivianne sentiu que precisou “matar a Vivianne que tinham feito”, ou seja, aquela inteiramente determinada pelos valores da família materna, para que pudesse nascer, ou encontrar uma existência viável. Foi quando pôde deixar de “*tocar a vida entre remendos*”, fazendo coisas apenas para preencher o tempo e encontrar sua agencialidade através do ativismo e da companhia de pessoas que compartilhavam de seus ideais, que Vivianne deixou a angústia para trás.

Creio que o que é posto em relevo pelas três histórias é o paradoxo fundamental da constituição da agencialidade (*agency*), tal como definido por Butler (2004):

Se eu possuo alguma capacidade de agir, ela é inaugurada pelo fato de que eu sou constituído por um mundo social que jamais escolhi. Que minha capacidade de agir seja atravessada por paradoxo não significa que esta seja impossível. Isso apenas significa que o paradoxo é a condição de sua possibilidade¹⁰³ (p. 3).

Em outras palavras, é a contradição fundamental entre a ideia de indivíduo como ideal normativo e o assujeitamento como condição inescapável da constituição dos sujeitos e de sua agencialidade, que é posta em relevo nas três histórias de vida.

Vimos como as normatividades de gênero, sexualidade, beleza, classe, etnicidade/raça e idade permeiam e produzem, de forma inseparável, as diversas dimensões da socialidade através das quais as três interlocutoras de pesquisa foram se constituindo

¹⁰³ Tradução livre. No original: “If I have any agency, it is opened up by the fact that I am constituted by a social world I never chose. That my agency is riven with paradox does not mean it is impossible. It means only that paradox is the condition of its possibility.”

como sujeitos em meio a práticas de assujeitamento. Nesse sentido, os transtornos alimentares emergem como práticas de assujeitamento, de busca por adequação, mesmo que incorporem elementos que possam ser considerados tentativas de resistência. Através das práticas de modificação corporal envolvidas no transtorno alimentar, as três colaboradoras de pesquisa procuravam uma realocação no espaço social, tentando burlar aquelas normatividades que as produziam enquanto “feias”, “gordas”, “nerds”, ou qualquer outro rótulo que atestava sua inadequação e inferioridade social, e que contribuíram para o surgimento de seus TAs. Quando Bel afirma que “*o transtorno alimentar sustentava alguma individualidade*” nela, e quando Valentina afirma que ao se reconhecer como bulímica ela descobriu que o transtorno alimentar tinha a funcionalidade de demarcar “*algum espaço mínimo de reconhecimento*”, revela-se o caráter de bioidentidade que o transtorno alimentar pode adquirir. Mas o tipo de burla possibilitado pelo transtorno alimentar logo revelou-se insuficiente, e terrivelmente assujeitadora.

A capacidade de agir (*agency*) frequentemente assumia, nas histórias de vida, a forma da burla dessas normatividades, quer seja através das tentativas de autorreinvenção nas mudanças de colégio, na socialidade *online* em grupos de bate papo ou discussão, ligados ou não à temática dos transtornos alimentares, nas viagens ao litoral e nos relacionamentos afetivos ou sexuais, com parceiros de diferente posição de status. Sob esse aspecto, Vivianne é quem parece ter sido melhor sucedida: sua descrição sobre ter encontrado “sua turma” através do ativismo digital, e sua amizade com Diogo, sugerem que ela tenha encontrado uma posição em uma rede de socialidade pautada por outros critérios, que desafiam e questionam as normatividades assujeitadoras.

Não obstante, minhas três interlocutoras expressaram, em suas narrativas, elementos que indicam a tentativa de lidar com estas normatividades. No caso específico da forma como os transtornos alimentares são incluídos no processo de constituição de uma percepção de si, parece haver um espaço para o reconhecimento de fatores externos na descrição das razões atribuídas para o surgimento destes transtornos. Seja o caso em que Valentina diz ter piorado – após uma inicial melhora quando resolveu morar sozinha – depois de ter uma nova colega da pós-graduação, ou os relatos da competitividade com colegas, uma espécie de limite em relação a autonomia de si parece ser delineada. O caso da liberdade declarada por Vivianne, em sua relação com Diogo – a liberdade da

imaginação livre de novas normatividades que substituem as enfrentadas como ex-gorda e como mulher – apenas deixa explícito como as fronteiras entre o reconhecimento social, entrevisto nos comentários de colegas e familiares, ou na ideia de “padrões hegemônicos”, e esta percepção de si, são indissociáveis. Quando analisamos a maneira como os discursos biomédicos produzem efeitos nos TAs das interlocutoras, talvez não da maneira como os profissionais da saúde imaginam, nem da maneira como as entrevistadas imaginam se conformar ou resistir, esta questão surge de maneira pungente.

5. ENTRE DISCURSOS E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

Qualquer tentativa de compreender a experiência social de sujeitos com transtornos alimentares, no contexto social específico em que foi realizada esta pesquisa, deve levar em consideração o fato de que os transtornos alimentares são definidos como entidades patológicas e, portanto, objetos legítimos das disciplinas da saúde. E, desta maneira, são justificativa para todo um conjunto de intervenções terapêuticas, voltadas para as pessoas por eles acometidas. Uma investigação da forma como estas síndromes são tratadas pelas ciências médicas, nos centros de tratamento, torna-se ainda mais necessária em função da relevância dos discursos e práticas, a elas associadas, na constituição do contexto sociocultural que confere inteligibilidade às experiências dos sujeitos em questão. Em outras palavras, as práticas e os discursos terapêuticos sobre os transtornos alimentares contribuem para a constituição da realidade social em que tais experiências são possíveis, participando, assim, no processo de produção das próprias entidades patológicas sobre as quais intervêm e produzem conhecimento.

Vários autores têm apontado para a crescente relevância da biomedicina em diversos contextos sociais contemporâneos, a ponto de tornar-se um dos princípios fundadores de identidades e sociabilidades. Do processo de medicalização identificado por Foucault, emergem as biossociabilidades¹⁰⁴ (RABINOW, 1999), bioidentidades e bioasceses (ORTEGA, 2003 e 2005).

Segundo Rabinow, a biossociabilidade seria definida por uma nova articulação entre discursos e práticas do biopoder, em uma racionalidade pós-disciplinar. Esta racionalidade se caracterizaria por uma transformação de tecnologias sociais que privilegiam uma administração preventiva de populações, baseada na noção de risco, em lugar da intervenção terapêutica direta; e na incitação do trabalho contínuo de cada um sobre si próprio – que Ortega denomina de autoperitagem – a fim de produzir um sujeito eficiente e adaptável. A biossociabilidade, por sua vez, implicaria na formação de novas

¹⁰⁴ Emprego aqui o termo “biossociabilidade” por ser aquele que consta na edição brasileira de “Antropologia da Razão” (1999), como tradução do termo “biosociality” empregado por Rabinow. Todavia, creio que a tradução mais adequada seria “biossocialidade”, que implica em uma alusão ao conceito de socialidade.

identidades e práticas, individuais e grupais, a partir de novas verdades biomédicas – aquelas que, como a nova genômica, modelam a natureza na cultura:

Se a sociobiologia é cultura construída com base numa metáfora da natureza, então na biossociabilidade a natureza será modelada na cultura compreendida como prática: ela será conhecida e refeita através da técnica, a natureza finalmente se tornará artificial, exatamente como a cultura se tornou natural. Se este projeto chegasse a ser realizado, ele seria a base para superar a separação entre natureza e cultura. (RABINOW, 1999, pp. 143-144)

Assim, a vida biológica não é mais compreendida como um destino natural e imutável, mas como um objeto passível de ser planejado e administrado socialmente. A “vida” e o “humano” são reconstituídos, na forma de sujeitos biossociais e biopolíticos, através de epistemologias, tecnologias e políticas, de acordo com determinados domínios discursivos que estabelecem padrões de normalidade e condições de inteligibilidade. Deste modo, as bioidentidades seriam aquelas formadas através da biossociabilidade, de práticas como a bioascese:

As modernas ascetes corporais, as bioascetes, reproduzem no foco subjetivo as regras da biossociabilidade, enfatizando-se os procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos na construção das identidades pessoais, das bioidentidades. Trata-se da formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna. Uma característica fundamental dessa atividade é a autoperitagem. O eu que se pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade. (ORTEGA, 2003, p.64)

As histórias de vida, apresentadas na primeira parte da tese, fornecem vários exemplos cotidianos que assinalam a importância desse processo no universo social das participantes da pesquisa. Na história de Valentina, vemos como as dietas para emagrecer tornam-se parte do cotidiano da vida familiar, unindo três gerações de mulheres da família e instaurando a tradição do “refrigerante diet”. Da mesma maneira, a mãe achou necessário que as filhas fizessem terapia para que não ficassem “traumatizadas” pela separação dos pais. Tanto Valentina quanto Bel relatam situações em que fazer dietas e exercícios físicos para emagrecer foram elementos importantes em relações de amizade.

Em determinado ponto de sua narrativa, Bel se pergunta se não acabou desenvolvendo um transtorno alimentar por ter pensado que tinha tanta predisposição para tanto. Para que esse questionamento fosse possível, tanto o “transtorno alimentar” como entidade patológica, quanto a ideia de “predisposição”, já faziam, de alguma maneira, parte de seu repertório cultural. Do mesmo modo, sua forma de vivenciar e interpretar sua

experiência pessoal com o transtorno está impregnada por elementos de discursos psicanalíticos e psicológicos. Além disso, foi através de um grupo de apoio a pessoas com transtornos alimentares – uma das formas mais recentes da biossociabilidade – que eu pude estabelecer minha relação com Bel, Valentina e Vivianne.

Entretanto, mantenho um cauteloso ceticismo quanto à previsão de Rabinow, de que a biossociabilidade será capaz de levar à superação da distinção entre natureza e cultura, levando em última instância à dissolução do social como categoria. É o próprio Rabinow quem afirma:

Formas antigas da classificação cultural da bioidentidade, como raça, gênero e idade, obviamente não desapareceram, não mais do que a medicalização ou a normalização, embora os significados e as práticas que os constituem estejam certamente mudando (RABINOW, 1999, p.148).

Resta saber se aquilo que ele denomina de práticas pós-disciplinares suplantarão as tecnologias disciplinares, ou se as primeiras apenas se articulam e modificam as segundas, em um rearranjo de dispositivos de poder já estabelecidos.

Ortega (2005) identifica nos transtornos alimentares, tal como a anorexia e a ortorexia, a lógica da bioascese levada às últimas consequências. Tendo a concordar com Ortega, sobretudo no paralelo que estabelece entre a histeria no século XIX e a anorexia no século XX, enquanto formas de questionamento do discurso dominante. Para Ortega, questionamento não significa resistência:

Da mesma maneira que nas histéricas oitocentistas, e contrário ao que vários autores apontam (prioritariamente teóricas feministas), não consigo ver na anorexia expressões de uma estética da existência, de resistência ao dispositivo da saúde. Na obsessão com a vigilância e autocontrole para não engordar e não comer demais (ou nos casos extremos das adolescentes que tomam laxante durante o dia para aparecer magras nas “parties” noturnas) é difícil encontrar uma prática do self no sentido foucaultiano de ascese. Trata-se antes de exercícios de bio-ascetismo, práticas de assujeitamento, e não de liberdade (Nota 24, pp.165-166).

Como vimos nos capítulos anteriores, as experiências das participantes da pesquisa com transtornos alimentares põem em relevo múltiplas normatividades que atuam na coformação dos sujeitos, e não apenas o dispositivo de saúde. Nesse sentido, todo assujeitamento é coassujeitamento, e este não é um processo coerente e unívoco. Assim, uma mesma prática corporal pode ser simultaneamente uma tentativa de resistência e de

assujeitamento, assim como práticas aparentemente opostas podem ser tentativas de obter resultados parecidos.

Tomemos a história de Vivianne como exemplo: o processo que a levou a engordar, ao mesmo tempo em que permitia que construísse para si um distanciamento da feminilidade normativa, expressa no termo “*boneca*”, não era visto por ela como uma prática libertadora. Ao contrário, era ainda estar presa àquela “*Vivianne que tinham feito*”, em um inverso especular da imagem normativa ideal. Mais tarde, o emagrecimento e a corporificação de uma feminilidade sexualizada, também tiveram esse duplo sentido de resistência e assujeitamento. Mas foi através das experiências de assujeitamento que Vivianne pôde descobrir sua capacidade de agir (*agency*), e encontrar formas de corporificar uma feminilidade e de exercer sua sexualidade que sente serem libertadoras.

Ademais, os discursos e as práticas terapêuticas sobre os transtornos alimentares se inserem e são produzidos por diversas tradições discursivas no interior das disciplinas biomédicas, e não sem tensões internas. Ainda que sejam classificados como transtornos psiquiátricos, as graves complicações clínicas decorrentes dos comportamentos alimentares restritivos ou compulsivos, e dos comportamentos purgativos exigem o envolvimento de diferentes especialidades, com distintos fundamentos e estilos de prática clínica. E, para além das distintas tradições relacionadas à constituição de cada especialidade, devemos levar em conta as diferenciações internas a cada uma delas, relacionadas a diferentes escolas ou paradigmas científicos e às posições assumidas por cada profissional, em situações terapêuticas concretas, em relação aos saberes que fundamentam suas práticas.

Deste modo, o presente capítulo pretende ainda investigar alguns contextos terapêuticos concretos para refletir sobre as formas pelas quais essas múltiplas normatividades, práticas e discursos, envolvidos na problemática dos transtornos alimentares, operam, em um nível micropolítico, na produção de sujeitos. Este exame de contextos terapêuticos será cotejado por referências às histórias de vida, apresentadas na primeira parte da tese, a fim de esboçar alguns elementos da malha social por onde discursos, práticas e concepções acerca dos transtornos alimentares circulam e são produzidos nessa mesma circulação.

A primeira seção do capítulo apresenta uma breve descrição etnográfica do Ambulatório de Transtornos Alimentares da Unicamp, desenvolvida através de observação-participante, para refletir como discursos biomédicos hegemônicos sobre os transtornos alimentares e sua terapêutica são recebidos e transformados pela prática nesse contexto específico. Tal reflexão será informada pelo contraste estabelecido entre minhas observações no ambulatório da Unicamp e a etnografia de um centro de tratamento de excelência nos EUA, apresentada por Helen Gremillion no livro *Feeding Anorexia: gender and power at a treatment center* (2003).

A segunda parte do capítulo procura apresentar alguns dos fundamentos básicos das terapias narrativas, tal como formuladas por David Epston e Michael White, e a proposta específica de tratamento dos transtornos alimentares sob esta ótica. Após essa introdução às terapias narrativas, passamos a descrever a abordagem de enfrentamento dos transtornos alimentares por uma agência comunitária da Nova Zelândia, que combina elementos de teorias críticas feministas e pós-estruturalistas e práticas narrativas, e se posiciona explicitamente como uma alternativa à abordagem biomédica dominante.

Antropologia no ambulatório

No início de 2006, fui convidada a fazer parte da equipe de profissionais envolvida na elaboração e implantação de um Ambulatório de Transtornos Alimentares, junto ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Unicamp. Aceitei o convite de imediato: seria uma ótima oportunidade para observar, em primeira mão, um local de tratamento – algo que me interessava desde a formulação do meu projeto de pesquisa de mestrado, em 2000, mas que eu não tivera a oportunidade de desenvolver.

Até então, tudo o que eu sabia sobre o tratamento de transtornos alimentares provinha de fontes bibliográficas, sobretudo de publicações das disciplinas de saúde, e de depoimentos de pessoas que participaram de minhas pesquisas de campo¹⁰⁵ que haviam passado por algum tipo de tratamento específico para transtornos alimentares.

¹⁰⁵ O termo “pesquisas” se refere tanto à pesquisa que desenvolvi durante o mestrado (SILVA, 2004) quanto à própria pesquisa que deu origem a presente tese.

Nesse sentido, a etnografia realizada por Gremillion (2003), em um centro de referência no tratamento especializado em anorexia nos EUA foi uma contribuição valiosa. Se, por um lado, Gremillion nota que os tratamentos convencionais para a anorexia compartilham e reinscrevem valores presentes em discursos culturais dominantes de gênero, família, individualismo, saúde e boa forma, que estão na base das próprias condições de possibilidade da anorexia, por outro, ressalta as práticas cotidianas no centro de tratamento, sempre disputadas, negociadas e questionadas, através das quais os efeitos de poder desses discursos se materializam na corporalidade dos pacientes.

Ficou evidente, assim, a necessidade de investigar, através de um rigoroso estudo de um centro de tratamento que opera no contexto em que minhas colaboradoras de pesquisa experimentam os transtornos alimentares, as práticas e os discursos terapêuticos que lhes conferem sentido. É importante ressaltar, portanto, que o objetivo desta breve apresentação de alguns dados etnográficos a respeito do ambulatório não é desenvolver uma etnografia propriamente dita do serviço, mas apenas fornecer elementos para situar as experiências e os discursos sobre tratamento nas histórias de vida em um contexto mais amplo de discursos e práticas, em que a biomedicina tem papel de destaque.

O ambulatório da Unicamp apresentou-se como um sítio privilegiado de investigação por várias razões. Em primeiro lugar, por ter feito parte da equipe desde sua criação, tive a oportunidade de acompanhar o processo de elaboração do projeto do ambulatório, desde a formação da equipe à constituição dos protocolos de atendimento. Também observei o projeto inicial ser colocado em prática, bem como momentos em que ele precisou ser rediscutido e revisto, resultando em reestruturações do serviço de assistência.

Em segundo lugar, por estar localizado em uma das melhores instituições de ensino e pesquisa do Brasil, o ambulatório tomou como referência, para delinear seu projeto, os modelos de tratamento em transtornos alimentares considerados padrão de excelência pela literatura científica especializada, produzida no Brasil e internacionalmente. Isso inscreve, ao menos a princípio, o ambulatório da Unicamp na tradição dos discursos biomédicos hegemônicos.

Do ponto de vista do campo mundial da produção científica biomédica, entretanto, o Brasil está longe de ocupar uma posição dominante. Além disso, em comparação com outros serviços especializados existentes no país, o ambulatório da Unicamp teve início há pouco tempo, além de possuir recursos limitados e uma capacidade assistencial relativamente modesta. Não obstante, o acompanhamento do processo de constituição de um ambulatório de tratamento de transtornos alimentares permitiu estabelecer uma base empírica para comparação com os modelos descritos na literatura, além do modelo de tratamento alternativo estudado na Nova Zelândia.

Walsh, pseudônimo para a unidade de internação de psiquiatria pediátrica e adolescente, em que Helen Gremillion realizou sua pesquisa, está localizada em dos maiores hospitais de ensino e pesquisa na costa oeste dos EUA, tendo obtido reputação e prestígio por meio de publicações tanto no meio psiquiátrico quanto no biomédico. Na “pequena” enfermaria de Walsh, metade dos pacientes internados costumava ser de meninas adolescentes com anorexia nervosa¹⁰⁶, e embora a autora não se refira ao número exato de leitos disponíveis, no período de 14 meses ela acompanhou 52 pacientes com este diagnóstico. Na única enfermaria especializada em transtornos alimentares do Brasil, a do Ambulim, há apenas 10 leitos. Além disso, em Walsh a proporção entre membros da equipe de tratamento e pacientes era de três para um. Em cenários como este é que são realizadas as pesquisas que servem de base para a produção da literatura científica utilizada para a formulação do projeto do ambulatório da Unicamp. Esta simples descrição aponta para a magnitude da diferença entre os contextos estadunidense e brasileiro no tocante à infraestrutura das unidades de tratamento, ainda que a literatura de referência para a formulação de protocolos seja muito similar.

O ambulatório da Unicamp não possui vagas para internação. Quando algum dos pacientes já em tratamento precisa ser internado, em função de tentativa ou de elevado risco de suicídio, ou de iminente risco de vida em função do estado clínico, o ambulatório deve pleitear um leito na internação geral da psiquiatria ou via pronto socorro. Internações em

¹⁰⁶ Na época em que Helen Gremillion realizou sua pesquisa na unidade de tratamento, identificada pelo pseudônimo de Walsh, entre 1993 e 1994, anorexia nervosa e bulimia nervosa ainda não eram diagnósticos excludentes, o que veio a ocorrer apenas após a publicação do DSM-IV, em 1994. Isso significa que entre as pacientes com o diagnóstico de anorexia nervosa, provavelmente havia uma parcela que hoje receberia o diagnóstico de bulimia nervosa.

leitos comuns, fora da psiquiatria, são praticamente inviáveis, pois as equipes responsáveis pelo acompanhamento destes pacientes não têm disponibilidade para monitorar constantemente o comportamento dos pacientes, seja para evitar tentativas de suicídio, seja para controlar a alimentação ou evitar comportamentos purgativos.

Por outro lado, mesmo na internação psiquiátrica, não é possível assegurar um acompanhamento específico para os transtornos alimentares, tal como recomendado para enfermarias especializadas. Embora a alimentação das pacientes internadas seja monitorada por nutricionistas da equipe do hospital, o controle minucioso das calorias ingeridas, as visitas acompanhadas ao banheiro e o controle da densidade da urina não são práticas regulares. Nos casos em que a internação ocorre em função do risco clínico decorrente do baixo peso, o objetivo é a rápida recuperação do peso, para que o paciente passe o mais breve possível para tratamento em regime ambulatorial, para “liberar a vaga” para que outra pessoa com necessidade de internação possa ocupá-la. Assim, mesmo que o paciente não se recuse, terminantemente, a se alimentar, a conduta habitualmente prescrita é a alimentação por sonda nasogástrica¹⁰⁷.

O ambulatório adota o princípio de triagem por encaminhamento, o que significa que, via de regra, os pacientes em potencial já chegam ao serviço através da indicação de algum profissional de saúde de outro serviço, que já estabeleceu o transtorno alimentar como hipótese diagnóstica. Em alguns casos, pode ocorrer a procura espontânea pelo serviço, a despeito de o ambulatório não possuir nenhum canal direto de comunicação com o público em geral. Nesses casos, a triagem costuma ser agendada após uma conversa com algum dos membros da equipe, que procura verificar se a queixa do potencial paciente indica a probabilidade de um diagnóstico de transtorno alimentar. Esta pré-triagem, que não constitui um procedimento médico, pode ser feita por qualquer membro da equipe, inclusive pela antropóloga: eu mesma encaminhei três pessoas, que entraram em contato comigo através do grupo de apoio virtual, solicitando informações sobre o serviço da Unicamp. Após um breve relato das queixas apresentadas para o psiquiatra responsável pela coordenação do ambulatório, o agendamento para a triagem nos três casos foi autorizado, sem maiores questionamentos.

¹⁰⁷ A sonda nasogástrica é um tubo inserido por uma das narinas até o estômago.

Já a triagem propriamente dita tem como objetivo formular uma hipótese diagnóstica, e precisa ser realizada por um médico – geralmente um dos psiquiatras da equipe ou um residente da psiquiatria. O primeiro objetivo da triagem é investigar a ocorrência ou não do conjunto de sintomas que permite a formulação de uma hipótese diagnóstica de um transtorno alimentar. Em caso afirmativo, o médico responsável pela triagem apresenta o caso para o coordenador do ambulatório, que autoriza ou não a inserção do paciente no serviço.

Assim como Walsh, o ambulatório da Unicamp adota o modelo de tratamento multidisciplinar. Esta é a abordagem mais recomendada pela literatura científica especializada, nacional e internacionalmente, para o tratamento dos transtornos alimentares (CORDÁS, 1998; BUCARETCHI, 2003; BUSSE, 2004). Seu funcionamento é semanal, e apenas por meio período, na parte da manhã. A equipe permanente do ambulatório é composta por três psiquiatras, quatro psicólogas e duas endocrinologistas – além da minha participação como antropóloga. O coordenador do ambulatório, duas das psicólogas, e uma das endocrinologistas, são contratados pela Unicamp para o exercício de outras funções, enquanto os demais membros da equipe possuem vínculo como estudantes de pós-graduação ou como estagiários não remunerados. Além disso, o ambulatório tem duas vagas ocupadas por médicos residentes em psiquiatria, em um sistema de estágio rotativo, e uma vaga para aprimorando em psicologia da criança e do adolescente.

Embora inicialmente a equipe permanente contasse com uma nutricionista, ela deixou o ambulatório por um emprego remunerado, e a vaga permanece aberta até o momento (dezembro de 2010). Parte importante dos profissionais trabalha sem remuneração, vinculada por interesse em ensino e pesquisa, resultado da falta de alocação de recursos financeiros específicos para contratação de profissionais especializados na área, o que resulta em dificuldades na estruturação de uma equipe estável e competente. As normas para organização do orçamento e para a contratação de novos funcionários vigentes em uma universidade pública como a Unicamp tornam, atualmente, inviável pleitear contratação de profissionais especializados apenas para atuarem no ambulatório.

Esta situação está longe de ser uma exceção no contexto brasileiro. A grande maioria dos centros especializados de tratamento para transtornos alimentares está

vinculada a universidades ou fundações, criados e mantidos por profissionais interessados em desenvolver pesquisas nesta área, bem como preocupados com a falta desses serviços especializados para atender a demanda nacional por tratamento. A falta de financiamento é regra geral, e mesmo o centro de tratamento mais renomado do Brasil, o Ambulim, depende, em grande parte, de trabalho voluntário e de doações. Às dificuldades de manter os serviços disponíveis e de criar novos, soma-se a inexistência de qualquer diretriz ou política pública voltada para o tratamento de transtornos alimentares, a despeito das evidências de que a prevalência destes transtornos seja significativa no país (CENCI, PERES e VASCONCELOS, 2009; ALVES et al, 2008).

Com exceção do psiquiatra coordenador do ambulatório, e de dois médicos residentes que passaram pelo ambulatório em estágio, todos os demais profissionais que passaram pelo serviço eram mulheres. Essa hierarquia de gênero é, à primeira vista, análoga à identificada por Gremillion em Walsh: durante o período em que realizou sua pesquisa de campo, todos os psiquiatras eram homens, enquanto todas as psicólogas eram mulheres. Entre os pediatras havia mulheres, mas a maioria era composta de homens. Inversamente, entre os demais funcionários da equipe (enfermeiros e terapeutas de meio¹⁰⁸) havia alguns homens, mas a grande maioria era composta por mulheres (GREMILLION, 2003, p.13).

Gremillion apresenta sua interpretação sobre a hierarquia de gênero em Walsh através da metáfora, operante naquele modelo de tratamento, da “família terapêutica”, que supõe uma divisão de gênero do trabalho terapêutico em termos heteronormativos. Nesse sistema, os psiquiatras e pediatras, geralmente (mas não necessariamente) homens, exercem funções tidas como masculinas e assumem o papel paterno na família terapêutica. A conduta esperada dos profissionais nessas posições é que sejam mais “duros” e “objetivos”, que demonstrem autoridade, e estabeleçam e reforcem limites claros às pacientes:

Mas, de fato, esses aspectos do tratamento são hierarquicamente gendrados, segundo formas que frequentemente espelham e reforçam as hierarquias de status profissional no programa de tratamento. De maneira geral, os psiquiatras interagem com os pacientes de forma ‘firme’, e mesmo provocativa, enquanto as funcionárias e psicólogas oferecem mais alívio e proteção para cada paciente. Por sua vez, funcionárias (e, por vezes, psicólogas) são percebidas como estando sob risco de cuidar excessivamente de

¹⁰⁸ Terapeutas de meio (no original, “*milieu therapists*”), são geralmente assistentes sociais ou aconselhadores (“*counsellors*”) por formação, e possuem status inferior ao dos psicólogos, e status semelhante ao dos enfermeiros.

pacientes, e precisam aprender a manter suas práticas de cuidado sob controle (...).¹⁰⁹ (GREMILLION, 2003, pp. 123-124).

No ambulatório da Unicamp, não há a metáfora da família terapêutica, mas há algumas semelhanças em relação à Walsh, sobretudo quanto à hierarquia de gênero. O único homem na equipe permanente do ambulatório é justamente o coordenador da equipe, o que tem efeitos sobre a hierarquia de gênero no serviço. É importante deixar claro que nenhum membro da equipe tem a percepção de que a posição de autoridade do coordenador seja facilitada pelo fato de ele ser homem, e muito menos que ele adote uma postura “machista”. Ao me referir à hierarquia de gênero no ambulatório, entendo que o fato de o coordenador da equipe, que possui maior poder de decisão tanto do ponto de vista administrativo quanto clínico, seja homem, ao se combinar com a prevalente representação social de que características como liderança e poder de decisão sejam identificadas como “masculinas”, acaba por produzir, ainda que inadvertidamente, uma hierarquia de gênero.

Enquanto coordenador da equipe, supervisor dos demais psiquiatras e, sobretudo, dos residentes da psiquiatria em estágio no ambulatório, é o coordenador quem exerce a tarefa de assegurar a objetividade profissional da equipe e a firmeza nas condutas terapêuticas. Nesse caso, o tempo de exercício da profissão também contribui para a constituição da hierarquia de gênero na equipe: antes de tomar alguma decisão terapêutica, os residentes se consultam com o coordenador do ambulatório, às vezes mesmo durante uma consulta com o paciente.

Além disso, a hierarquia profissional entre as diferentes especialidades também tem conotações ligadas a gênero, como Gremillion também observou em Walsh. Se ali os pediatras, independentemente de serem homens ou mulheres, eram considerados mais imparciais, objetivos e emocionalmente distanciados, uma posição análoga é ocupada pelas endocrinologistas no ambulatório da Unicamp que, a despeito de serem mulheres, acabam ocupando uma posição de gênero mais “masculina” nessa hierarquia.

¹⁰⁹ Tradução livre. No original: “But, in fact, these features of treatment are gendered hierarchically, in ways that often mirror and reinforce hierarchies of professional status in the treatment program. Generally speaking, male psychiatrists engage with patients in ‘tough’, even provoking ways, and female staff and psychologists are more soothing and protective of individual patients. In turn, female staff (and sometimes female psychologists) are perceived to be at risk of overnurturing patients and must learn to keep nurturing practices in check (...)”.

Médicas responsáveis pelo acompanhamento clínico dos pacientes, elas possuem autonomia para decidir quanto a algumas intervenções clínicas específicas, sendo também as responsáveis por apontar os prejuízos físicos causados pelos transtornos alimentares. Essas evidências físicas, materiais, comprovadas pelo exame clínico, são inquestionáveis, enquanto os sintomas psicológicos, que passam por uma avaliação mais subjetiva do profissional, normalmente dão margem a interpretações variáveis e a uma maior negociação por parte dos pacientes quanto às intervenções recomendadas. O fato de que são as endocrinologistas também as responsáveis pelo controle de peso e do diário alimentar, reforça a percepção destas profissionais como mais rígidas, responsáveis por “fiscalizar”, “dar broncas” e “disciplinar” as pacientes.

A questão da “senioridade” e hierarquia profissional também resulta em uma configuração de gênero específica com relação à psicóloga que coordena o grupo de apoio aos familiares dos pacientes, composto quase que inteiramente por mães. Esta psicóloga, além de ser o membro mais velho da equipe, é também a única a exercer a posição de docente, sendo também responsável pela supervisão dos aprimorandos que estagiam no ambulatório. Tudo isso contribui para que os pacientes identifiquem essa psicóloga em uma posição análoga à da autoridade materna – ainda que esta profissional não tenha qualquer contato terapêutico com as pacientes.

Mediante a inserção no serviço ambulatorial, o paciente passa por uma avaliação clínica geral, realizada por uma das endocrinologistas da equipe, que pode solicitar ou não exames específicos, e adotar uma conduta clínica apropriada, caso necessário.

São também as endocrinologistas as encarregadas de monitorar o peso das pacientes. Os pacientes são pesados apenas de avental e roupa íntima, e devem fazê-lo, obrigatoriamente, na primeira consulta. Dependendo do peso inicial, o controle é feito com maior frequência e rigor: quanto menor o peso, maior é o risco clínico atribuído ao caso, e mais rigoroso é o acompanhamento. Como regra geral, o ambulatório da Unicamp não adota metas específicas de peso como parte do tratamento. Todavia, algumas metas e limites mínimos individuais podem ser estabelecidos, individualmente, para aqueles pacientes considerados muito magros e que continuam a perder peso, ou não o recuperam com o seguimento do tratamento. O mesmo pode ocorrer caso o paciente não tenha

apresentado um peso inicial tão baixo, mas apresente perda de peso significativa no decorrer do tratamento.

Na ausência de nutricionistas na equipe, são as endocrinologistas as encarregadas do acompanhamento nutricional dos pacientes. Este acompanhamento nutricional segue as diretrizes do modelo de terapia nutricional desenvolvido pela nutricionista Marle Alvarenga¹¹⁰ junto ao AMBULIM, e apresenta diferenças em relação à abordagem nutricional descrita por Gremillion em Walsh.

O primeiro objetivo da terapia nutricional é avaliar os hábitos e crenças alimentares de cada paciente, considerados “distorcidos”. Embora grande parte das pessoas com transtorno alimentar possua um grande acervo de conhecimentos sobre composição dos alimentos e dietas para emagrecimento, esse conhecimento é considerado inadequado, não científico, e convertido, através do quadro patológico, em uma espécie de sintoma:

Os pacientes costumam afirmar ter grandes conhecimentos sobre alimentação. Mas tais “conhecimentos” estão restritos a conteúdo calórico e dietas de emagrecimento. A terapia nutricional deve ajudar o paciente a entender suas necessidades nutricionais, bem como ajudar a iniciar uma escolha alimentar por meio de um aumento na variedade da dieta e da prática de comportamentos adequados. Uma técnica efetiva envolve a mudança de crenças errôneas e ajuda o paciente a ter percepções e interpretações mais adequadas de dieta, nutrição e relação entre inanição e sintomas físicos. (ALVARENGA e LARINO, 2002, p. 40).

A terapia nutricional é, portanto, uma espécie de pedagogia psicologizada. Uma grande parte do trabalho terapêutico consiste em transmitir o conhecimento adequado e verdadeiro – porque científico – sobre a nutrição humana. Mas apenas informar os pacientes é insuficiente. O paciente precisa não apenas aceitar esse conhecimento como verdade, mas **acreditar** nele, e passar a decodificar suas experiências corporais a partir dele. Assim, o grande instrumento terapêutico torna-se o diário alimentar, que deve ser constantemente preenchido pelos pacientes, e que costuma seguir o modelo reproduzido abaixo¹¹¹:

¹¹⁰ Marle Alvarenga foi a coordenadora do setor nutricional do Ambulim, cujo trabalho desenvolvido na área de transtornos alimentares tornou-se referência na literatura científica nacional sobre o tema.

¹¹¹ Este modelo é um dos adotados no ambulatório da Unicamp. O modelo fornecido por ALVARENGA e LARINO (2002) é ligeiramente diferente: “Data”, “Hora” e “Onde” estão em colunas diferenciadas, e não há colunas para “Pensamentos”, ou para “O que eu fiz”.

Data, hora e local	O que comeu e quanto.	Compulsão alimentar?	Purgação?	Pensamentos	Sentimentos	O que eu fiz

O diário alimentar diferencia-se de um cardápio pré-estabelecido, pois enquanto o segundo supõe que basta seguir as informações adequadas para ter uma alimentação correta, o primeiro inclui a dimensão psicológica e emocional envolvida na alimentação: não basta saber o que é certo comer, é necessário aprender a **sentir** adequadamente o que constitui uma alimentação satisfatória e equilibrada, do ponto de vista nutricional, a reconhecer os sinais físicos de fome, saciedade, de uma alimentação excessiva ou deficiente. Assim, o diário alimentar começa com aquilo que o paciente já está habituado a comer, e o trabalho consiste em introduzir novos alimentos e em aumentar as quantidades ingeridas gradualmente, até estabelecer uma rotina adequada.

Assim, em um primeiro momento, esta abordagem nutricional diferencia-se daquela adotada em Walsh, por não exigir que os pacientes planejem cardápios pré-determinados de acordo com minuciosos cálculos de valores calóricos, e também por incorporar, além dos conhecimentos nutricionais objetivos, os sentimentos, pensamentos e percepções corpóreas dos pacientes. Essa abordagem mais “holística”, entretanto, não deixa de reproduzir algumas características consideradas “típicas” de um transtorno alimentar: a necessidade de um controle minucioso quanto a todos os aspectos da alimentação, que, embora dispense a contagem de calorias, ao estabelecer a vigilância constante dos sentimentos, pensamentos e sensações corpóreas, acaba reforçando a preocupação constante com o corpo e a alimentação – sintoma característico dos transtornos alimentares. Além disso, nessa relação terapêutica, os corpos, sentimentos e pensamentos dos pacientes são transformados em recursos não cooperativos: inadequados, distorcidos e não confiáveis, em função do estado patológico. Por isso, devem ser corrigidos e tornados mais eficientes segundo critérios científicos sobre o que é correto e saudável, externamente impostos.

O paradoxo desta situação é que a maioria das pessoas que desenvolvem um transtorno alimentar o fazem após iniciar algum tipo de dieta para emagrecer, seguindo uma lógica extremamente similar, também baseada em “conhecimentos científicos”. A restrição dietética, com maior ou menor ênfase na restrição calórica, continua sendo recomendada como forma eficaz de perda de peso. Os conhecimentos que os pacientes afirmam possuir, e que a equipe de tratamento define como “distorcidos”, foram acumulados através de experiências prévias com dietas e inúmeras fontes, como matérias sobre alimentação e dietas veiculadas em publicações para o público geral, e mesmo livros e manuais de dietas de emagrecimento, popularizados sazonalmente, e que afirmam estarem baseados nos mais recentes avanços científicos na área. Bel, por exemplo, conta que, ao comunicar a seu psiquiatra suas preocupações em relação ao peso, ele recomendou que ela tomasse apenas uma sopa durante o jantar, quando ela sentisse que havia comido demais. Relembremos que sobre a postura deste psiquiatra, Bel afirma que “*a ortorexia era apreciada até pelo médico*”, o que demonstra que as fronteiras entre o que constitui uma prática leiga de emagrecimento e as práticas de controle do peso recomendadas por profissionais são bastante permeáveis.

Da mesma maneira, Valentina recorda a prática de uma dieta em conjunto com a avó, a mãe e a irmã, baseada no livro “Só é gordo quem quer”¹¹²:

Eu devia ter 9 anos. A primeira que me ocorre de terem me feito participar é a de um livro chamado “Só é gordo quem quer”. A lógica do livro era não misturar certos alimentos que tudo ficava beleza. Então, por exemplo, não podia comer batata com arroz. Carboidrato com carboidrato você virava a dona redonda - e o livro tinha a ilustração embaixo de cada receita. Mas se você

¹¹² O livro “Só é Gordo Quem Quer”, escrito por João Uchoa Júnior, foi um grande sucesso de vendas no Brasil durante a década de 1980, com vinte e sete edições e mais de 500 mil exemplares vendidos, segundo o *website* da editora A Girafa, responsável pelo lançamento do livro “Só é Gordo Quem Quer 2”. Sob a alcunha de “reeducação alimentar”, o método divulgado pelo livro reivindicava legitimidade em uma alusão à formação médica do autor. Todavia, apesar da referência ao “Doutor João Uchoa Junior”, não havia referências claras a respeito de sua formação em medicina. No atual *website* da Editora Girafa, sobre o livro só é Gordo Quem Quer 2”, encontramos as seguintes informações: “JOÃO UCHÔA JÚNIOR é médico anestesista formado pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro), com pós-graduação em anesthesiologia pelo instituto nacional do câncer (RJ). Pertence à Sociedade Brasileira de Anesthesiologia e à Sociedade de Anesthesiologia do Rio de Janeiro, além de ser membro-honorário da Federação Nacional das Associações de Medicinas Alternativas Naturais e da Confederação Internacional de Medicina Alternativa Natural. Por ter tendência a engordar, Uchôa resolveu pesquisar as causas da obesidade e desenvolveu um método próprio para garantir emagrecimento saudável, eficiente e duradouro.”

Fonte: http://www.agirafa.com.br/girafa/detalhe_produto.asp?id=119.

quisesse comer uma travessa de batatas, coma e seja feliz. E magro. O prato ícone dessa época na minha casa era a batata gratinada. Lembro de tê-lo comido várias vezes... Por isso o exemplo não podia ser outro. Depois minha mãe entrou no vigilantes do peso e trazia as dietas e receitas pra casa e fazia eu e minha irmã fazermos. Lembro de almoçar muito sanduíche por conta disso. Tinha uma coisa da primeira semana ser sanduíche com pão integral, cenoura, frango no almoço. acho que é isso. E comer muita fruta também, que acho q tinha 5 porções por dia. (...) Então essa percepção sobre o que era um regime e de que eu precisava de um veio daí. (...) E foi então que bolei a primeira dieta por minha conta. (E olha que legal, como ela se parece com um mix dessas dietas que eu citei...). A minha dieta basicamente consistia no seguinte: no almoço, eu não podia misturar certos alimentos. Passei a evitar gradativamente carboidratos, cortando o arroz e o feijão (e assim ficaram banidos por 10 anos) e o prato típico do almoço da minha dieta era salada e carne. Fazia natação a tarde, e a noite, eu podia comer frutas. Se estivesse com muita fome, valia comer um miojo.

A história de Valentina também mostra como as orientações recebidas no tratamento para o transtorno alimentar acabavam por reforçar alguns sintomas. Assim, quando foi orientada a fazer as refeições à mesa com a família, e lutou para instituir esse hábito, passou a depender desse ritual, a ponto de se sentir mal e não conseguir comer se estivesse sozinha. Ela também começou a ter as “compulsões” planejadas por salada durante o almoço, usadas como estratégia para não comer mais nada o restante do dia. Em uma outra conversa que tivemos, ela me disse que, após o tratamento, ela não apenas continuou a se sentir culpada quando comia, mas passou também a culpar-se quando não comia – outro sinal de que o tratamento aumentou sua preocupação já constante com a alimentação.

Assim, do ponto de vista da experiência dos sujeitos, estabelecer o que é uma alimentação adequada e saudável, e quais pensamentos, sentimentos e sensações corporais são “distorcidos” ou “adequados”, torna-se uma tarefa bem mais complicada do que a apenas a descrição da terapia nutricional dá a entender. Ainda que o trabalho terapêutico envolva o trabalho coordenado de diversos profissionais de múltiplas áreas, para evitar que mensagens contraditórias sobre o que é saudável, ou não, sejam veiculadas aos pacientes (esta também é a razão para que um dos critérios de inclusão seja exatamente não estar fazendo tratamento para transtorno alimentar ou para obesidade em outro local), é inevitável que os pacientes se confrontem com outras “verdades”, mais ou menos “científicas”, sobre o que é considerado melhor em termos de alimentação.

A decisão sobre como agir torna-se ainda mais complicada, já que, uma vez que o paciente aceite a possibilidade de que sua própria percepção seja “distorcida”, seus conhecimentos e crenças sobre alimentação sejam “errôneos”, e seus pensamentos e sentimentos em relação à alimentação sejam “inadequados”, ele sempre precisará de algum tipo de confirmação exterior de que está agindo corretamente – um efeito oposto ao objetivo terapêutico de possibilitar que os pacientes adquiram a capacidade de se alimentar adequadamente por conta própria.

No ambulatório da Unicamp, se atribui menor importância ao peso dos pacientes do que em Walsh, como observado por Gremillion, e isso se deve a múltiplas razões. Em certa medida, o tratamento no ambulatório da Unicamp parece se alinhar com algumas das críticas de Gremillion ao programa de Walsh, sobretudo no que se refere ao controle minucioso do peso e à contagem de calorias. Embora o índice de massa corporal seja considerado um critério importante e válido para aferir a gravidade dos casos, o risco clínico e o progresso dos pacientes no tratamento, o controle do peso está longe de ser minucioso como em Walsh, em que os pacientes são pesados diariamente com a precisão de décimos de quilograma.

Enquanto em Walsh, essas mínimas alterações no peso têm resultados imediatos na conduta em relação às pacientes, sobretudo no planejamento de cardápios e na quantidade de calorias a ser ingerida, no ambulatório da Unicamp, as alterações de peso sempre são consideradas em conjunto com outras manifestações de comportamento e humor dos pacientes. Assim, uma pequena perda de peso pode ser considerada menos relevante para a avaliação do estado geral do paciente, caso se considere que este tenha obtido progresso significativo em outras áreas. Além disso, há alguma preocupação de que o tratamento não estimule ou reforce a já habitual preocupação dos pacientes em relação ao peso, considerada sintoma do quadro patológico. Dessa maneira, durante o tratamento, procura-se pesar os pacientes de costas para a balança, e o sucesso do tratamento não é diretamente associado a alcançar metas de peso específicas.

Essa diferença também pode ser atribuída à distinção entre o tratamento exclusivamente ambulatorial, na Unicamp, e ao tratamento baseado em longos períodos de internação, como em Walsh. A possibilidade de internação permite que Walsh receba

pacientes com um peso inicial muito baixo, que podem ser monitorados minuciosamente no processo de ganho de peso, uma vez que internações longas são possíveis. Assim, em Walsh, o período de internação adquire a função “pedagógica” de um treinamento intensivo. Se desde o início as pacientes são incumbidas das tarefas relacionadas à minuciosa automonitoração, como calcular as calorias ingeridas e planejar os cardápios diários, esta responsabilidade é compartilhada pela equipe por meio de vigilância constante.

Essa vigilância tem por objetivo não apenas banir os comportamentos considerados patológicos – como esconder alimentos, provocar vômitos, usar laxantes, e ocultar informações da equipe – como também de incitar aqueles comportamentos considerados saudáveis. Transgressões às normas de internação são “punidas” com o aumento da vigilância e restrição da autonomia das pacientes, sendo a simples ameaça de alimentação forçada através de sonda nasogástrica uma medida normalmente eficaz para persuadir os pacientes a se alimentarem segundo o que lhes foi prescrito (GREMILLION, 2003, p. 17). Por outro lado, na medida em que os pacientes demonstram “progresso” no tratamento, ganhando peso através do desempenho eficaz das tarefas de autocuidado e automonitoração prescritas, a vigilância por parte da equipe vai sendo progressivamente reduzida, ao ponto de pacientes que estão prestes a sair da internação serem inteiramente responsáveis por monitorar e registrar sua ingestão calórica e não precisarem mais serem observados de perto pela equipe durante as refeições.

Isso tem implicações diretas na responsabilidade atribuída aos pacientes em relação ao ganho de peso durante a internação. Ainda que em Walsh os pacientes sejam constantemente vigiados para garantir a ingestão calórica prescrita, graças a medidas como refeições acompanhadas, suplementação alimentar líquida caso não comam tudo o que lhes foi servido, bem como o acompanhamento do uso dos banheiros, é possível que uma das metas do tratamento – conseguir que os pacientes se alimentem sozinhos – comece a ser alcançada ainda na internação. Como Gremillion relata, um dos objetivos da internação está exatamente em estimular os pacientes a tomarem para si a responsabilidade pela alimentação. O que inicialmente é tido como imposição externa, em função das medidas anteriormente descritas, deve ser incorporado pelas pacientes como autocuidado: esforçar-se e ser capaz de se alimentar de acordo com o prescrito é, em Walsh, um sinal de que o

paciente está manifestando um desejo de melhora, tornando-se mais independente e responsável por si, e, conseqüentemente, de que o tratamento está funcionando.

Na Unicamp, os limites da infra-estrutura disponível impedem que a internação assuma esta função: a internação é um recurso extremo, emergencial, voltado para afastar o risco de morte iminente. A dificuldade em obter leitos para internação costuma levar ao encaminhamento do paciente a outro serviço de saúde ou, quando a internação é possível, o ganho de peso ganha prioridade em relação a medidas voltadas para modificar o comportamento dos pacientes. Todavia, assim que o risco imediato é afastado e o paciente passa para o tratamento ambulatorial, entra em cena um discurso bastante semelhante àquele de Walsh, que também pressupõe uma pedagogia do autocuidado para que os pacientes possam se desenvolver como indivíduos autônomos e autorresponsáveis, dentro dos padrões de conduta saudável estabelecida – como já ficou claro na descrição sobre a terapia nutricional.

Assim, um dos primeiros critérios de exclusão ao ingresso no programa de tratamento no ambulatório da Unicamp é possuir indicação para internação hospitalar. Outro critério de exclusão é a presença de *“comorbidade¹¹³ psiquiátrica grave, que comprometa o engajamento adequado às atividades do serviço”*. “Comorbidade psiquiátrica grave” refere-se fundamentalmente à existência concomitante de outro diagnóstico que implique em uma limitação importante, do ponto de vista cognitivo, que inviabiliza o tipo de intervenção terapêutica proposta pelo ambulatório, ou seja, pessoas com retardo mental, autismo, quadros psicóticos envolvendo delírios ou alucinações etc.

A presença de um transtorno de personalidade não é critério de exclusão para o tratamento. Todavia, ocasionalmente, um paciente que apresente um distúrbio de personalidade considerado grave pode ser excluído ou ter o tratamento interrompido por este motivo – sobretudo se a equipe julgar que esse paciente atrapalhe o tratamento ou ofereça riscos aos demais pacientes e à equipe. Transtornos de personalidade são apenas diagnosticados em adultos, pois são considerados atributos permanentes da personalidade de alguém. Uma vez que a personalidade de crianças e adolescentes ainda está em

¹¹³ Comorbidade é o termo técnico para se referir a existência simultânea de duas ou mais condições patológicas diagnosticadas.

formação, nessas fases da vida as características atribuídas a cada transtorno de personalidade devem ser consideradas como transtornos de conduta.

Na prática, sobretudo em caso de pacientes que se aproximam do final da adolescência, a conduta terapêutica adotada em relação a estes pacientes propensos a um transtorno de personalidade não se diferencia daquela adotada para adultos com o diagnóstico. Tais pacientes são considerados mais “difíceis”, de pior prognóstico, e casos mais “complexos”, o que geralmente motiva a equipe a discutir condutas específicas em relação a estes pacientes. Não é incomum que a equipe questione as vantagens e desvantagens de que estes pacientes participem da terapia em grupo, pois muitas vezes comportamentos atribuídos aos transtornos de personalidade são apontados como causa de perturbação no andamento das atividades coletivas. No caso específico de transtorno de personalidade antissocial, vulgarmente conhecido como sociopatia ou psicopatia, a participação em grupo é contra indicada, em função da própria definição do transtorno¹¹⁴.

Como o Hospital das Clínicas possui um ambulatório de obesidade bem estabelecido, a equipe optou por excluir do atendimento candidatos ao tratamento que apresentassem episódios e compulsão alimentar associados à obesidade de grau 3¹¹⁵, bem como aqueles que tenham indicação ou tenham sido submetidos à cirurgia bariátrica. Tais candidatos são encaminhados para o ambulatório de obesidade, considerado mais apropriado para atender às necessidades específicas deste perfil de pacientes.

Os critérios de inclusão no tratamento são: possuir idade mínima igual ou superior a doze anos de idade, a participação obrigatória dos pais ou responsáveis dos pacientes com idade entre doze e dezoito anos, a disponibilidade de presença semanal no ambulatório enquanto durar o tratamento, a não participação concomitante em outro tratamento (psiquiátrico, psicoterápico, nutricional, ou endocrinológico) para transtorno alimentar ou obesidade, além de um índice de massa corporal inferior a 40, como mencionado anteriormente. Os pacientes menores de doze anos são encaminhados para a psiquiatria pediátrica. Acima desta idade, são recebidos no ambulatório, sob a exigência de que pacientes de idade inferior a 18 anos sejam acompanhados por seus responsáveis legais.

¹¹⁴ Ver Anexo V para critérios diagnósticos.

¹¹⁵ A obesidade de grau 3, anteriormente chamada de obesidade mórbida, é definida por um índice de massa corporal, ou IMC, calculado pela fórmula peso em kg : (altura em m)², com um valor igual ou superior a 40.

É interessante observar que, entre os critérios de inclusão, a disponibilidade para atender pacientes de ambos os sexos esteja explicitamente mencionada – isso aponta para a expectativa pré-existente de que o público alvo seria composto apenas por pessoas do sexo feminino, e de que meninos, rapazes e homens com transtornos alimentares sejam habitualmente pensados como exceção.

Desde o início do funcionamento do ambulatório, apenas quatro pacientes homens passaram pelo serviço, sendo que dois deles abandonaram o tratamento logo no início. Quanto aos outros dois, um deles apresentava um quadro importante de fobia social, o que inviabilizava sua participação nas atividades em grupo: por isso seguiu em acompanhamento individual. O outro paciente também passou a apresentar uma frequência irregular no ambulatório, e eventualmente abandonou o tratamento, antes que se decidisse sobre sua inserção ou não no grupo de terapia. Pacientes homens são pensados como atípicos também nesse sentido: sua presença suscitou um debate sobre a conveniência, ou não, de incluí-los nos grupos de terapia, pois seu status minoritário em um grupo composto de meninas e mulheres era considerado como possível fonte de desconforto e intimidação – o que poderia prejudicar sua vinculação ao grupo. Isso também revela como os grupos de terapia são considerados como um espaço tipicamente feminino, caracterizado por uma solidariedade de gênero que possibilita o compartilhamento de dimensões da intimidade feminina que seriam intimidadoras ou constrangedoras para rapazes ou homens.

Essa questão da intimidade feminina presente nos grupos de terapia está relacionada a processos corporais e também a questões de sexualidade. Inicialmente, os grupos de terapia eram divididos segundo os critérios diagnósticos: havia um grupo para pacientes bulímicas e um grupo para pacientes anoréticas. As pacientes mais velhas, entretanto, manifestaram o incômodo que sentiam em abordar questões relacionadas à sexualidade na presença de pacientes adolescentes, muitas das quais ainda não tinham vida sexual ativa. Por outro lado, as questões consideradas “típicas da adolescência”, que ambas as psicólogas responsáveis pelos grupos consideram parte fundamental da terapia, não interessavam às pacientes adultas. Isso motivou a equipe a modificar os critérios de divisão dos grupos, que passaram a ser organizados segundo a idade e maturidade das pacientes, em grupo de adultas e adolescentes.

Esta descrição revela um aspecto importante do processo de constituição do serviço: os critérios de inclusão e exclusão são formulados a partir da ideia de usuário estabelecida pela equipe. As decisões a respeito do que constitui esse perfil passam por múltiplas considerações, desde a descrição presente na literatura científica – considerada como parâmetro preditor do perfil de pessoas que procurarão o serviço para tratamento, passando por considerações éticas (quem teria o direito de ser atendido pelo serviço) e práticas (quais casos o serviço não tem condições de atender adequadamente). Um exemplo retirado de uma reunião administrativa da equipe, em que o modelo de tratamento estava sendo rediscutido ilustra bem esse processo.

O coordenador do ambulatório informou a equipe de que, durante a avaliação departamental do desempenho do ambulatório, uma das questões levantadas foi a necessidade de estabelecer critérios que possibilitassem um maior fluxo de pacientes pelo serviço. Em função dos limites da estrutura do serviço, tanto no que diz respeito à quantidade de profissionais, como à disponibilidade de horários e salas para atendimento, a única forma de atender mais pacientes seria aumentar o número de altas dos pacientes já inseridos. Isso provocou a questão a respeito do que fazer em relação aos pacientes “crônicos”, que mesmo após um longo período de tratamento não apresentavam uma melhora suficiente para que fossem preenchidos os critérios de alta.

Uma das soluções aventadas foi a de limitar o ingresso de novos pacientes apenas a casos de transtornos alimentares de início recente. Segundo a literatura, tais pacientes apresentam melhor prognóstico, respondem mais ao tratamento e, portanto, provavelmente passariam menos tempo em tratamento até obter os critérios para alta. Por outro lado, continuar absorvendo pacientes com muitos anos de doença provavelmente levaria a um momento em que todas as vagas disponíveis no ambulatório estariam ocupadas por pacientes “crônicos”, e impediria o acesso de outras pessoas demandando tratamento – inclusive aquelas de início recente de transtorno, e que teriam melhores chances de obterem bons resultados.

Após a discussão da questão, a decisão foi de não estabelecer nenhum critério de inclusão ou exclusão baseado em tempo de início de doença ou qualquer outro fator que sugerisse cronicidade ou pior prognóstico. O consenso estabelecido foi o de que não seria

ético priorizar alguns pacientes em detrimento de outros segundo estes critérios, pois a equipe estava de acordo quanto ao princípio de qualquer paciente com o diagnóstico de transtorno alimentar, independentemente de gravidade ou de prognóstico, tem o direito de receber tratamento. Além disso, argumentou-se que um dos casos de sucesso do ambulatório foi exatamente de uma paciente que possuía um prognóstico muito ruim, com um longo histórico de doença e inclusive de tratamento especializado para transtorno alimentar anterior. O imperativo ético de não estabelecer distinções entre as pessoas que precisam de tratamento foi considerado mais importante do que o de ampliar o número de pessoas com acesso ao serviço.

Essa história a respeito dos critérios de inclusão e exclusão de pacientes no ambulatório também revela outro aspecto importante: como o perfil dos pacientes atendidos pelo ambulatório é ativamente produzido pelos critérios estabelecidos, e que esses critérios são fruto de uma complexa negociação entre o que é estabelecido pela literatura científica, as possibilidades concretas da infraestrutura do ambulatório de receber pacientes, valores éticos envolvidos nas práticas profissionais, demandas institucionais e a demanda da população por tratamento. Considerando que a grande maioria de pesquisas sobre transtornos alimentares é conduzida em centros de tratamento em hospitais universitários, é essencial considerar as maneiras pelas quais tais processos participam ativamente na produção dos fenômenos sobre os quais o conhecimento científico é produzido.

Uma vez inserido no programa de tratamento ambulatorial, o paciente inicia imediatamente o acompanhamento psiquiátrico e clínico, com consultas individuais agendadas periodicamente, de acordo com a conduta terapêutica estabelecida para cada caso. Pacientes considerados de maior risco clínico, apresentando baixo peso, emagrecimento significativo, comorbidade ou complicação clínica são atendidos em intervalos menores. O mesmo ocorre com pacientes que apresentam comorbidades e sintomas psiquiátricos mais intensos.

Os novos pacientes inseridos no tratamento devem, então, frequentar um módulo de palestras psicoeducativas, ministradas por membros da equipe, e que tem como objetivo fornecer informações adequadas a respeito dos transtornos alimentares, seus riscos e sobre

o tratamento. Todos os pacientes devem frequentá-lo, independentemente do diagnóstico ou da eventual contraindicação para participarem da terapia em grupo.

Este módulo tem a duração de cerca de seis semanas, e cada palestra procura desenvolver um tema específico, geralmente relacionado à especialidade do palestrante. A primeira palestra é ministrada pelo psiquiatra coordenador do serviço, e consiste em uma apresentação geral sobre a história, os sintomas, as causas, e a evolução da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. As palestras seguintes procuram aprofundar alguns dos temas introduzidos na palestra inicial, como o impacto dos transtornos alimentares na vida do indivíduo, os aspectos psicológicos, nutricionais, e familiares, as consequências e complicações físicas, e procuram explicar como o tratamento no ambulatório funciona e lida com cada uma destas questões.

Inicialmente, este módulo incluía, além dos pacientes, seus familiares, sobretudo pais ou responsáveis¹¹⁶. A participação e a cooperação dos familiares no tratamento, principalmente no caso dos adolescentes, é considerada importante no sucesso do tratamento, cujo objetivo é promover uma mudança consistente e duradoura nos hábitos alimentares dos pacientes. Assim, o ambiente doméstico precisa ser modificado, de forma a contribuir para o processo de modificação comportamental.

Se o paciente já mora sozinho, ou divide a residência com colegas, é ele o encarregado de promover essas mudanças no ambiente. Todavia, se ele ainda mora com a família de origem, aqueles membros da família responsáveis pela organização da rotina doméstica precisam ser instruídos pela equipe terapêutica sobre os hábitos que contribuem para a melhora ou para a perpetuação do transtorno alimentar. A participação dos familiares de pacientes no módulo psicoeducativo era vista como a oportunidade de estabelecer uma disposição cooperativa conjunta, dos pacientes e de seus familiares, em relação ao tratamento:

A avaliação dos resultados revelou que o Grupo Psicoeducativo, além de facilitar o entendimento da doença e das alternativas para o tratamento, proporcionou maior integração familiar e dos pacientes com a equipe de tratamento. (...) A proposta desse grupo psicoeducativo tornou mais dinâmica a interação dos pacientes e familiares com os

¹¹⁶ A partir de 2010 a equipe optou por incluir no módulo psicoeducativo apenas os pacientes, pois alguns dos comentários do pais, feitos durante as sessões, a respeito do comportamento se seus filhos, eram motivo de constrangimento e embaraço para os pacientes.

membros da equipe, sendo também um estímulo para a criação de vínculos afetivos no grupo. (MAURO et al, 2009).

A história de Valentina inclui alguns episódios que mostram claramente os efeitos dessas práticas de “modificação ambiental” envolvidas no tratamento de transtornos alimentares, sobretudo quanto àquelas de base cognitivo-comportamental. Ao seguir as instruções de sua terapeuta para criar o seu espaço durante as refeições, Valentina empreendeu uma pequena revolução na rotina da casa, que acabou gerando conflitos dentro da família. A recomendação da terapeuta de que ela “limpasse seu espaço”, e criasse um “cantinho seu” afastando os jornais da mesa, lhe parecia impossível. Então ela decidiu impôr à família que as refeições fossem feitas à mesa. Entretanto, se a mãe e a irmã aceitaram a imposição, os avós se recusaram, criando uma situação de mal estar na convivência familiar.

A sensação de Valentina, de que era impossível criar um “cantinho seu” em um espaço que compartilhava com os avós, a mãe e a irmã, revela um dos problemas de definir a mudança ambiental como responsabilidade do indivíduo sob tratamento, pois ignora a dimensão social da constituição do espaço doméstico, e a dificuldade de constituir um espaço puramente individualizado nesse contexto. Lembremos que Valentina relata que enquanto morava sozinha, sentia ter se libertado dos comportamentos ligados ao transtorno alimentar, mas que assim que passou a dividir o apartamento com uma colega, a sensação de controle foi abalada e as preocupações retornaram. Valentina não tinha como impedir a colega de ter doces em casa, ou de comê-los como bem entendia. E se o tratamento vincula o controle dos sintomas ao controle do ambiente doméstico, ele acaba produzindo a presença de outras pessoas nesse espaço como uma ameaça a esse controle.

A iniciativa de Valentina foi um desafio à hierarquia estabelecida no interior da família, em que a autoridade doméstica centrava-se na figura da avó. O fato de que Valentina, sua mãe e sua irmã estivessem morando na casa da avó como uma espécie de favor e ajuda, torna a situação mais complicada, pois abre margem para que a atitude de Valentina fosse interpretada, pela avó, não apenas como um desafio à autoridade e uma crítica às suas habilidades de organizar o ambiente doméstico, mas também como uma forma de ingratidão. Assim, paradoxalmente, o tratamento instaura conflitos familiares

relacionados às refeições – algo que costuma ser visto como propício ao desenvolvimento e à perpetuação de um transtorno alimentar.

Retornando ao projeto terapêutico do ambulatório, é digno de nota que o programa de tratamento se inicie com um conjunto de palestras que visam transmitir aos usuários do serviço, ainda que em uma linguagem mais simplificada e acessível, o conhecimento biomédico sobre os transtornos alimentares. Esse conhecimento é tido como correto e verdadeiro, por possuir base científica: por isso mesmo, é considerado como uma descrição precisa dos fatos e da realidade. A primeira etapa do tratamento é transmitir o conhecimento adequado, assim como ocorre na primeira fase da terapia nutricional.

Os grupos de terapia cognitivo-comportamental têm suas atividades organizadas em ciclos de dezesseis sessões cada, organizadas por temas, sendo que o primeiro ciclo tem início logo após o término do módulo psicoeducativo. Dentre os temas abordados estão: “introdução na abordagem da TCC; imagem corporal; variações de humor (ansiedade e depressão); relações familiares; emoções e relações interpessoais; treino de assertividade; prevenção de recaída; estruturação do tempo livre e organização de atividades” (MAURO et al, 2009). As sessões também possuem uma dimensão informacional ou educativa, em que as psicólogas procuram explicar características da psicodinâmica dos transtornos alimentares, para que, de posse do conhecimento adequado com base científica, os pacientes entendam melhor sua condição patológica e possam se preparar para interferir sobre ela.

Assim como no caso da terapia nutricional, a terapia cognitivo-comportamental procura auxiliar os pacientes a identificarem percepções, crenças e sentimentos distorcidos a respeito do próprio corpo, da alimentação, e de si mesmos, distinguindo o que é um “sintoma” do que é uma percepção ou reação adequada e proporcional à realidade. Mais uma vez, não basta que esse conhecimento seja racionalmente compreendido: ele deve ser incorporado e exercitado pelas pacientes, até que se torne um hábito e modifique sua percepção da realidade de “distorcida” e “patológica”, para “adequada” e “saudável”.

Nesse processo, a vontade dos pacientes é considerada um recurso essencial para o sucesso ou fracasso do tratamento. Se o paciente não manifesta a vontade de efetuar estas mudanças, isso é interpretado como “resistência ao tratamento” – resistência, esta, que é

considerada também uma espécie de sintoma. A vontade dos pacientes, portanto, não depende apenas de uma decisão consciente e racional, tomada diante das evidências científicas dos prejuízos causados por um transtorno alimentar na vida do indivíduo, mas é uma espécie de recurso natural, uma força vital “bruta” que, em função da condição patológica, foi canalizada para fins errôneos. O trabalho terapêutico é o de aliciar essa vontade, exercitá-la e moldá-la para que esta se torne produtora de saúde.

Não por acaso, o “treino de assertividade” é um dos temas abordados. Uma pessoa assertiva é aquela capaz de fazer valer sua vontade, sem desrespeitar os limites ou direitos de outra pessoa: é capaz de dizer não para o que não quer, sem recear ser rejeitada por isso, ao mesmo tempo que toma a iniciativa para conseguir o que deseja, em lugar de esperar que outras pessoas o façam. Em suma, a assertividade é uma característica essencial de um indivíduo autônomo, independente e saudável. Aqui, novamente, o exemplo da história de Valentina, sobre as modificações na rotina familiar de refeições, mostra como a ideia de assertividade como um atributo do indivíduo, e a questão de como fazer valer sua vontade sem desrespeitar os limites dos outros é, na prática, uma questão muito mais complicada. Esse pressuposto, de que há limites claros que definem o espaço de cada indivíduo, parece ignorar a dimensão relacional da produção de pessoas através da socialidade.

Como esse processo de transformação cognitiva e comportamental demanda tempo e prática, as modificações obtidas através deste trabalho precisam ser reforçadas até que se tornem realmente habituais. Assim, após o primeiro ciclo de sessões de terapia, segue-se outro, cujos temas visam consolidar o aprendizado já alcançado, além de promover condições cotidianas para que o desenvolvimento de uma vida saudável prossiga: “trabalho, vocação e estudos; sexualidade; família; auto-estima; separação; relações interpessoais e; identificação dos sentimentos” (MAURO et al, 2009).

Os relacionamentos interpessoais, dos pacientes, entre si, com seus familiares, e com a equipe, também são vistos como recursos que podem contribuir tanto para a melhora quanto para a recaída. Assim, o treinamento durante a terapia também visa modificar a relação afetiva dos pacientes com as outras pessoas, para torná-las saudáveis, eficientes e promotoras de saúde e satisfação pessoal, e a assertividade torna-se o principal recurso a ser utilizado nessa transformação das relações interpessoais. O indivíduo – o paciente, no caso

– deve ser o responsável por promover tais mudanças, e o que constitui um modelo de relacionamento saudável é exatamente aquele que pressupõe fronteiras claras do espaço individual de cada um, bem como os papéis e responsabilidades atribuídos a cada membro da família.

A modificação das relações intrafamiliares em benefício do tratamento não é um processo simples, porque envolve uma interferência, ainda que principalmente indireta, da equipe na forma considerada mais adequada de criar estes jovens. Assim, os esforços da equipe para estimular os familiares a modificar o ambiente doméstico podem ser experimentados pelas famílias como uma crítica a seu modo de educar os adolescentes ou um questionamento de sua autoridade e competência no exercício de suas funções na família – como vimos no exemplo da história de Valentina. Por outro lado, muitas vezes os familiares já chegam ao ambulatório com o sentimento de que “falharam” no desempenho destas funções, e procuram no conhecimento profissional e científico a solução para “corrigir” estes jovens, ou “colocá-los na linha”.

As diretrizes do tratamento, voltadas para o aumento da assertividade, independência e autonomia dos pacientes, muitas vezes vão de encontro às expectativas dos pais e familiares. Mas sem a cooperação dos pais, a equipe afirma que o sucesso no tratamento dos adolescentes é muito difícil: este sucesso está diretamente ligado ao estabelecimento de um ambiente que ofereça mensagens coerentes sobre o que é uma conduta saudável e desejável. E, da mesma forma que a equipe procura evitar que mensagens contraditórias sejam transmitidas aos pacientes, impedindo que estes façam algum tipo de acompanhamento fora do ambulatório, as orientações por parte dos pais devem se alinhar às diretrizes do tratamento. Quando isso não ocorre, e principalmente quando diferentes membros da família adotam posições divergentes quanto à forma de orientar os adolescentes, a tendência é a de considerar a família como “disfuncional”, promotora de um ambiente inadequado.

Os efeitos dessa concepção aparecem na história de Valentina, quando ela afirma: *“Eu comecei a achar que tinha problemas em casa, e que na minha vida eu era uma coitadinha meio rejeitada, mas que tinha aparecido algo em mim por conta disso.”* E se a ideia de que a bulimia tinha raízes na família permitiu que Valentina descolasse o

transtorno de sua identidade, isso não apenas gerou conflitos dentro da família – produzindo efeitos “disfuncionais” – como também não resultou na percepção de uma maior capacidade de agir (*agency*) por parte de Valentina: “[...] *saber-me bulímica me deu a prerrogativa de ser um pouco vítima. [...] Também abriu a prerrogativa de não querer ir no colégio: eu tava doente, ué. Não quero, não vou*”. Ao mesmo tempo em que a percepção de que ser vítima lhe dava o direito de brigar por seu espaço, essa atitude não só fazia ressurgir a agressividade de Valentina, sempre considerada como um problema, como também culpabilizava a família, produzindo o efeito oposto do objetivo do tratamento, de produzir uma cooperação entre paciente e familiares para criar um ambiente mais “saudável”, que contribuísse com a melhora: “*Tanto é que eu podia brigar (pelo meu espaço) e gritar que eu ia mostrar que beleza que estavam fazendo comigo, e que eu ia mostrar, que eu ia vomitar na frente de todo mundo pra todo mundo ver.*”

Por outro lado, existe um discurso que relaciona essa “disfuncionalidade” familiar a um envolvimento exagerado das mães em relação ao filho afetado pelo transtorno alimentar. Esse envolvimento excessivo manteria mãe e filho/a em um vínculo simbiótico, que impediria o desenvolvimento adequado de uma identidade adulta. Assim, uma das tarefas do grupo de apoio familiar, frequentado em maciça maioria por mães de pacientes, seria auxiliar estas mães a se tornarem menos envolvidas e auxiliarem no desenvolvimento de uma identidade independente do/as filho/as. Aqui encontramos semelhanças não apenas com o que Gremillion observou em Walsh, como também com a história de Bel sobre o desejo invasivo da mãe em relação a ela.

Todavia, aqui também se apresenta um paradoxo, pois os familiares também são convocados a dar informações sobre o comportamento dos pacientes, e a monitorar seu comportamento alimentar em casa. Que os familiares não o façam “naturalmente”, e necessitem da orientação da equipe para aprenderem a fazê-lo, é mais um sinal de que o “envolvimento excessivo” é também produzido pelas próprias práticas de tratamento. Quando existe a suspeita de que o paciente esteja mentindo para equipe, sobretudo se o diário alimentar apresenta uma alimentação adequada sem purgações enquanto o paciente continua a perder peso ou não recupera o peso perdido, a equipe convoca os familiares e solicita que eles policiem o comportamento dos filhos, e os delatem à equipe caso comprovem que estão mentindo.

Além disso, as instruções relativas a criar um ambiente doméstico favorável à recuperação incluem medidas como pedir que os familiares controlem a quantidade de alimento disponível na casa, para evitar episódios compulsivos; que ofereçam e estimulem a ingestão de alimentos saudáveis e adequados durante as refeições; que incentivem a permanência dos filhos à mesa; que observem seu comportamento para verificar comportamentos purgativos. Assim, em certa medida, a participação dos familiares no tratamento contribui para a produção de uma situação de controle e vigilância que pode ser tomada como um envolvimento excessivo na relação com os pacientes.

O percurso dos pacientes pelo tratamento se encerra com o processo de alta. Um dos problemas enfrentados pela equipe do ambulatório diz respeito aos pacientes que não obtiveram uma melhora suficiente para começarem o processo de alta após passarem por dois ciclos de terapia cognitivo-comportamental. A conduta adotada até o momento é de manter os pacientes em novos ciclos de terapia, até que a melhora seja alcançada. Em alguns casos, a equipe pode recomendar terapia individual com a psicanalista da equipe, que também é psicóloga. Em outros casos, o paciente é mantido em acompanhamento clínico, nutricional e psiquiátrico, por não “responder” nem à terapia cognitivo-comportamental nem à terapia individual. No caso dos pacientes que apresentam os critérios para alta, ou seja, que deixam de preencher os critérios diagnósticos para transtornos alimentares por um período de seis meses, é realizado um processo de desligamento progressivo. O paciente passa a ser acompanhado apenas por consultas com um psiquiatra, primeiro quinzenalmente, depois mensalmente, até a alta definitiva.

Em função da quantidade significativa de pacientes que não atingem os critérios para alta mesmo após vários ciclos de terapia, a psicanalista da equipe sugeriu a criação de um grupo terapêutico, de orientação psicanalítica, para estes pacientes “crônicos”. Entretanto, tal proposta ainda não foi colocada em prática, inclusive em função da falta de mais salas de atendimento com capacidade para atendimento de grupos. Além disso, uma das questões levantadas nas reuniões de equipe indagava sobre o possível efeito negativo da criação deste grupo sobre os pacientes que delem fizessem parte: ao serem definidos como “crônicos”, estes pacientes não estariam, de certa forma, sendo imputados da responsabilidade do “insucesso” do tratamento? Este rótulo não contribuiria para minar

ainda mais as esperanças desses pacientes na possibilidade de melhora, reduzindo sua motivação e capacidade de iniciativa para efetuar mudanças em suas vidas?

Por outro lado, as três histórias de vida apontam para o fato de que o tratamento não foi considerado muito relevante para a melhora. Enquanto Vivianne sequer menciona ter passado por tratamento, tanto Bel quanto Valentina têm a percepção de que o tratamento não resultou em uma melhora significativa. Relembremos algumas passagens das histórias de vida a este respeito. Sobre o tratamento especializado recebido no ambulim, Bel disse:

Eu achava que aqueles profissionais não me ajudariam a resolver meu problema. Nada ajudaria. E, de fato, talvez não tenham ajudado. Como falei, a medicação foi o que proporcionou que eu melhorasse da depressão e como resultado do TA. TCC, terapia em grupo, terapia de abordagem psicodinâmica... Tudo inútil. O que me ajudou a melhorar de alguma forma foi o vínculo com um terapeuta. E eu mesma cuidei de mim. [...] Depois tive "alta" do ambulatório, passei com um psicólogo sistêmico, em seguida com uma psicanalista e o tempo todo fiz uso de medicação. Hoje realmente não acho que algum psicólogo tenha me ajudado. Nem nutricionista.

Valentina, por sua vez, atribui a maior parte do efeito positivo do tratamento à terapia, mas questiona nos limites da abordagem cognitivo-comportamental, e também os critérios para definir o que constitui, de fato, uma melhora:

Bom, pra começar eu não sei se houve uma melhora mesmo... Acho que tenho que começar daí, questionando a melhora, porque na verdade me parece que simplesmente eu não estava mais vomitando, e eu acho isso muito pouco pra considerar como melhora. Mas se a gente for falar que isso seja uma melhora.... Eu diria que 90% da terapia e 10% da medicação. De novo, vou lembrar que a terapia que eu fazia era comportamental cognitiva. Com ela, o que eu aprendi foi a trabalhar com certos comportamentos que podiam me levar ao vômito.

Além de ter a percepção de que a terapia cognitivo-comportamental reforçou, em certa medida, comportamentos típicos da bulimia – como ao propiciar as “compulsões” por salada no almoço, livres de culpa – Valentina afirma:

Será que então eu realmente tinha controle sobre a coisa? Eu não sei ao certo. Culpa não havia. Eu arranjei um jeito de não ter. Um controle parcial, sim. Talvez. Eu sabia quando ia acontecer e como ia acontecer, mas eu acho que esse também foi um dos mecanismos que aprendi com a TCC. A sensação é realmente que ela tenta controlar os sintomas e não a "causa" (e olha q quem fala isso é super fã de behaviorismo, juro!) [...] Você muda os comportamentos mas nem os pensamentos (que pro behaviorismo são também comportamentos) foram mudados - não ao menos no meu caso.

Há um descompasso, portanto, entre o que os protocolos de tratamento definem como critérios para alta (ausência de sintomas suficientes para preencherem os critérios

diagnósticos por um período de seis meses) e a percepção dos sujeitos sobre o que constitui uma melhora de fato. A percepção de Bel e de Valentina de que o tratamento pouco ajudou, e que a maior parte da melhora que conseguiram resulta do cuidado e do esforço que fizeram sozinhas, parece estar relacionada exatamente a este descompasso: do ponto de vista dos profissionais, essa remissão de sintomas por seis meses indica sucesso do tratamento, enquanto do ponto de vista dos sujeitos, grande parte daquilo que para eles constitui a doença, ainda está presente.

Essa situação sugere que um possível caminho para melhorar os índices de sucesso de tratamento, bem como a prevenção de recaídas, seja aproximar o modelo de tratamento das concepções dos sujeitos sobre o que constitui a “doença” e a “melhora”, possibilitando uma intervenção que envolva as descrições próximas-da-experiência.

Terapias narrativas e sua abordagem dos transtornos alimentares

Meu primeiro contato com as terapias narrativas foi através do livro de Helen Gremillion, *“Feeding Anorexia: gender and power at a treatment center”*, citado anteriormente. Em lugar de encerrar sua monografia com um capítulo conclusivo, que sintetizasse os pontos desenvolvidos analiticamente nos capítulos precedentes, Gremillion opta por finalizar o livro discutindo a proposta das terapias narrativas como alternativa aos modelos dominantes de tratamento. Segundo a autora, a abordagem terapêutica alternativa oferece sugestões específicas para evitar ou enfrentar alguns dos problemas que sua análise aponta em relação ao tratamento convencional.

A curiosidade em relação às práticas terapêuticas narrativas, despertada pela leitura do livro de Gremillion, coincidiu com a oportunidade de participar de um curso de curta duração sobre terapia narrativa, ministrado por David Epston em Campinas, em outubro de 2007. Mesmo sem ser uma corrente dominante na área de psicoterapia, a terapia narrativa é razoavelmente conhecida na Nova Zelândia e em partes da Austrália, e também encontra adeptos nos Estados Unidos e no Canadá. No Brasil, entretanto, é uma corrente pouco conhecida, que começou a ganhar terreno entre alguns núcleos de terapia familiar no país

na primeira década deste século¹¹⁷. O curso com David Epston apresentava-se como uma oportunidade de conhecer melhor as terapias narrativas, diretamente, com um de seus fundadores, discorrendo, entre outros temas, sobre sua abordagem dos transtornos alimentares.

A terapia narrativa foi desenvolvida pelo trabalho conjunto de Michael White, em Adelaide, na Austrália, e David Epston, em Auckland, na Nova Zelândia, durante a década de 1980¹¹⁸. Ambos eram assistentes sociais, trabalhando no campo da terapia familiar, sendo que David Epston, antes de formar-se em desenvolvimento comunitário e em ciências sociais aplicadas, graduou-se em antropologia e sociologia. Inicialmente inspirados pelo trabalho de Bateson sobre sistemas cibernéticos¹¹⁹, Epston e White acabaram por romper com o paradigma sistêmico, incorporando a crítica à objetividade e neutralidade da psiquiatria ao trabalho terapêutico.

Influenciados por Foucault, Victor Turner, Edward Bruner, Jerome Bruner e Clifford Geertz, entre outros, Epston e White partem do pressuposto de que as práticas terapêuticas jamais são culturalmente neutras, pois operam na reconfiguração das vidas e das relações estabelecidas pelas pessoas no interior de contextos sociais e culturais específicos, permeados por relações de poder produtivas (GREMILLION, 2003). Assim, discursos e práticas dominantes e não dominantes, na medida em que contribuem

¹¹⁷ Uma oficina ministrada em 2001, em São Paulo, por Jill Freedman e Gene Combs, junto ao NUFAC - Núcleo de Família e Comunidade da PUC – SP, pode ser considerada o marco do ingresso das terapias narrativas no Brasil. A ela, seguiram-se duas oficinas ministradas por Michael White (2005, em Salvador e 2006 em Porto Alegre), duas por David Epston (2007 em Campinas, 2009 em Salvador), vários módulos ministrados por Shona Russell entre 2008 e 2009 (São Paulo e Rio de Janeiro) e uma oficina ministrada por David Denborough e Cheryl White em 2010, em São Paulo. Todos estes profissionais são importantes representantes da linha de terapias narrativas fundadas por Epston e White, e muitos estão ligados ao Dulwich Centre, fundado por White na Austrália. O crescente interesse brasileiro na terapia narrativa levou à organização, pelo Dulwich Centre e pelo Núcleo de Estudos das Terapias de Salvador, da 10ª. Conferência Internacional de Terapia Narrativa e Trabalho Comunitário, a ser realizada em julho de 2011, em Salvador – Bahia.

¹¹⁸ Michael White faleceu em abril de 2008, e foi fundador e co-diretor do Dulwich Centre, Adelaide, Austrália. David Epston é co-fundador do Centro de Terapia Familiar em Auckland, Nova Zelândia, e professor adjunto da Escola de Serviço Social e de Estudos da Comunidade da Unitec – Nova Zelândia.

¹¹⁹ Sobre a influência da obra de Bateson em seu trabalho, Michael White afirma: “In challenging the appropriateness of linear notions of causality (principally derived from Newtonian physics) for the explanation of events in ‘living systems’, Bateson argued that it was not possible for us to have an appreciation of objective reality. Referring to Korzybski’s maxim, ‘the map is not the territory’, he proposed that the understanding we have of, or the meaning we ascribe to, any event is determined and restrained by the receiving context for the event, that is, by the network of premises and presuppositions that constitute our maps of the world”. (WHITE e EPSTON, 1990, p.2).

ativamente na produção dos sujeitos, de seus problemas e das soluções criativas para estes, devem ser levados em conta nas práticas terapêuticas narrativas. Em outras palavras, essa concepção significa que a crítica e a transformação cultural tornam-se partes integrantes da terapia narrativa.

Esta curiosa combinação entre teoria crítica pós-estruturalista, antropologia e práticas terapêuticas imediatamente despertou minha curiosidade. Em primeiro lugar, as práticas terapêuticas narrativas baseiam-se fundamentalmente na construção dialógica, com os clientes¹²⁰, de narrativas alternativas sobre si e sobre os “problemas” – não necessariamente definidos a partir de categorias biomédicas – de forma a abrir possibilidades de ação capazes de modificar a realidade e a influência dos “problemas” sobre suas vidas. Esta proposta me pareceu ser algo muito semelhante ao que observei durante minha pesquisa de mestrado (SILVA, 2004), quanto ao caráter “libertador” e quase “terapêutico”, atribuído por meus informantes, à atividade de narrar experiências pessoais com transtornos alimentares, nos grupos de apoio virtuais.

Em segundo lugar, a ideia de que as críticas formuladas pelas ciências humanas ao poder biomédico pudessem fundamentar uma prática terapêutica soava duplamente subversiva. Em uma dimensão mais aparente, esta é uma prática que explicitamente se propõe a transformar, se não propriamente subverter, as relações de poder habitualmente estabelecidas em contextos terapêuticos produzidos sob as práticas biomédicas dominantes.

O pressuposto do terapeuta narrativo é o de que são os clientes que possuem o conhecimento necessário para solucionar e enfrentar os problemas trazidos à terapia. Esse conhecimento pode ter passado despercebido, ter sido esquecido ou simplesmente não ter sido incluído na “*narrativa saturada de problemas*” dos sujeitos sobre si e seu lugar no mundo quando chegam à terapia. A função do terapeuta é, através do diálogo, trazer esse conhecimento à tona, e contribuir para que o cliente se aproprie deste conhecimento para encontrar soluções, tornando-se consultor de si mesmo. Além disso, é prática habitual que esse conhecimento seja documentado através de registros em áudio ou em vídeo,

¹²⁰ Os praticantes das terapias narrativas preferem utilizar termos como “cliente” ou “consulente” em lugar de “paciente”. O último termo é tipicamente utilizado naqueles discursos biomédicos hegemônicos aos quais as práticas narrativas se contrapõem e, além disso, atribui ao usuário do serviço uma posição de passividade. Já os termos “cliente” e “consulente” supõem uma capacidade de ação por parte do sujeito que faz uso do serviço.

transcrições das sessões ou em textos escritos – geralmente cartas entre terapeuta e consulente. O terapeuta solicita a autorização do cliente para que esses registros possam ser consultados no futuro, por ele e por outras pessoas que estejam enfrentando problemas similares.

Quando as pessoas se tornam consultoras de si mesmas, de outras e do terapeuta, elas experimentam a si mesmas como exercendo uma maior autoridade sobre suas vidas, seus problemas e a solução destes problemas. Esta autoridade assume a forma de um tipo de conhecimento e perícia, registrado em meio popular, acessível ao consulente, ao terapeuta e, potencialmente, a outras pessoas.

Desse modo, a relativa desigualdade entre o “terapeuta que oferece ajuda” e o “cliente como quem é ajudado” é redefinida. A dádiva da terapia é compensada pela dádiva da consultoria. Nós consideramos que tal reciprocidade é de vital importância na redução do risco da sensação de dívida, substituindo-a pela sensação de uma troca justa. (EPSTON e WHITE, 1992, p. 17).¹²¹

A prática de manter estes registros tem não apenas o objetivo de possibilitar a retribuição da dádiva da terapia através da consultoria, mas também de subverter o método tradicional de registros de caso nas práticas terapêuticas hegemônicas. Em lugar de registrar a descrição profissional do caso, tradicionalmente tomada como descrição objetiva e oficial do “caso”, a documentação dos conhecimentos alternativos trazidos à terapia pelo cliente inverte a hierarquia habitual entre o conhecimento leigo e o conhecimento científico.

Em outro aspecto, creio que a proposta de Epston e White é também subversiva em relação às próprias ciências humanas¹²² que os inspiraram, pois não se limita à tarefa de criticar e desconstruir os discursos e práticas dominantes, ousando formular práticas alternativas a partir da crítica e da desconstrução. Ainda que estas teorias compartilhem do pressuposto da impossibilidade da neutralidade científica, a resistência a desenvolver propostas alternativas às práticas e discursos que desconstroem, parece assegurar uma posição de relativa neutralidade a estes cientistas. A atividade acadêmica prossegue na

¹²¹ Tradução livre. No original: “When persons are established as consultants to themselves, to others, and to the therapist, they experience themselves as more of an authority on their own lives, their problems and the solution to these problems. This authority takes the form of a kind of knowledge and expertise that is recorded in a popular medium so that it is accessible to the consultant, therapist and potential others.

Throughout, the relative inequality of “therapist as a helper” and “client as helped” is redressed. The gift of therapy is balanced by the gift of consultancy. We consider this reciprocity to be of vital importance in reducing the risk of indebtedness and replacing it by a sense of fair exchange.” Nesse caso, a tradução precisa do termo “gift” é dádiva, pois os autores tomam o termo de empréstimo a Marcel Mauss, a quem citam em seguida.

¹²² Refiro-me aqui à antropologia, filosofia, história, à teoria crítica pós-estruturalista, ou seja, às ciências humanas “não aplicadas”.

segura e nobre tarefa de produzir discursos críticos, relegando a ação política à militância, e a formulação de projetos práticos às ciências sociais aplicadas, consideradas de menor prestígio acadêmico.

Um dos principais recursos das terapias narrativas para trazer à tona conhecimentos e histórias alternativas são as conversas externalizadoras. Em lugar de trabalhar com definições patológicas dos problemas que levam as pessoas à terapia, que tendem a situar as patologias no interior do sujeito, e a produzir identidades patologizadas, a terapia narrativa procura, através da linguagem, separar a pessoa do problema. Esta separação tem por objetivo distinguir as condições que permitem a existência do problema e sua continuidade na vida da pessoa, e a capacidade da pessoa de agir sobre tais condições e encontrar soluções e alternativas. Tal abordagem supõe, portanto, uma dimensão de crítica cultural e social, na medida em que as condições de sobrevivência do problema não são mais vistas como internas à constituição psíquica ou da personalidade do indivíduo, mas produzidas por práticas discursivas e sociais.

Michael White relaciona as conversas externalizadoras à externalização de discursos internalizados:

Ao promover estas conversas externalizadoras, nos envolvemos em uma atividade que não é inteiramente pro-cultural. Em certa medida, esta atividade desafia a reprodução não questionada de algumas formas culturais de falar sobre nossas vidas e nossos relacionamentos. Essas conversas externalizadoras têm o efeito de desconstruir algumas das “verdades” que as pessoas possuem sobre seus corpos e sobre seus relacionamentos – aquelas verdades pelas quais as pessoas sentem ser mais capturadas.¹²³ (WHITE e EPSTON, 1995, pp. 41-42).

Inspirando-se na obra de Foucault, Michael White ressalta que estes discursos dominantes internalizados têm efeitos de poder, e produzem identidades a partir de exclusões, ao mesmo tempo em que mascaram os mecanismos de poder envolvidos nessa produção. Para o autor, a anorexia nervosa fornece um dos melhores exemplos deste processo:

Há muito tempo, tenho considerado a anorexia nervosa como o ápice deste sistema de autogoverno, este sistema de poder moderno. Apenas considere as práticas de auto-

¹²³ Tradução livre. No original: “In promoting these externalizing conversations, we are engaged in an activity that is not entirely a pro-cultural activity. To an extent, this activity challenges the taken-for-granted reproduction of some cultural ways of speaking about our lives and our relationships. These externalizing conversations have the effect of deconstructing some of the “truths” that persons have about their lives and about their relationships – those truths that persons feel most captured by.”

sujeição para as quais as pessoas com anorexia são recrutadas: a autovigilância meticulosa e rigorosa, as várias punições ao corpo por suas transgressões, as perpétuas autoavaliações e comparações, as múltiplas autonegações, o exílio pessoal, a autodocumentação precisa, e assim por diante. (WHITE e EPSTON, 1995, p. 44-45).¹²⁴

Em “*Biting the Hand that Starves You, Inspiring Resistance Against Anorexia/Bulimia*”. David Epston e seus coautores, Richard Maisel e Ali Borden, levam esta interpretação sobre a anorexia às últimas consequências, formulando a antianorexia/bulimia (*anti-a/b*) como uma tática contradiscursiva para combater a anorexia e a bulimia (*a/b*):

Nós consideramos a *a/b* como a “Nazificação” da vida cotidiana. A *anti-a/b* é o número ilimitado de movimentos de resistência, cujos membros estão frouxamente associados ou, às vezes, desconhecidos uns aos outros, mas conectados por sua oposição à *a/b*. Este livro oferece a *anti-a/b* a você, no espírito de promover esta resistência e de incitar nova resistência. Nós incluímos várias formas de resistência *anti-a/b*, incluindo aquelas assistidas e encorajadas por terapeutas que utilizam práticas da terapia narrativa, aquelas adotadas por pais que lutam para se aliarem à sua filha contra a *a/b*, e aquelas praticadas pelos próprios *insiders*. (MAISEL, EPSTON e BORDEN, 2004, p 3).¹²⁵

O conjunto de práticas *anti-a/b* propostas no livro de Maisel, Epston e Borden divide-se em quatro partes. A primeira dedica-se a tornar explícitos os discursos dominantes internalizados que estão na base das crenças e práticas anoréticas e bulímicas, ou, em uma linguagem mais próxima da utilizada pelos autores, “revelar a voz da *a/b*”. Além de ser um recurso habitual da terapia narrativa, essa externalização do transtorno alimentar sob a forma da “voz da *a/b*” é também uma descrição próxima-da-experiência.

Nas descrições das pessoas que sofrem de transtornos alimentares, não é incomum a menção a uma “voz” da anorexia e da bulimia, sendo que em vários sites pró-ana/mia é possível encontrar a “Carta da Ana” e a “Carta da Mia”, em que a anorexia e a bulimia,

¹²⁴ Tradução livre. No original: “I have, for a long time, considered anorexia nervosa as the pinnacle of achievement of this system of self-government, this system of modern power. Just consider the practices of self-subjugation that persons with anorexia nervosa are recruited into: the rigorous and meticulous self-surveillance, the various self-punishments of the body for its transgressions, the perpetual self-evaluations and comparisons, the various self-denials, the personal exile, the precise self-documentation, and so on.”

¹²⁵ O termo *insiders* se refere, neste caso, às pessoas que sofrem de anorexia e bulimia. É um termo frequentemente empregado por terapeutas narrativos para se referirem às pessoas que conhecem os problemas “de dentro”, e está alinhado à ideia de que são estas pessoas que possuem o conhecimento necessário (*insider knowledge*) que possibilita a resolução destes problemas. Tradução livre. No original: “We regard *a/b* as the “Nazification” of everyday life. *Anti-a/b* is any number of resistance movements whose members are loosely attached or, at times, unknown to each other but connected by their opposition to *a/b*. This book offers *anti-a/b* to you in the spirit of furthering this resistance and inciting fresh resistance. We have included many forms of *anti-a/b* resistance, including those aided and abetted by therapists making use of practices drawn from narrative therapy, those engaged in by parents struggling to ally themselves with their daughter against *a/b*, and those practiced by the insiders themselves.”

personificadas, se dirigem às pessoas que afetam, falando sobre como as influenciam (SILVA, 2004). Mas enquanto nos grupos pró-ana/mia estas cartas são utilizadas como inspiração para os comportamentos bulímicos e anoréticos, no livro de Maisel, Epston e Borden tais vozes são trazidas à tona para denunciar os efeitos de poder que exercem sobre as pessoas que capturam. Assim, nesta primeira parte do livro, os capítulos se estruturam de forma a mostrar como a voz da a/b “seduz”, para depois “cativar” e “aprisionar”.

A segunda parte do livro introduz a noção da anti-a/b, enquanto uma forma de falar e pensar sobre os transtornos alimentares, ou seja, como um contradiscurso. A partir destas práticas linguísticas, em diálogos com pessoas capturadas pela a/b, as vozes da anorexia e da bulimia vão sendo desconstruídas, de forma a minar seus efeitos de poder. Desse ponto de vista, noções como “distorção da imagem corporal”, “crenças errôneas sobre alimentos”, “preocupação exagerada com a forma e o peso corporal” são redefinidos como efeitos da a/b sobre a pessoa, uma ilusão ou “feitiço” infligidos sobre os sujeitos.

Ao desconstruir o discurso da a/b, as pessoas são encorajadas a confiar no próprio senso crítico e a desconfiar dos argumentos e mandamentos da voz da a/b. Esse nascente senso crítico encontra eco nas outras vozes pertencentes à comunidade anti-a/b: terapeutas, familiares, outros *insiders*. Isso tem um efeito de poder distinto daquele resultante do discurso biomédico dominante, prevalente, por exemplo, no ambulatório da Unicamp, em que os pacientes dependem do conhecimento científico, possuído pelos profissionais da equipe, enquanto referência do que é a realidade objetiva, uma percepção adequada e saudável. Esta abordagem narrativa procura promover a capacidade de ação (*agency*) das pessoas acometidas por transtornos alimentares, em conexão com uma comunidade menos hierarquizada de membros da anti-a/b, contra estes transtornos.

A terceira parte do livro volta-se para as maneiras de construir um estilo de vida anti-anorexia/bulimia, ou seja, após identificar e desconstruir os discursos dominantes dos transtornos alimentares, que regulavam e determinava a realidade cotidiana da vida da pessoa por eles afetadas, o passo seguinte é encontrar discursos e narrativas alternativos e preferíveis, a partir dos quais a pessoa possa reconstruir sua vida e sua realidade cotidiana. Não há uma prescrição sobre como esse estilo de vida deva ser, nem um parâmetro fixo do que seja um comportamento adequado ou saudável: isso fica a critério de cada sujeito.

Todavia, há advertência para que estas escolhas incluam práticas de resistência à a/b, para evitar que os transtornos alimentares voltem a ganhar terreno. Finalmente, a última parte do livro é dedicada a auxiliar amigos, familiares e profissionais a tornarem-se aliados anti-a/b.

O texto do livro recorre constantemente a formas de conhecimento *insider*, sobretudo sob a forma de documentos produzidos de acordo com os princípios das terapias narrativas, compilados pelos autores em anos de experiência terapêutica com pessoas acometidas por transtornos alimentares. As vozes presentes nesses documentos são muitas: desde as vozes da anorexia e bulimia, tal como (d)escritas por *insiders*, passando por cartas de *insiders* endereçadas à anorexia ou à bulimia, a terapeutas, a familiares ou outros *insiders*, diálogos que incluem as vozes dos terapeutas e narrativas indiretas, escritas pelos autores, sobre histórias de *insiders* que atenderam em terapia.

A linguagem adotada é intencionalmente politizada, e a referência dramática ao nazismo é proposital. Os autores adotaram a metáfora do campo de concentração para descrever a anorexia e a bulimia, inspirados pelo uso recorrente desta metáfora por *insiders*, e por acreditarem que a analogia é capaz de inspirar a indignação e a resistência aos transtornos alimentares. Segundo sua interpretação, a anorexia e a bulimia são uma versão internalizada de práticas de poder, trabalho corporal forçado, vigilância e estigmatização tão perversas quanto as práticas de um campo de concentração nazista, e devem ser enfrentadas pelo mesmo tipo de indignação moral.

Ademais, enquanto crítica de poderosos discursos culturais, a anti-anorexia/bulimia ultrapassa os limites de uma prática terapêutica focada na intervenção sobre o indivíduo, mas procura alicerçar-se em formas de ação coletiva: daí a importância de descrevê-la como uma forma de resistência pertencente a uma comunidade imaginada, que integra desde *insiders*, terapeutas, familiares e amigos, até outras pessoas desconhecidas, que estejam envolvidas em práticas similares.

A Agência : uma abordagem narrativa e feminista dos transtornos alimentares

Durante o curso de curta duração ministrado por David Epston em Campinas, em 2007, tive a oportunidade de conhecê-lo e de conversar com ele a respeito de minha pesquisa. Mencionei que havia lido sobre as terapias narrativas no livro de Helen

Gremillion, e ele me respondeu que, coincidentemente, a antropóloga estava prestes a se mudar para a Nova Zelândia, para lecionar na mesma universidade em que ele trabalha como professor adjunto. Ele demonstrou interesse em meu trabalho, e passamos a nos corresponder por e-mail. Manifestei interesse em ir para a Nova Zelândia durante o doutorado, por um período de até seis meses, para conhecer melhor a abordagem das terapias narrativas dos transtornos alimentares.

David Epston me sugeriu que entrasse em contato com a coordenadora de uma organização não governamental de orientação feminista, sediada na Nova Zelândia, que também incorporava a perspectiva das terapias narrativas. Sua sugestão não poderia parecer mais adequada: seria uma ótima oportunidade de observar os efeitos concretos em práticas terapêuticas das críticas feministas e pós-estruturalistas aos discursos culturais dominantes de boa forma, saúde e da biomedicina sobre os transtornos alimentares e seu tratamento.

Ainda no Brasil, entrei em contato com a coordenadora da Agência e discutimos brevemente meu interesse em desenvolver algum tipo de pesquisa ali durante minha estadia na Nova Zelândia. Ficou decidido que eu deveria submeter uma proposta de pesquisa¹²⁶, por escrito, à aprovação do comitê executivo da organização, quando estivesse devidamente instalada no país. Assim foi feito, e após alguma negociação no tocante ao tipo de atividade que eu estaria autorizada ou não a acompanhar, bem como o estabelecimento de um termo de consentimento livre e informado, obtive a permissão para o prosseguimento da pesquisa.

Foi estabelecido que eu estaria autorizada a acompanhar as reuniões de equipe, de periodicidade quinzenal, bem como as atividades de caráter educacional, desenvolvidas junto a escolas e grupos de profissionais interessados no tema. Pude participar do jantar comemorativo do dia 06 de maio, o “Dia Livre de Dieta”, bem como das reuniões destinadas a preparar o evento anual tradicionalmente organizado pela agência em 17 de outubro, o “Dia de Amar o seu Corpo”. Também foram realizadas entrevistas com membros da equipe sobre sua experiência profissional na Agência.

Obtive autorização para participar de diversas atividades cotidianas da instituição, como reuniões do comitê executivo, elaboração do jornal de publicação bimestral, criação

¹²⁶ A proposta de pesquisa e o termo de consentimento constam desta tese, respectivamente, como Anexos III e IV.

de pacotes de informação para pessoas com problemas alimentares (homens e mulheres), para familiares e amigos, assim como profissionais interessados no assunto. Me foi concedido acesso à biblioteca de material de referência da organização, que também pode ser utilizada por clientes e membros da comunidade interessados em pesquisar questões relacionadas a dificuldades alimentares¹²⁷.

Não me foi permitido participar de sessões de aconselhamento, como era meu objetivo inicial, mas pude acompanhar um primeiro encontro entre uma possível cliente e a profissional responsável por sua recepção e pela apresentação dos serviços oferecidos. Decidiu-se que eu poderia ingressar no próximo grupo de apoio a pessoas com problemas alimentares como participante do grupo, mas infelizmente tal atividade teve início após meu retorno ao Brasil.

A Agência foi fundada em 1990 para oferecer serviços baseados na comunidade para pessoas com transtornos/problemas alimentares. Em seus 20 anos de existência, o foco se ampliou de um serviço voltado apenas para o problema, para também incorporar a promoção de saúde e a prevenção dos transtornos alimentares. Assim, lado a lado com a oferta de serviços individuais, ela também se dedica a promover espaços que celebrem e promovam a diversidade, a satisfação e a consciência corporal, atividades físicas sustentáveis e prazerosas e que encorajem a alimentação como resposta ao apetite. Sua missão declarada é a de promover e valorizar a confiança e a satisfação corporal, bem como a aceitação da diversidade de tamanhos e formas corporais, em nível individual e social.

A Agência tem como base um coletivo de no mínimo quinze membros, responsável pela eleição do comitê executivo – cujos membros são escolhidos dentre os participantes do coletivo. Além do comitê executivo, existem os cargos permanentes, responsáveis pela execução das atividades desenvolvidas pela agência. Estes cargos são: coordenação, administração, apoio, educação, juventude, além de uma vaga para prestação de serviços, que pode ser preenchida segundo a necessidade de cada setor.

¹²⁷ A Agência prefere o termo “dificuldades alimentares” (*eating difficulties*) a “transtornos alimentares” (*eating disorders*) para marcar a distinção entre seu discurso alternativo e o discurso biomédico dominante. A ênfase é dada à percepção dos clientes de seus problemas, e não aos critérios diagnósticos ou à concepção patologizante dos “transtornos”.

É possível notar de imediato que o discurso institucional da Agência enfatiza a importância da ação política e da mudança cultural – sem as quais qualquer tentativa de resolver o problema só poderia produzir resultados muito limitados. Essa característica advém tanto da base teórica crítica pós-estruturalista que fundamenta as práticas terapêuticas ali desenvolvidas, quanto da tradição feminista na abordagem dos transtornos alimentares, que enfatiza os diversos mecanismos culturais de corporificações engendradas que fazem com que as mulheres sejam a maioria entre as pessoas acometidas por transtornos alimentares.

Vale notar que, feminista desde as origens, a base filosófica da organização está longe de ser impermeável às mudanças históricas e diferentes correntes de pensamento feminista. Em uma recente reunião do comitê executivo, por exemplo, surgiu a questão da necessidade de modificar o estatuto da organização, que prevê que apenas mulheres podem fazer parte do coletivo e do comitê executivo da Agência.

Historicamente, todos os membros e funcionários da Agência têm sido mulheres. Entretanto, foi mencionada e reconhecida a importância da contribuição de alguns homens, que embora não participem diretamente da organização, são importantes aliados. David Epston, por exemplo, é um importante colaborador da Agência há vários anos, e inclusive cedeu o prédio em que a organização atualmente está sediada. Todas as participantes da reunião do comitê concordaram que, independente de sexo ou gênero, qualquer pessoa afinada com os valores da organização tem o direito de se candidatar à afiliação. Todavia, isso exigiria uma modificação no estatuto da organização, o que requer uma reunião especial com a maioria dos membros do coletivo, o que, por sua vez, levou a decisão de tratar desse assunto em um momento posterior¹²⁸.

Muitas das atividades desenvolvidas pela coordenação e pela administração dizem respeito à constante busca por opções de financiamento para a Agência, que não recebe nenhum tipo de apoio governamental, dependendo exclusivamente de fontes de financiamento privadas, bem como de campanhas de arrecadação de fundos e de doações espontâneas. O rendimento obtido com a realização de cursos, workshops e os programas

¹²⁸ Até o final de minha pesquisa de campo junto à Agência, esse assunto não foi novamente discutido, pois todo o foco da Agência estava voltado para a organização das atividades relacionadas ao Dia de Amar o corpo, que, em 2009, foram ampliadas para todo o mês de outubro.

desenvolvidos em escolas, bem como o pagamento das sessões de aconselhamento, não é, por si só, suficiente para manter a organização.

Dentro da proposta das terapias narrativas de procurar estabelecer a relação terapêutica como uma troca justa, a Agência adota uma política de taxas flexíveis para o serviço de aconselhamento. O cliente escolhe, dentro de uma margem de valor estabelecida entre um preço mínimo e máximo por sessão, o valor que considerar mais justo e/ou adequado às suas possibilidades¹²⁹.

As ações desenvolvidas pela Agência podem ser divididas em duas frentes: os serviços de apoio e aconselhamento a pessoas que sofrem com algum problema alimentar; e as ações de intervenção social, voltadas para a transformação cultural e a prevenção de problemas alimentares.

Quando uma pessoa procura a Agência para obter auxílio para lidar com alguma dificuldade alimentar, é agendado um encontro com a profissional responsável pelo apoio. A seguir, descreverei um desses primeiros encontros, que me foi permitido acompanhar, e farei algumas considerações sobre a diferença entre os procedimentos de recepção na Agência e no Ambulatório da Unicamp.

A primeira responsabilidade da profissional de apoio é a de receber a pessoa na Agência de forma a deixá-la o mais confortável possível, mantendo a sala de atendimento em uma temperatura agradável, oferecendo água, café ou chá, acompanhando a pessoa até a sala e deixando que ela escolha o lugar de sua preferência para sentar.

No encontro que eu acompanhei, assim que estávamos sentadas na sala, a profissional explicou que eu gostaria de observar a consulta como parte de um procedimento de pesquisa, mas que se ela não se sentisse à vontade com isso, eu poderia sair. Acrescentei que o objetivo de minha pesquisa era observar a Agência e que, portanto, minha atenção estaria voltada para a conduta da profissional, e não para os conteúdos que a cliente eventualmente trouxesse à conversa.

¹²⁹ Esta é uma prática relativamente comum entre praticantes da terapia narrativa. A clínica de responsabilidade social do Instituto de Terapia da Família e da Comunidade de Campinas (CResSo – ITFCCamp) também se utiliza deste sistema. O ITFCCamp, embora não se defina como um serviço de orientação exclusivamente narrativa, tem afinidade com as práticas narrativas, e foi a organização responsável por organizar o primeiro curso ministrado por David Epston no Brasil.

Após a cliente consentir com minha presença, a profissional prosseguiu explicando quais eram os serviços oferecidos pela Agência, a política de custos e os limites éticos do compromisso de sigilo com os clientes.

No tocante aos serviços oferecidos, a cliente foi informada que poderia optar por aconselhamento individual, de uma a duas vezes por semana, e/ou por participar de um grupo de apoio, de periodicidade quinzenal, e com a duração de dez encontros. Independentemente de sua opção por iniciar ou não o aconselhamento individual, ou integrar o grupo de apoio, a Agência oferece acesso ao acervo de recursos bibliográficos e audiovisuais para qualquer pessoa interessada, mediante o preenchimento de uma ficha cadastral e um depósito em dinheiro que é devolvido mediante o retorno do material emprestado ao acervo. Quanto aos custos, há uma faixa de preços por sessão, e o cliente pode optar por pagar, dentre os preços dessa faixa, o valor que considerar mais adequado em relação aos recursos de que dispõe.

Por fim, como a Agência oferece apenas serviços de aconselhamento, uma das exigências para que o cliente ingresse nos serviços é de que esteja sob acompanhamento médico em outro lugar, e que forneça o contato do médico para que, caso o terapeuta responsável suspeite que o estado de saúde física ou mental do cliente ofereça riscos à sua própria vida ou a de outrem, possa entrar em contato com o médico para tomar as medidas eticamente apropriadas. A seguir, a cliente assinou um termo declarando estar ciente e de acordo com as normas de funcionamento da Agência.

O encontro prosseguiu com uma conversa a respeito de como a cliente havia chegado até a Agência, o motivo que a levara até lá e qual tipo de assistência ela gostaria de obter. A cliente se interessou pelo serviço de aconselhamento individual, e ficou estabelecido que a profissional de apoio entraria em contato com ela no prazo de até uma semana, para agendar uma primeira sessão de aconselhamento com uma das terapeutas da organização. A profissional a informou, ainda, que eventualmente poderia ser ela mesma a terapeuta designada, já que também exerce essa função na Agência.

Esse primeiro encontro da cliente com a Agência me pareceu muito distinto das triagens realizadas no Ambulatório da Unicamp. Enquanto no Ambulatório a triagem tem o objetivo de determinar se a pessoa encaminhada para tratamento preenche os critérios

diagnósticos para um transtorno alimentar, e isso é pré-requisito para que ela tenha acesso ao tratamento, o primeiro contato com o cliente na Agência prioriza a definição da pessoa sobre seu problema. Deste modo, logo de início, é a iniciativa do cliente de procurar ajuda que é valorizada, assim como sua própria concepção do que constitui um problema e do que gostaria de modificar. Assim, o problema da resistência ao tratamento e a necessidade de promover uma vontade de melhora, presentes no ambulatório da Unicamp, sequer se colocam como questão na interação do cliente com a Agência. Ele também não precisa aceitar a definição biomédica de um transtorno alimentar enquanto descrição verdadeira e adequada de seu problema, e isso não é pré-requisito para que o tratamento funcione. Assim, todo o investimento pedagógico sobre os pacientes, presente no ambulatório tanto no módulo psicoeducativo quanto nas terapias nutricional e cognitivo-comportamental torna-se, do ponto de vista do modelo adotado pela Agência, desnecessário.

A importância dos critérios diagnósticos no ambulatório da Unicamp coloca o profissional na posição hierarquicamente superior de possuir o conhecimento legítimo de estabelecera distinção entre o que é uma condição patológica, que dá direito ao acesso a tratamento, e aquelas queixas que não constituem um quadro propriamente patológico, o que produz pessoas que não estão suficientemente “doentes” para terem acesso ao tratamento. Essa diferença põe em relevo uma contradição presente no modelo de tratamento adotado pelo ambulatório: ao mesmo tempo em que se enfatiza a importância de uma intervenção precoce, e afirma-se que quanto menor o tempo de doença do paciente ao iniciar o tratamento, maiores são as chances de melhora, aquelas pessoas que não desenvolveram um quadro completo de transtorno alimentar, mas podem desenvolvê-lo, são excluídas do tratamento.

Ao valorizar a concepção do cliente sobre o problema, a Agência modifica a relação de poder no contexto terapêutico. Nesse contexto, portanto, é o cliente quem descreve e define seu problema alimentar – que não necessariamente precisa corresponder aos critérios diagnósticos para que se tenha acesso aos serviços. No encontro que eu acompanhei, assim que começou a falar sobre seu problema, a cliente fez questão de frisar que não considerava que seu problema fosse um transtorno alimentar no sentido estrito do termo, mas que a preocupava suficientemente para achar que precisava de algum tipo de ajuda. A profissional de apoio explicou que a política da Agência é a de não se limitar aos critérios

diagnósticos, por considerar que os transtornos alimentares são o extremo em um contínuo de diversos problemas alimentares possíveis. Pude perceber que ao começar a falar de seu problema, diferenciando-o da definição corrente de um transtorno alimentar como um transtorno mental, a cliente demonstrava o receio de ser definida a partir de um diagnóstico desse tipo – talvez para evitar o estigma a ele associado. Após o esclarecimento por parte da profissional, ela ficou bem mais à vontade para falar.

Outra diferença importante é que, enquanto na Agência o cliente tem a possibilidade de decidir pelo tipo de serviço que deseja utilizar, no ambulatório da Unicamp a participação em todas as atividades é compulsória, a não ser que a equipe decida que sua inserção em alguma atividade, geralmente a terapia em grupo, possa ser prejudicial para o paciente ou para os demais. Em qualquer um dos casos, o poder de decisão sobre o tratamento é exclusividade da equipe do ambulatório, e o usuário é excluído do serviço caso falhe em comparecer, por três vezes seguidas sem justificativa, em qualquer das atividades terapêuticas que lhe foram prescritas. Esse pequeno exemplo sugere que os dois modelos de tratamento têm efeitos distintos sobre a capacidade de ação (*agency*) dos usuários. Todavia, é importante ressaltar que a Agência pode optar por um modelo baseado na escolha do cliente por não se tratar de um serviço clínico, e por não atender usuários menores de idade.

Ações de intervenção social:

A. Dia Livre de Dieta e o Dia de Amar o Seu Corpo

O Dia Livre de Dieta (*Diet Free Day*) é comemorado internacionalmente em 6 de maio, para celebrar a diversidade e a aceitação corporal, e teve origem na Inglaterra, em 1992. O objetivo da data é desafiar e reagir às pressões socioculturais para fazer dieta e ser magro, e encorajar as pessoas a adotar estilos de vida saudáveis e prazerosos, independentemente de tamanho e peso corporal. Celebrar a beleza e a diversidade de todas as formas e tamanhos das pessoas; contribuir para o fim da discriminação por peso, tamanho e gordura; ampliar o reconhecimento público da atual obsessão social pela magreza; afirmar o direito de todos à saúde, à aptidão corporal e ao bem estar, independentemente do peso, tamanho ou forma de seus corpos; declarar uma moratória

peçoal à obsessão por controle de peso e dietas; e aprender e divulgar os fatos a respeito de perda de peso, dietas, saúde e tamanho corporal, são algumas das estratégias adotadas para alcançar esse objetivo.

Em 2009, a Agência comemorou o Dia Livre de Dietas com um jantar, que contou com a presença de funcionários, membros do comitê administrativo e do coletivo, e com notas publicadas no *website* e no boletim da organização.

Seguindo os mesmos princípios gerais que orientam o Dia Livre de Dieta, o Dia de Amar o seu Corpo (*Love Your Body Day*) é outra data internacionalmente celebrada que enfatiza a conscientização sobre questões alimentares e de imagem corporal através da promoção da satisfação com o corpo, independentemente de tamanho e forma.

A Agência inaugurou a comemoração da data na Nova Zelândia com um evento em praça pública, em 17 de outubro de 2007. Durante o evento, houve a pintura coletiva de um mural, em que as pessoas eram convidadas a ilustrar sua ideia de beleza real. A iniciativa foi amplamente coberta pela mídia, contou com o patrocínio de diversas empresas, e incluiu o lançamento e a venda de camisetas comemorativas, cuja renda foi revertida para a organização.

Em 2008, foi realizado um evento semelhante, em escala maior, que contou ainda com um palco em que vários convidados deram depoimentos e mensagens sobre aceitação corporal, onde também ocorreram apresentações musicais, foram montados estandes que ofereciam gratuitamente massagens relaxantes, pintura facial e corporal, e realizados sorteios de brindes. Também contou com um segundo mural, em que as pessoas eram convidadas a deixar a impressão da palma de uma das mãos, como uma petição simbólica pela satisfação corporal.

Em 2009, a Agência optou por ampliar a comemoração para todo o mês de outubro, com diversas atividades. Uma parceria com uma marca de roupas íntimas da Nova Zelândia resultou na produção de dois modelos de calcinha e uma camiseta regata comemorativas, colocadas à venda pela internet no *website* da marca, entre os meses de setembro e novembro, com parte da renda revertida à organização.

Outra empresa, voltada para a produção de cosméticos sob um modelo de sustentabilidade ambiental, concordou em recolher doações para a Agência e em vender os

itens promocionais em suas lojas em diversos pontos da Nova Zelândia entre 19 de outubro e 02 de novembro. A mesma empresa também contribuiu cedendo uma de suas lojas em um *shopping center* para que uma voluntária tivesse seu corpo pintado por um artista, para promoção da aceitação corporal. Além disso, uma das maiores redes de roupas infantis do país contribuiu com a campanha através da doação de um arredondamento¹³⁰ no valor de compras nos pontos de venda durante o mês de outubro.

Uma das revistas femininas de maior circulação no país, voltada para o público jovem, contribuiu com uma campanha especial para a Agência, incluída em sua edição de outubro. Dez mulheres foram escolhidas entre voluntárias recrutadas através de chamadas na revista, no boletim da Agência e em seu *website*, para ilustrar uma reportagem especial. A matéria figurava fotografias sem retoques das voluntárias vestindo as calcinhas e regatas promocionais, acompanhadas de suas respostas à pergunta: “Qual a parte de seu corpo de que você mais gosta, e por quê?”.

Finalmente, a Agência promoveu uma sessão de cinema especial acompanhada de coquetel, em que foi exibido um documentário canadense sobre transtornos alimentares e seu tratamento, seguido de um debate com uma das diretoras – ela própria alguém que superou a anorexia nervosa.

B. Programa nas escolas

A Agência desenvolve várias atividades em parceria com escolas no município em que está sediada: integração de questões de imagem, segurança e aceitação corporal no currículo; treinamento e apoio a funcionários e pais; desenvolvimento de políticas ligadas à discriminação por peso¹³¹ e à promoção da diversidade; desenvolvimento de redes de apoio e referência para problemas alimentares; apoio aos alunos e um programa de líderes de imagem corporal.

¹³⁰ A doação por arredondamento funciona da seguinte maneira: se o valor total da compra efetuada for, por exemplo, \$ 34,73 e a pessoa concordar com a doação, ela pagará o valor de \$35, e \$0,27 serão doados para a organização.

¹³¹ A discriminação por peso, também conhecida por “*weightism*”, em inglês, refere-se ao tratamento diferenciado caracterizado por atitudes negativas em relação a pessoas com peso diferente do considerado normal ou ideal. Normalmente diz respeito ao preconceito contra gordos e obesos, mas também se aplica ao preconceito contra pessoas consideradas excessivamente magras.

Este último é um programa piloto iniciado em 2004, baseado no treinamento de alguns alunos interessados em tornarem-se líderes de imagem corporal (*body image leaders*), como atividade extracurricular. A agência promove o treinamento destes alunos, bem como o apoio e a supervisão das atividades que estes passam a desenvolver nas escolas.

O primeiro objetivo de um líder de imagem corporal é examinar e transformar a própria insatisfação corporal por meio de educação e reflexão, para que possa se tornar um modelo de pensamento crítico para os colegas no tocante às mensagens culturais sobre seus corpos e apetites. Pude participar de uma das oficinas de treinamento de líderes de imagem corporal, que contou com a participação de alunos de duas escolas diferentes, de ambos os sexos, uma professora e um professor, pertencentes respectivamente a cada escola, da trabalhadora do setor de juventude da Agência e da ex-funcionária da agência que ocupara o mesmo cargo anteriormente, e que participou da coordenação do evento em caráter voluntário.

A oficina consistiu de várias dinâmicas em grupo, com objetivos que variavam desde desinibir e facilitar a interação entre os participantes, passando por exibição de vídeos e apresentação de slides com informações críticas sobre os perigos das dietas e sobre a promoção de autoestima para pessoas gordas, uma performance das organizadoras do workshop que visava provocar o estranhamento em relação às práticas cotidianas de dieta e comentários depreciativos sobre peso, até exercícios em grupos menores destinados a levantar temas relacionados à vivência da imagem corporal no ambiente escolar. Todos os participantes da oficina (organizadoras do workshop, professores, alunos e a pesquisadora) tomavam parte das dinâmicas em grupo sem distinções, e desempenhavam as mesmas tarefas. As atividades mais sérias e reflexivas eram intercaladas com dinâmicas que envolviam movimentação física, propiciando uma atmosfera lúdica ao mesmo tempo em que colocavam em evidência a relação de cada participante com o próprio corpo.

Para ilustrar o tipo de atividade desenvolvida na oficina, segue-se o relato de uma das atividades que presenciei. Uma das coordenadoras contou uma pequena história, de um diálogo que teve com uma criança, para ilustrar a necessidade de manter uma posição crítica quanto à publicidade: ela estava andando na rua com a criança, seu sobrinho, em um

dia de calor, quando se depararam com um anúncio de refrigerante. O anúncio mostrava a palavra “sede”, em letras enormes, acompanhada de um ponto de interrogação. Logo abaixo, estava o nome do refrigerante em sua logomarca. A visão do anúncio fez com que ela perguntasse ao sobrinho se ele estava com sede, ao que ele respondeu que sim. A seguir, perguntou o que ele gostaria de beber, e o menino respondeu que queria o refrigerante do anúncio. Ela perguntou então se o refrigerante era a única coisa que uma pessoa poderia beber para matar a sede, e a criança respondeu que não. “E o que mais uma pessoa pode beber para matar a sede?”, ela perguntou. O sobrinho respondeu: “Um monte de coisas. Água, suco...”. A seguir, ela perguntou se ele havia percebido que, de acordo com o anúncio do refrigerante, uma pessoa com sede seria induzida a pensar que a única solução para isso seria beber o refrigerante em questão, ao que a criança respondeu que sim, acrescentando que, então, o anúncio era “um pouco mentiroso”.

A moral da história, enunciada em tom inocente por uma criança, parece bastante óbvia. Todavia, ela suscitou uma reflexão por parte dos participantes da oficina sobre como hábitos de consumo banais, como comprar algo para beber quando se está com sede, são adquiridos ao longo do tempo sem que haja uma reflexão a respeito das razões que contribuíram para estas escolhas, dentre as quais, a própria publicidade. Mesmo considerando-se inteligentes, observadores e críticos, vários participantes da oficina surpreenderam-se ao constatar que, ao pensarem na sensação de sede, uma das primeiras imagens que lhes ocorria era a de uma garrafa ou lata gelada de refrigerante sendo aberta, com gotas de condensação da superfície e o som característico do gás escapando do recipiente: exatamente a imagem exaustivamente repetida em incontáveis anúncios publicitários de refrigerante.

Os líderes de imagem corporal também são encarregados de promover a educação dos colegas de escola, produzindo recursos de informação, palestras e oficinas. Tive a oportunidade de presenciar uma gincana organizada por um dos grupos de líderes de imagem corporal em uma escola, que formularam jogos e apresentações artísticas que combinavam informação, crítica e diversão de forma bastante criativa. Além disso, os monitores passam a operar como observadores críticos do ambiente escolar, capazes de identificar e endereçar problemas e as mudanças que gostariam de incentivar na comunidade escolar para promover a satisfação corporal.

O pressuposto central que fundamenta estas intervenções é o desafio ao paradigma hegemônico que equaciona saúde à adequação do um peso corporal por meio de dietas dentro de limites estipulados que definem a faixa de peso saudável. A Agência questiona a distinção entre campanhas voltadas para a prevenção e combate à obesidade e intervenções destinadas a prevenir e enfrentar os transtornos alimentares, propondo, alternativamente, uma política que priorize a saúde em qualquer tamanho¹³², pautada na ideia de bem estar, uma alimentação variada e que responda ao apetite e à saciedade, e à prática cotidiana de atividade física agradável, dissociados do controle de peso e da busca pelo emagrecimento.

De acordo com a Agência, intervenções organizadas em torno da prevenção da obesidade e do controle do peso combinam-se a e potencializam um contexto cultural em que a magreza é idealizada e a gordura, abominada, graças a diversos fatores não necessariamente ligados à saúde. Além disso, as mensagens sobre prevenção da obesidade e controle do peso são na maioria das vezes interpretadas pela população como “dietéticas” (AUSTIN, 1999). O uso do índice de massa corporal (IMC) é questionado como indicador de níveis de saúde, por ser reducionista e ignorar fatores fundamentais de morbidade e risco, como oscilação de peso (efeito sanfona), sedentarismo e tabagismo (ERNSBERGER e KOLETSKY, 1999).

Baseando-se na crescente literatura científica que desafia o paradigma hegemônico que valoriza a magreza, a Agência argumenta que abordagens centradas no controle do peso não são apenas ineficazes, como também prejudiciais: a maioria absoluta das dietas é incapaz de promover perda de peso sustentável, e são precursoras tanto do “efeito-sanfona” quanto de transtornos alimentares - sabidamente mais nocivos à saúde (ERNSBERGER e KOLETSKY, 1999) do que a manutenção de um peso estável, mesmo que acima do limite considerado saudável (ver, p. ex., FLEGAL et al, 2007).

A ineficácia das dietas também contribui para a sensação de fracasso e baixa autoestima (BERNARDI, CICHELERO e VITOLO, 2005), para estigmatização e a culpabilização das pessoas obesas (BERG, 1995) e ironicamente, ao ganho de peso

¹³² “Saúde em qualquer tamanho”, ou “*Health at Every Size (HAES)*”, em inglês, é um movimento internacional que questiona o paradigma hegemônico que associa a boa saúde a uma determinada faixa de peso corporal, promovido pela Associação pela Diversidade de Tamanho e Saúde (Association for Size Diversity and Health – ASDH). Ver <http://sizediversityandhealth.org/index.asp>.

(LLUCH et al, 2000), por reduzir progressivamente o metabolismo basal, prejudicar a percepção das sensações de fome e saciedade e aumentar a incidência de desejo por “alimentos proibidos”, bem como episódios de compulsão alimentar (HSU, 1997; STICE, SHAW e NEMEROFF, 1998; PATTON et al, 1999).

Os discursos biomédicos dominantes estabelecem uma distinção entre alimentação desordenada (*disordered eating*) e transtornos alimentares (*eating disorders*), sendo que apenas os últimos são considerados um transtorno psiquiátrico (PEREIRA e ALVARENGA, 2007), o que estabelece que as intervenções possíveis em relação à primeira sejam consideradas preventivas, e, em relação aos segundos, terapêuticas. Isso não significa que a alimentação desordenada não seja considerada digna de intervenção dentro dos parâmetros do discurso biomédico hegemônico: ela pode ser tratada por meio de reeducação alimentar, sobretudo se associada a condições patológicas como diabetes. Essa associação é considerada relevante, pois nesse contexto a alimentação desordenada pode agravar o quadro diabético e os prejuízos por ele causados à saúde do paciente, e atrapalhar o manejo terapêutico desta patologia, que supõe um controle dietético:

A alimentação desordenada é prevalente entre pessoas com diabetes e pode aumentar significativamente a mortalidade e a morbidade do diabetes. Quando comportamentos alimentares desordenados são culturalmente aceitos e exercidos com frequência significativa por uma variedade de grupos, isso pode conduzir à percepção de que tais comportamentos são “normais”, o que pode ser prejudicial à prevenção e ao tratamento do diabetes. (PEREIRA e ALVARENGA, 2007, p. 141).¹³³

É importante notar que, apesar de atestar a possibilidade de contextos culturais que estabeleçam um padrão alimentar que corresponde à definição de alimentação desordenada, este padrão não é considerado objeto de intervenção disciplinar ou terapêutica. Da mesma forma, afirma-se que o padrão cultural que valoriza a magreza e a realização de dietas para perder peso não são causas suficientes para explicar a incidência de transtornos alimentares.

A referência mais frequente a fatores de ordem sociocultural refere-se ao atual “padrão de beleza ocidental”, que supervaloriza a magreza, ao qual mulheres, principalmente as adolescentes e jovens, com estilo de vida urbanizado, de classe média e alta, seriam mais vulneráveis. Enquanto alguns propõe sanções normativas para reduzir os

¹³³ Tradução livre. No original: “Disordered eating is prevalent among people with diabetes and can significantly increase diabetes mortality and morbidity. When disordered eating behaviors are culturally accepted and performed with significant frequency by a variety of groups, it can lead to the perception that these behaviors are “normal,” which can be detrimental to the prevention and treatment of diabetes.”

estímulos culturais aos TAs¹³⁴, outros questionam a eficácia dessas medidas argumentando que se dentre todas as mulheres “expostas ao mesmo padrão”, apenas uma minoria desenvolve um transtorno alimentar, o padrão de beleza não pode ser considerado um fator causal determinante¹³⁵.

Embora haja uma tendência a aproximar a questão da obesidade à dos transtornos alimentares¹³⁶, essa aproximação ocorre motivada por um interesse em abordar a obesidade de forma multidisciplinar, sobretudo no tocante à obesidade de grau 3, anteriormente denominada de obesidade mórbida. A obesidade de grau 3 tem sido alvo de uma crescente atenção, motivada pela preocupação mundial com a “epidemia de obesidade”, e ocupado um espaço cada vez maior no mercado biomédico através da popularização da cirurgia bariátrica. A frequente presença de comorbidades psiquiátricas – sobretudo do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica – tem legitimado a crescente psiquiatrização deste tipo de obesidade.

Todavia, dentro do discurso biomédico hegemônico, qualquer correlação entre a crescente incitação disciplinar ao controle e tratamento da obesidade e sua eventual influência na constituição de um ambiente cultural propício ao surgimento de transtornos alimentares ainda é vista com muita cautela, e não parece ter abalado o paradigma dominante em relação à obesidade. Ainda que se reconheça que o hábito de fazer dietas tenha correlação com um maior risco para o desenvolvimento de um transtorno alimentar, o discurso biomédico tende a distinguir as “dietas populares” ou “da moda” – estas sim

¹³⁴ Exemplos recentes de ampla divulgação midiática incluem o limite de índice de massa corporal (IMC= peso(kg)/[altura(m)]²) mínimo de 18 para modelos em desfiles de moda na Espanha, e a lei promulgada na França em 2008 que prevê de multa até dois anos de prisão para incentivo à magreza excessiva.

¹³⁵ Para os interessados em saber mais sobre o andamento dessa discussão no contexto brasileiro, ver: “Diretrizes para a Indústria da Moda – Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento de Transtornos Alimentares” http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao_ta/diretrizes_moda.pdf. MOYA *et al* (2007), VOLPE (2007) e MOYA *et al* (2007b)., “Extreme thinness in models mobilizes eating disorders’ researchers and specialists”. (Editorial). *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29 (1): 1-2. VOLPE, F.M. “Ética, cultura e mídia: a quem culpar pelos transtornos alimentares?” (Carta ao editor). *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29 (3): 294-5. MOYA *et al*, “Acerca do documento da Comissão Técnica da ABP intitulado ‘Diretrizes para a Indústria da Moda’”. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29 (3): 295.

¹³⁶ Isso fica patente nos temas abordados em congressos científicos, tanto na área de transtornos alimentares, quando na área de obesidade. Ver, por exemplo, a programação científica dos congressos brasileiros mais recentes nessas áreas: XIII Congresso Brasileiro de Obesidade e Síndrome Metabólica, (2009, Salvador, BA) <http://www.interlinkeventos.com.br/obesidade2009/atividades.htm>; VIII Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade (2009, São Paulo, SP) <http://www.cbtao.com.br/index.php?pgID=programa-cientifico>.

potencialmente nocivas por serem não científicas – daquelas com real fundamento científico, que seriam prescritas por profissionais da área.

O posicionamento da Agência como proposta alternativa de compreensão e tratamento dos transtornos alimentares revela, desse modo, uma complexa relação com os discursos biomédicos, que não se caracteriza apenas por oposição. Os discursos biomédicos não são monolíticos, e no interior da biomedicina há correntes que se opõem ao paradigma hegemônico sem questionar a autoridade científica em si. Na medida em que a Agência se utiliza destes discursos biomédicos alternativos para obter legitimidade frente a fontes financiadoras e na defesa da criação de políticas de saúde, ela acaba incorrendo no paradoxo de reforçar alguns mecanismos de poder que procura criticar.

Ao defender projetos como a Saúde em Qualquer Tamanho, a Agência limita as possibilidades de interpretação sobre o que são transtornos alimentares e o que constitui um estilo de vida saudável – e isso não necessariamente corresponde às histórias e aos conhecimentos alternativos dos sujeitos que procuram o aconselhamento. Ademais, o projeto assistencial da Agência depende da existência de outros serviços e profissionais de saúde, que possam oferecer assistência clínica a seus clientes.

Este capítulo, portanto, dedicou-se a mapear aquela dimensão da produção social das concepções, dos saberes e das práticas relacionadas aos transtornos alimentares por parte dos discursos biomédicos e terapêuticos.

O ambulatório de transtornos alimentares da Unicamp, ao adotar como referência para seu modelo de tratamento aquilo que é considerado como padrão de excelência pela literatura científica internacional, assim como o centro de tratamento estadunidense analisado por Gremillion, tende a reproduzir alguns elementos do contexto cultural que fazem parte das próprias condições de possibilidade dos transtornos alimentares: a ênfase no autocuidado e na autodisciplina, a ideia de que a constituição de uma identidade adulta saudável depende da constituição de indivíduos autônomos e independentes, o lugar privilegiado das biociências na determinação dos critérios de saúde e adequação. Ao mesmo tempo, a especificidade do contexto brasileiro, à margem dos centros produtores do discurso biomédico dominante, resulta em algumas diferenças significativas.

A impossibilidade de reproduzir integralmente os modelos de tratamento de excelência, inclusive em função da disponibilidade limitada de recursos, bem como as diferenças entre o perfil dos pacientes brasileiros e aquele descrito pela literatura de referência, levam a equipe do ambulatório da Unicamp a efetuar ajustes e encontrar soluções alternativas. A abordagem da terapia nutricional adotada, por exemplo, toma como referência um modelo desenvolvido no contexto brasileiro, e incorpora a crítica a alguns dos procedimentos de controle e monitoração minuciosa dos corpos dos pacientes.

As terapias narrativas, ao se posicionarem de forma crítica em relação aos discursos dominantes, e ao papel que estes exercem na produção de “sujeitos problemáticos”, incorporam em suas práticas não apenas a dimensão social e coletiva dos “problemas”, como também os denunciam como efeitos do assujeitamento. Nesse sentido, as práticas terapêuticas narrativas se aproximam da constituição de uma estética da existência, tal como definida por Miskolci:

Há, portanto, experiências sociais e culturais que apontam para a possibilidade de constituição de uma estética da existência. Essas experiências têm compromisso com mudanças que levam à criação de novos estilos de vida baseados em uma ética capaz de criar subjetividades mais libertárias e, a partir delas, novas formas de sociabilidade.

A emergência de uma nova cultura de si pode originar novas relações críticas aos modelos de identidade socialmente propostos, recusando o aparato disciplinar que nos torna algozes de nós mesmos. Associada a essa reinvenção de si mesmo, uma nova cultura de si também pode permitir novas relações com o outro, relações de companheirismo e amizade. (MISKOLCI, 2006, p. 689).

Todavia, tal projeto libertário das terapias narrativas parece esbarrar em alguns limites, sobretudo quando examinamos algumas das práticas propostas para o enfrentamento dos transtornos alimentares. A proposta da anti-anorexia/bulimia, tal como descrita no livro *“Biting the Hand...”*, pode levar a produção da anorexia/bulimia como práticas “más”, e limitar as possibilidades de seu enfrentamento à anti-a/b, enquanto prática “boa”. O mesmo ocorre com a posição defendida pela Agência, ao endossar o projeto da “Saúde em Qualquer Tamanho” e apropriar-se de discursos científicos alternativos para legitimar sua proposta de intervenção. Ainda segundo Miskolci:

(...) é necessário perceber que identidades hegemônicas e marginais não se opõem, antes constituem uma relação de interdependência. Não há heterossexualidade sem homossexualidade. A adesão a uma definição nesses dois pólos aprisiona os indivíduos no mesmo jogo de poder. (MISKOLCI, 2006, p. 690).

O mesmo é possível dizer em relação aos transtornos alimentares e às propostas de tratamento: há uma relação de interdependência. A estética da existência implicaria estabelecer um conjunto de práticas voltadas para a superação dos dispositivos de poder, que produzem formas de assujeitamento que se mostram férteis ao desenvolvimento de transtornos alimentares. A dificuldade estaria em ancorar estas práticas em modos de associação e ação coletiva que não dependessem do estabelecimento de uma posição identitária alternativa.

Sob a égide da biossociabilidade, estes discursos – tanto os hegemônicos quanto os alternativos – exercem sua influência ao constituírem a própria socialidade por meio da qual os sujeitos sociais são produzidos. O poder de produzir verdades do discurso disciplinar ramifica-se em uma multiplicidade de discursos e práticas, que sem desestabilizar completamente a hegemonia do discurso biomédico dominante, multiplicam as possibilidades de posicionamentos de sujeitos, que se adequam, resistem e subvertem estes discursos e práticas, muitas vezes de forma simultânea. Assujeitamento e agência não são termos excludentes: ao contrário, são elementos indissociáveis de um mesmo processo. Da mesma forma, agência e resistência não conduzem automaticamente à desestabilização dos dispositivos de poder envolvidos no assujeitamento, ou na criação de uma estética da existência.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dia oito de janeiro de 2010, eu, Daniela, “saí do armário da cozinha”: nesse dia foi ao ar, no final de uma telenovela exibida em rede nacional no horário nobre, um depoimento meu, de cerca de um minuto de duração, revelando ter sofrido de bulimia dos treze aos vinte e um anos de idade (na época do depoimento, estava com trinta e dois).

Além de meu círculo mais íntimo de familiares e amigos, e os membros dos grupos virtuais de apoio para transtornos alimentares de que faço parte, a maioria das pessoas que me conhecem desconhecia essa história. Eu não avisei ninguém sobre o depoimento: decidi fazer dele um pequeno experimento, para ver qual seria a reação espontânea que ele provocaria. Estava particularmente curiosa a respeito da reação de meus colegas, tanto no campo das Ciências Sociais quanto no Ambulatório de Transtornos Alimentares, pois queria saber a respeito do possível impacto de tal informação na forma como estes colegas avaliam meu trabalho enquanto pesquisadora do tema.

Minha orientadora foi, talvez, a pessoa que menos demonstrou surpresa, e me disse que já havia levantado a hipótese de que eu tivesse alguma experiência pessoal com algum transtorno alimentar, e me perguntou a respeito de minhas intenções de incorporar essa experiência pessoal na tese.

No ambulatório, quem levantou o assunto durante a reunião da equipe foi a psicóloga que coordena o grupo de apoio aos familiares: ela não apenas havia assistido a meu depoimento na novela, como também contou que algumas das pacientes e mães haviam me reconhecido, e comentaram a respeito. Segundo a psicóloga, as mães gostaram do depoimento, pois, ao verem uma profissional bem sucedida¹³⁷ que conseguiu superar um transtorno alimentar, sentiram-se mais esperançosas quanto à possibilidade de suas filhas se curarem. A psicóloga acrescentou que admirou a minha iniciativa, e elogiou minha “coragem”.

Após o comentário desta psicóloga, outros membros da equipe também disseram que haviam assistido à novela, e os comentários foram na mesma direção dos da psicóloga.

¹³⁷ Enquanto membro da equipe do ambulatório, eu também usufruí do prestígio atribuído à equipe de tratamento por parte dos pacientes e seus familiares.

O coordenador do ambulatório, que não havia visto o depoimento, disse que gostaria de vê-lo, ao que respondi que era possível assisti-lo pela internet, no *website* da novela.

A minha impressão é a de que, embora a maioria dos colegas do ambulatório tenha considerado o depoimento como algo positivo, havia certo constrangimento em falar do assunto. Eu disse que eu estava à disposição para falar sobre o depoimento e sobre a minha história, e a forma como ela influencia meu trabalho enquanto pesquisadora do tema, mas ninguém quis fazer nenhuma pergunta. Após o término da reunião, do lado de fora do hospital, enquanto caminhávamos para o estacionamento, uma das endocrinologistas comentou comigo que havia ficado surpresa com meu depoimento. Perguntei se a surpresa se devia a ela jamais ter suspeitado que eu houvesse passado por um transtorno alimentar. Ela respondeu que realmente não suspeitada, mas que a principal surpresa foi pelo depoimento ter sido veiculado na novela: *“Eu consigo imaginar você dando um depoimento desses pra Marília Gabriela, por exemplo. Mas na novela, isso não corresponde à imagem que eu tenho de você.”*

O constrangimento geral da equipe, e o comentário da endocrinologista, devem-se, a meu ver, à posição paradoxal que eu assumi ao “sair do armário”. Quando ingressei na equipe do ambulatório, apenas a psicóloga coordenadora possuía doutorado. O coordenador havia obtido o título de Mestre em 2005, e ingressou no doutorado em 2010, enquanto uma das endocrinologistas tornou-se Mestre em 2007. Assim, do ponto de vista da hierarquia acadêmica, estar cursando o doutorado conferia uma posição de relativo prestígio entre os profissionais do ambulatório. Enquanto pesquisadora e aluna do doutorado, os demais membros do ambulatório sempre me trataram como um de seus pares: minhas opiniões e interpretações eram recebidas e respeitadas como legitimamente científicas. Ainda que, do ponto de vista da hierarquia entre as diferentes disciplinas, pertencer às Ciências Humanas me alocasse como cientista mais “*soft*”¹³⁸, essa distinção jamais era trazida à tona, no ambulatório, para questionar a autoridade de qualquer das minhas falas, em oposição ao que parece ter ocorrido em Walsh em relação à Helen Gremillion:

Outra limitação era minha identidade de cientista “suave” em um contexto que é, em grande parte, legitimado por apelos à ciência “dura”. Havia, às vezes, benefícios em

¹³⁸ O termo “soft” (ou “suave”, em português), é frequentemente usado para descrever as ciências humanas em oposição às ciências exatas e biológicas, compreendidas como mais “duras” e propriamente científicas.

minha posição de algo como um “observador ingênuo”; por exemplo, eu podia indagar igualmente, com conforto, a profissionais de saúde mental, pacientes e pais para que me descrevessem e explicassem as práticas da unidade, em suas próprias palavras. Entretanto, por eu ser uma “forasteira” disciplinar, muitos clínicos e funcionários, em particular, me viam como um acadêmico cujas opiniões e métodos são inerentemente menos relevantes do que aqueles da psiquiatria e da biomedicina para compreender e endereçar a anorexia. (GREMILLION, 2003, pp. xvii-xviii).¹³⁹

No ambulatório da Unicamp eu não era uma “forasteira”, mas membro integrante da equipe de profissionais da unidade. Por ocasião de minha integração à equipe, ainda na fase de formulação do projeto do ambulatório, o coordenador comentou que a adição de uma antropóloga ao ambulatório acrescentava um diferencial positivo ao serviço. Havia, contudo, uma fronteira clara: minha formação como cientista social não me habilita para intervir diretamente nas práticas assistenciais do ambulatório. Assim, ainda que minha opinião fosse levada em consideração até mesmo na discussão de casos, quaisquer decisões referentes ao manejo ou à conduta terapêutica permaneciam exclusivas aos profissionais dedicados à assistência.

Dada a hierarquia vigente no ambulatório entre o saber científico e os conhecimentos leigos, minha “confissão” sobre ter enfrentado um transtorno alimentar me alocou em uma posição ambivalente, o que gerou o desconforto na equipe perante meu depoimento. Em momento algum houve qualquer questionamento do mérito científico do meu trabalho, mas a fronteira clara, estabelecida entre a equipe do ambulatório e os usuários do serviço (pacientes e seus familiares), fora transgredida. Ainda que essa transgressão tenha sido considerada positiva pela maioria dos membros da equipe, ainda assim ela constituiu um embaraço lógico.

No tocante à influência de minha experiência pessoal com a bulimia sobre o trabalho de pesquisa que deu origem a esta tese, creio que o aspecto mais importante foi que tal experiência facilitou o estabelecimento de uma relação de confiança e de identificação com as interlocutoras de pesquisa, que conheciam o fato, através de nossa comum participação no grupo virtual de apoio. Todavia, ousou dizer que minha história teve

¹³⁹ Tradução livre. No original: “Another constraint was my identity as a ‘soft’ scientist in a context that is legitimized largely through appeals to ‘hard’ science. There were, at times, benefits to my positioning as a somewhat ‘naive observer’; for example, I could comfortably ask mental-health professionals, patients and parents alike to describe and explain unit practices in their own words. However, because I am a disciplinary ‘outsider’, many clinicians and staff in particular saw me as a scholar whose views and methods are inherently less significant than those of psychiatry and biomedicine for understanding and addressing anorexia”.

menos influência sobre as narrativas de minhas interlocutoras do que suas histórias tiveram sobre a minha forma de pensar e falar sobre minha experiência com a bulimia, sobretudo porque minha experiência jamais foi assunto de nossas conversas – exceto naquele diálogo com Vivianne sobre a prisão de ventre. No relacionamento que estabeleci com minhas interlocutoras de pesquisa, estava claro que o ponto de interesse de nossas conversas era a produção das histórias de vida de cada uma delas. Se meu interesse de pesquisa envolvesse minha própria história, eu teria desenvolvido um projeto sob uma pesquisa autobiográfica. Para usar a expressão de Kleinman, a minha história pessoal não estava posta em questão em nossas interações.

Minha experiência com a bulimia foi extremamente solitária. Durante os oito em que convivi diariamente com o transtorno, o mantive em segredo a maior parte do tempo. Em raras ocasiões, alguma amiga próxima, ao observarem minhas constantes visitas ao banheiro logo após comer, suspeitaram que eu provocava o vômito, e chegaram a me confrontar sobre isso, me pedindo que eu não o fizesse. Eu sempre respondi que não faria mais, e redobrava meus cuidados para esconder o que fazia. Nunca procurei conversar a respeito com nenhuma delas, ou pedir ajuda.

Foi apenas durante a faculdade, após mais de quatro anos de doença, que decidi contar à minha mãe sobre o meu problema, e pedir sua ajuda para encontrar tratamento. A primeira tentativa nesse sentido resultou em um breve tratamento com uma psiquiatra em Campinas, que combinou uma abordagem comportamental ao uso de antidepressivos tricíclicos. Abandonei o tratamento em menos de dois meses.

Cerca de dois anos mais tarde, procurei novamente a ajuda de minha mãe, pedindo especificamente que ela me ajudasse a encontrar um psiquiatra especializado em transtornos alimentares, ou o tratamento no Ambulim. Um primo de minha mãe, neurologista e professor da então Escola Paulista de Medicina, me indicou um segundo psiquiatra, que embora não fosse especialista em transtornos alimentares tinha alguma experiência na área.

Esta segunda tentativa de tratamento poderia ser descrita, tomando de empréstimo as palavras de Valentina, como uma “interação medicamentosa”. Na primeira consulta, o psiquiatra me fez algumas perguntas – que hoje sei serem as perguntas padrão que

costumam ser feitas nas triagens do ambulatório: perguntou se eu vomitava, se fazia uso de laxantes para tentar emagrecer, se tinha episódios compulsivos, se me achava gorda. A consulta durou cerca de vinte minutos, custou algumas centenas de reais, rendeu a prescrição de dois medicamentos (um antidepressivo e um ansiolítico) e o pedido que eu retornasse dentro de quinze dias para avaliar os efeitos da medicação. Após a segunda consulta, o ansiolítico foi retirado e os retornos tornaram-se mensais.

A medicação prescrita surtiu um efeito aparentemente suficiente para que eu conseguisse controlar as crises de compulsão alimentar, e uma vez livre delas, também interrompi todos os comportamentos purgativos. Diante do preço elevado das consultas com o psiquiatra, decidi então obter as receitas para a medicação com um médico da família, e eu mesma passei a controlar minha medicação, mantendo a dose recomendada pelo psiquiatra por cerca de um ano, após o qual fui diminuindo a dose gradualmente, observando meu estado de humor para detectar qualquer indício de recaída. Como isso não ocorreu, continuei reduzindo as doses até interromper o uso completamente.

Hoje, é claro, sei que minha opção pelo “autotratamento” foi uma conduta arriscada, e que o médico da minha família também estava se arriscando ao me prescrever a medicação mesmo sem ser psiquiatra – ainda que as normas vigentes no Brasil não impeçam médicos sem especialização em psiquiatria de prescrever este tipo de medicamento. A opção que eu fiz, não recomendaria para ninguém.

O ponto que eu gostaria de destacar nessa história, contudo, é o fato de que eu nunca havia falado sobre minha experiência com o transtorno alimentar, articulando-a sob a forma de uma narrativa, tampouco elaborado algum tipo de interpretação sobre ele. Foi apenas quando passei a pesquisar o tema durante o mestrado, sob uma perspectiva antropológica, que passei a refletir sobre isso. E foi através de minha participação nos grupos virtuais de apoio que tive acesso a um espaço discursivo compartilhado capaz de oferecer um idioma para que minha história se tornasse inteligível e, portanto, passível de ser narrada.

As mensagens que eu escrevia ao grupo, quando me referia à minha própria experiência, eram motivadas, geralmente, por alguma mensagem de outra pessoa, que evocava a lembrança de algum episódio que eu havia vivido. A partir dessa evocação, ao contar minha história para os membros do grupo, eu também a contava pela primeira vez

para mim mesma: o sentido da minha experiência foi se constituindo no próprio ato de narrar, em um espaço dialógico. Reproduzo, abaixo, uma mensagem de uma participante do grupo *Sinto Muito*, e um trecho da mensagem que mandei em resposta, em abril de 2004:

Bom, eu estou aqui em casa sem saber o que fazer da minha vida. (Vida... Que vida?) Estou de novo me sentindo tão gorda que não tenho vontade de fazer nada. Tem sido difícil de ir pra escola... Tenho vontade de dormir e chorar durante as aulas. Tô cansada... Com medo, perdida... Quero tomar alguma coisa pra ficar assim bem

grogue e só acordar daqui uma semana. Dormir pra não ver a realidade... O sonho de pesar 29kg não foi embora, só tá mais murcho. Até os meus sonhos estão prostrados! Não há como empurrar a vida com a barriga durante muito tempo... Não vejo como seguir em frente assim. Não estou mal, estou muito mal.

Marina¹⁴⁰.

Um trecho da minha resposta, suscitada pela mensagem acima:

A primeira coisa que eu queria dizer é que eu entendo plenamente o que você está sentindo, já passei por isso milhões de vezes. Então eu vou dizer uma coisa que eu gostaria de ter ouvido nessas horas: você tem todo o direito de ficar triste e de chorar. Quando a gente tá no fundo da depressão, parece que o mundo diz pra gente que a gente não tem o direito de ficar triste, como se o nosso sofrimento fosse um capricho, uma frescura, sei lá. E aí a gente se afunda mais na tristeza, e se sente cada vez mais só, porque a gente sabe que é uma dor muito real, tão real que paralisa a gente ao ponto de não conseguir fazer mais nada. Então chora tudo, até a última gotinha. Olha bem pra cara da sua dor até perder o medo dela, até ela deixar de ser aquele monstro enorme que não devia existir, mas que por isso mesmo vai ficando cada vez maior. Ela é só dor, vê? Aliás, é uma velha conhecida. Só que como parece que só nós e ela sabemos o quanto ela é real, o resto do mundo parece distante, frio e menos real. E aí a Dona Dor vem assim morninha pra abraçar a gente e a gente deixa, se afunda no abraço e começa a concordar com ela quando ela diz que ela é tudo o que existe, que ela é sua única verdade, e que o mundo lá fora não sabe de mais nada.

Durante o processo de produção das histórias de vida, em colaboração com minhas interlocutoras de pesquisa, vários episódios de minha experiência pessoal foram evocados, e aos poucos, foram assumindo sentido e sendo encadeados, compondo uma percepção da experiência do transtorno alimentar como uma história passível de ser narrada. Foi por isso que, apenas no início de 2010, quando a parte da pesquisa envolvendo a produção das histórias de vida estava praticamente encerrada, me senti capaz de falar publicamente sobre minha própria história.

A constituição do sentido através do ato de narrar também está presente nas histórias de vida apresentadas na primeira parte da tese. Como afirmado anteriormente, as

¹⁴⁰ O nome da autora da mensagem foi substituído por um pseudônimo, para preservar sua identidade.

narrativas possuem uma dimensão reflexiva, tanto no momento imediato do relato em cada conversa de pesquisa, quanto na reflexão retrospectiva sobre o que já foi dito em sessões anteriores em relação ao que ainda estava por ser narrado.

Quando uma pessoa conta uma história pela primeira vez, ela não é apenas o narrador, ou o autor da mensagem: ela também é o receptor, ouvindo a história também pela primeira vez. E no ato simultâneo de contar e ser audiência do que se conta, ocorre produção de sentido. Quando uma pessoa vai retomar uma narrativa interrompida em algum ponto do passado, ela se torna audiência de sua própria história novamente, desta vez a partir da posição de alguém que deve continuar a narrá-la. E a partir da relação estabelecida entre a história narrada e aquela ainda a se contada, produz-se uma nova dimensão de sentido.

Faria (2007), analisa a produção de sentido em um grupo virtual de apoio a pessoas com transtornos alimentares, o *Sinto Muito*, que também foi objeto de minha investigação durante a pesquisa de mestrado (SILVA, 2004):

Fica claro que os discursos, as falas emitidas nas conversações ordinárias do grupo *Sinto Muito* se constituem de uma maneira reticular. E estas falas não devem ser entendidas como entidades autônomas, mas sim como pontos pertencentes a um contexto mais abrangente. Elas não se constituem em simples informações isoladas, mas sim como atos de linguagem, parte de uma rede de conversações, afetando aqueles que os realizam perante si mesmos e aos outros. Dessa forma, o discurso do *Sinto Muito* deixa de ser pertencente a um universo isolado, para fazer parte de um contexto mais amplo: somos afetados à medida que estamos todos entrelaçados pela rede. Os discursos que circulam no *Sinto Muito* são um liame, atravessado por diversas possibilidades de percursos na ampla rede do social. (FARIA, 2007, p.14).

A noção de liame, usada por Faria para referir-se ao *Grupo Sinto Muito*, implica em um jogo de duplo sentido: liame pode referir-se ao cordame de uma embarcação a vela, mas também é um sinônimo de “*link*”, enquanto endereço eletrônico na internet. Creio que o primeiro sentido do termo pode ser uma imagem interessante para descrever o objeto que procurei investigar nessa tese: o liame da biossociabilidade, que entrelaça os diversos discursos e práticas que conformam, de forma dinâmica e flexível, os transtornos alimentares enquanto fenômenos sociais.

As histórias de vida apresentadas na primeira parte da tese, e analisadas no capítulo quatro, possibilitam mapear, a partir da experiência social dos transtornos alimentares, alguns dos principais nós que compõem este liame: discursos e práticas sociais sobre o que

constitui um indivíduo autônomo e independente, ancorado em um corpo cuja inteligibilidade depende dos ideais normativos de saúde, de gênero, de sexualidade, de classe, de etnicidade/raça; de seu desenvolvimento a partir de relacionamentos interpessoais, adequados ou não, com membros da família e de grupos de idade, parceiros e interesses afetivos ou sexuais; dos discursos e práticas relacionados à adequação e/ou à resistência a estas múltiplas e inseparáveis normatividades.

O mapa delineado a partir das histórias de vida abre a possibilidade de múltiplos percursos de investigação, com diversos pontos de partida e de chegada. No capítulo cinco, optei por fazer uma breve incursão por uma dessas trilhas, usando como bússola a questão do tratamento dos transtornos alimentares. E se essa incursão ilumina e dota de sentido as possibilidades traçadas pelo mapa, ela também assume uma dimensão mais ampla quando vista em relação a ele. O mapa não é o território, e uma rota percorrida não corresponde à experiência vivida, mas são ambos, em conjunto, que nos permitem conhecer o terreno.

Anexo I – Critérios Diagnósticos para Transtornos Alimentares

Quadro 1: Critérios diagnósticos para anorexia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10

DSM - IV	CID - 10
1. Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; por exemplo, perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou ter fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado. 2. Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior. 3. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de se auto-avaliar; negação da gravidade do baixo peso. 4. No que diz respeito especificamente às mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorréia primária ou secundária). Considera-se que uma mulher tem amenorréia se os seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo, estrógeno administrado. Tipo: - Restritivo: não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos, enemas). - Purgativo: existe episódio de comer compulsivamente e/ou purgação.	a) Há perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso, e peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado. b) A perda de peso é auto-induzida pela evitação de “alimentos que engordam”. c) Há uma distorção na imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica de um pavor de engordar. d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva). Comentários: Se o início é pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, as mamas não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia; os seguintes aspectos corroboram o diagnóstico, mas não são elementos essenciais: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos.

Fonte: CORDÁS (2004).

Quadro 2: Critérios diagnósticos para bulimia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10

DSM - IV

A. Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo – episódios bulímicos – tendo as seguintes características:

1. ingestão em pequeno intervalo de tempo (i.e., aproximadamente em duas horas) uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias; e

2. sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (i.e., a sensação da não conseguir parar de comer ou controlar o quê e quanto come).

B. Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.

C. Os episódios bulímicos e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses.

D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Tipos: - **Purgativo:** auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes e diuréticos, enemas.

- **Sem purgação:** sem práticas purgativas, prática de exercícios excessivos ou jejuns.

Fonte: CORDÁS (2004).

CID - 10

A. O paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses).

B. Preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão a comer.

C. O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos por meio de um ou mais do que segue: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, períodos de alternância de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos.

Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem negligenciar seu tratamento insulínico.

D. Há uma auto-percepção de estar muito gorda, com pavor intenso de engordar e com uso exercícios excessivos ou jejuns.

Quadro 3: Critérios diagnósticos para transtornos alimentares sem especificação segundo DSM – IV e CID – 10

DSM IV	CID 10
1. Preenche critérios para AN exceto amenorréia.	1. AN Atípica – um ou mais aspectos-chave da AN está ausente ou tem todos em grau + leve
2. Preenche critérios para AN com perda de peso, mas ainda dentro da faixa normal	2. BN Atípica – um ou mais aspectos-chave da BN pode estar ausente. Ex. Bulimia de peso normal - episódios de hiperfagia e purgação em indivíduos de peso normal ou excessivo
3. Preenche critérios para BN exceto pela frequência e cronicidade	3. Hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos (levando a obesidade)
4. Comportamento purgativo após ingestão de pequena quantidade de comida	4. Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos
5. Mastiga e cospe fora os alimentos	5. Pica em adultos, perda de apetite psicogênica
6. Transtorno de compulsão alimentar periódica	6. Transtornos alimentares não especificados

Fonte: CLAUDINO e BORGES (2002).

Anexo II – Cronologia da história de Bel, por ela mesma.

1980 – Nascimento em S. B. Campo, residência em S. André.

+ ou - 1982 - Mudança para S. B. Campo, onde morei até os 5, 6 anos. Infância “perfeita”. Competição com irmã. Fiz alguns meses de escolinha maternal e depois ingressei numa EMEI.

Fim de 1985, começo de 1986 – Organização da família para mudar-se para Altamira, no Pará. Venda da casa. Perda dos brinquedos, da vizinhança, da escola, da rotina em que vinha vivendo. Mudança para a casa dos tios em S. André (casa do irmão da mãe), onde morei nos fundos da casa com meus pais e minha irmã até a viagem a Altamira.

1986 – Viagem para Altamira. Morei temporariamente no hotel do meu avô paterno e depois me mudei para a casa de minha família que vinha sendo construída. Ingressei no SESI após as aulas já terem tido início. Dificuldades financeiras e emocionais em família.

1987 – Retorno de minha mãe, minha irmã e eu a SP. Moramos na casa de minha avó paterna por alguns meses, em S. André, onde comecei o ano letivo numa escola próxima. Minha mãe começou a trabalhar no comércio de um dos meus tios maternos. Briga entre minha mãe e minha avó paterna. Mudança para S. Caetano do Sul, para a casa de outro tio materno, onde moramos no quarto dos fundos. Ingresso numa escola em S. Caetano do Sul, onde fiz a 1ª, 2ª e 3ª séries. Retorno do pai – que estava ainda em Altamira – após um tempo, e sua procura por emprego.

+ ou - 1989 – Meus pais alugaram uma casa em S. Caetano do Sul e passamos a morar lá. Eu e minha irmã ainda passávamos boa parte do tempo na casa dos meus tios, uma vez que meus pais trabalhavam fora e achavam mais seguro que estivéssemos na companhia de um adulto.

1990 – Minha família se mudou para S. Bernardo do Campo após a casa onde morávamos ter sido assaltada. Já tínhamos uma condição financeira melhor. Ingressei num colégio particular onde cursei a 4ª, 5ª e 6ª séries. Na 6ª série tive meu primeiro amor, aquele que mais tarde morreu espancado por seguranças. Foi uma época em que passei da parceria com amigas nerds discriminadas (eu também era) ao grupo de bagunceiros respeitados.

1992 – Menarca.

1993 – Mudança para S. Caetano do Sul, para uma casa amplamente reformada pelos meus pais, com móveis comprados sob medida, numa época em que a situação financeira tinha realmente se tornado mais cômoda. Ingresso numa escola estadual em que estudei no primeiro semestre. Início do interesse por exercícios físicos e do corte de alguns alimentos. Mudança para uma escola particular no centro de São Caetano do Sul, na qual cursei o resto da 7ª e a 8ª séries.

1994 – Início da prática da capoeira e da preocupação acirrada com a forma física.

1995 – Ingresso numa outra escola no centro de São Caetano do Sul para cursar os três anos do colegial. Aumento do interesse pelos treinos de capoeira. Paixão pelo professor de capoeira.

1996 – Primeiro beijo. Procura por terapia, consulta com neurologista, falta de concentração e choro fácil - depressão.

1998 – Ingresso na faculdade. No segundo semestre, viagem para Boston, onde permaneci por dois meses. Depressão com ideação suicida.

1999 – Viagem para Porto Seguro em junho. Começo do namoro com o cara de Porto Seguro.

Segundo semestre de 2000 – Depressão com grande distorção da imagem corporal. Mesoterapia, spa por duas semanas. Primeiro contato com um psiquiatra no Pronto Socorro Psiquiátrico.

Outubro de 2000 – Início do tratamento psiquiátrico com o cara que me mandava tomar sopa à noite quando achasse ter comido muito no início do dia. Início dos sintomas bulímicos mais severos (laxantes e compulsões). Início da terapia psicanalítica de “apoio”.

Setembro de 2001 – Frequentava as reuniões dos Emocionais Anônimos. Já havia trocado várias vezes de medicação psiquiátrica. Participava do grupo de CCA virtual.

Fim de 2001 – Começo do namoro com Daniel.

2002 – 80 laxantes. Começo do tratamento no Ambulim e interrupção da terapia e do tratamento psiquiátrico anteriores.

Segundo semestre de 2002 – Fui encaminhada para internação psiquiátrica em razão da ideação suicida. Voltei para casa de meus pais e tranquei a matrícula da faculdade. Início do Hospital Dia, por três meses.

Outubro de 2002 – Fundação do grupo de apoio virtual.

Fim de 2003 – Site do grupo de apoio vai ao ar.

Mai de 2004 – III Encontro do grupo de apoio.

2004 – Rejeitada para cursar a especialização em TA's por ter tido a doença. No fim do ano, conclusão da curso de Psicologia.

2005 – Ingresso na especialização em TA's.

2006 – No fim do ano, conclusão da especialização em TA's. Início dos atendimentos na clínica interdisciplinar.

2007 – Fim do namoro com o Daniel. Início do namoro com o Davi em seguida.

2009 – Depressão com ideação suicida. Viagem à Bahia para evitar internação psiquiátrica. Saída da clínica onde vinha atendendo.

Anexo III - Proposta de pesquisa de campo em uma ONG de orientação feminista e narrativa para prevenção e tratamento de transtornos alimentares.

Memorandum – Research Proposal:

A brief ethnography of a non-profit community based agency: feminist and narrative approaches to eating difficulties

Daniela Ferreira Araújo Silva,

MA in Social Anthropology

PhD student in Social Sciences

IFCH - UNICAMP,

São Paulo, Brazil

The following research plan is part of my PhD research project, *“Histórias de vida com transtornos alimentares: gênero, corporalidade e a constituição de si”* (Life histories with eating disorders¹⁴¹: gender, embodiment and self-construction), developed under the supervision of Prof. Heloísa Pontes, under the Social Sciences Doctorate Program at IFCH (Institute of Philosophy and Human Sciences) - Unicamp (Campinas State University, São Paulo, Brazil), and funded by a PhD Research Grant by Fapesp - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

Eating disorders have been the focus of my research since the year 2000, when I wrote a research project to apply for the Master of Arts in Social Anthropology Program at Campinas State University. I was intrigued by the biomedical construction of EDs as psychiatric pathologies for several reasons. It seemed contradictory that the behaviors deemed as symptoms of these “pathologies” were almost the same ones prescribed by doctors in order to achieve proper and healthy body maintenance.

¹⁴¹ I’ve adopted “eating disorders”, “anorexia” and “bulimia” as the reference terms to eating difficulties because they are the terms commonly used by the subjects I’ve met to refer to their eating problems. It is important to note, nonetheless, that their use of the terms does not imply in full adherence to their biomedical and diagnostic meanings. In their appropriation of biomedical and diagnostic terms, the subjects displace the meanings based on professional and scientific authority, adding their own lived experience content to the words.

I also found the medical references about the social and cultural factors involved in these disorders very obscure: even though the accepted biomedical model for EDs acknowledges that there are multiple factors at play, the explanations about the social factors were usually limited to the influence of thinness as a beauty ideal, to which women would be more vulnerable. This kind of “explanation” sounded remarkably similar to the prejudiced common sense beliefs that eating disorders are futile, caused by vanity and affect mostly rich and spoiled girls. As a social scientist interested in gender studies, I could not accept this sort of explanation.

My Master’s research was based on a virtual ethnography of web sites, blogs and virtual discussion groups in Brazil, made by people who identified themselves either as “having an eating disorder” or as “pro-ana/mia”. Drawing from multiple theoretical references, ranging from feminist, gender studies and foucaultian scholars, embodiment theory and anthropological literature on the body and personhood, I found that the normative cultural patterns of personhood, body maintenance, discipline and gender were the same, both for “normal” and “pathologized” people. The difference was that EDs took the embodiment of these values to an extreme. This extreme display of embodiment of the social prescribed values could be seen as both reinforcement of the cultural norm and as a protest against the power they exert, denouncing its hazardous effects.

By the time I enrolled the PhD program in Social Sciences, the focus of my research shifted towards a biographical perspective. I’m working with life histories of four women who “had” or “have” an eating disorder. Through their personal stories it is possible to access in greater detail the social values at play, and how they are embodied or disembodied through an ED and recovery.

Another focus of my PhD research is the treatment of EDs. In Brazil there are just a few places that offer specialized treatment, usually in University Hospitals. There’s only one that provides inpatient treatment, with the capacity of 10 beds. These services can only absorb a small fraction of the national demand for treatment.

In the beginning of 2006 I joined a team of professionals who designed, implanted and now run the Eating Disorders Outpatient Unit at Campinas State University Hospital. The team is composed by two psychiatrists, four psychologists, two endocrinologists and

one anthropologist (myself), all of them working in a voluntary basis. A nutritionist used to be part of the team, but left for a paying job, and we are still looking for someone to fill in the position.

Through my work in the outpatient unit, I became increasingly interested in researching alternate models for the treatment of EDs. I came across Helen Gremillion's "Feeding Anorexia", which was able to express with extraordinary clarity my concerns about the mainstream treatment models. I presented Helen's book to the treatment team, and although my colleagues understood and agreed with her ideas, they also pointed out that they had no knowledge of alternative treatment models that took these kind of criticism into account.

In her book, Helen Gremillion argued that mainstream treatment models to eating disorders, albeit unwillingly and inadvertently, contributed to the maintenance of the disorders rather to their "cure". According to her, this was due to the fact that the practices developed on these settings shared and reinforced the same cultural norms and values that enable the existence of eating disorders.

On the epilogue to "Feeding Anorexia", Helen Gremillion presents narrative therapy, as envisioned by David Epston and Michael White, as an alternative approach to the treatment of eating disorders, arguing that it provides specifics suggestions for dealing with some of the problems addressed in the book regarding conventional treatment models. I was intrigued by the possibilities of this kind of approach, but the research possibilities on the field seemed to be null since narrative therapy is something virtually unknown in Brazil.

Not very long after I'd finished reading "Feeding Anorexia", I heard that David Epston was coming to Brazil for a workshop on narrative practices. I attended the workshop, and had the good fortune of being introduced to him. We've been corresponding since then.

After the workshop, I began my training as a family and community therapist. Thanks to the correspondence and friendship to David Epston, I decided to spend six months in New Zealand doing research, to learn more about alternative treatments for eating disorders, particularly those aligned with the principles of narrative practices. Since

my PhD in Social Sciences is tied to the Gender Studies Area and to PAGU (Gender Studies Centre of Campinas State University), David Epston advised me to get in touch with the agency Coordinator.

The *Agency*¹⁴², as a non-profit community agency whose purpose is to promote body trust and satisfaction, size acceptance and diversity on an individual and societal level, is the perfect site to investigate how is it possible to take action, in a multi-focal micro political level, in order to resist, undermine and subvert these culturally-based relations of power that produce subjects vulnerable to eating problems.

Research Plan

The purpose of my research at the agency is to learn as much as possible about the several practices developed by the agency, especially regarding those described as “individual services” and “health promotion services”. The research procedures I propose include participant observation of the agency’s routine and individual and group conversations with members of the staff. The period of time during which I will be observing at the agency is between May 2009 and October 2009. The visits to the agency and attendance at its activities will be negotiated with staff members ahead of time.

The primary focus of the observation is the agency and its practices. This means that even though some of these activities may include clients or information about clients, their role within the research shall be limited to providing the proper context to the agency’s practices.

Participant observation is a long known research technique employed by ethnographers and anthropologists. It consists on the researcher taking part and observing as much of the daily activities taking place on the research site as possible, in order to learn the local culture through “immersion”. This shall be the approach adopted in relation to the following activities:

a) Health Promotion Services:

- Educating Health Professionals: Watch the activities with health professionals.

¹⁴² The name of the agency is omitted due to anonymity agreement.

- Community Events.
- Peer education program at schools.

b) Individual services

- Support Groups: Join one of the support groups. This would require, of course, the informed consent of all the group members, as well as a confidentiality agreement.
- Resource centre: Read and watch the resources available at the resource centre.
- Support worker: It would be very interesting to follow someone from her/his first contact with the agency until she/he becomes a client, under informed consent and confidentiality agreement.
- As agreed, since it's not possible for me to watch therapy sessions, I'd like to interview each member of the counseling staff. These interviews would be in fact conversations about their practices, without pre-established questions, under informed consent and confidentiality agreement.

c) Staff meetings, governance board meetings, peer supervision.

- d) Under the agency approval, the researcher will go through the transcripts obtained as part of the counseling service evaluation. This will take place on the agency premises only.

Confidentiality, anonymity and informed consent

All the research records (including notes, original recordings and their transcription) will remain confidential and under the researcher's responsibility. The agency may ask for a copy of these records for their files.

All the references to people and places will be anonymised, and informed consent from all the participants in the research must be obtained.

All written material that the agency might choose to make available to the research will only be cited under permission.

The researcher shall also provide the agency with a research report after the conclusion of the study, as well as a copy of any texts resulting from the study. Given the fact that most of these texts will be written in Portuguese, it won't be possible to submit all of them to the agency's approval. At some point following the conclusion of the thesis the researcher will provide the agency with an English translation of all the thesis chapters that include the agency.

If the researcher's presence or the research procedures become detrimental or harmful to the agency, its staff or its clients at any given time, the research shall be immediately discontinued.

We hereby state that we've read, understood and agreed with the research project above.

Undersigned,

_____ Date ____/____/____

Agency Coordinator

_____ Date ____/____/____

Daniela Ferreira Araújo Silva, researcher.

Anexo IV - Termo de Consentimento Informado para participantes da pesquisa junto a Agência

Informed Consent Form

RESEARCH PROJECT: A brief ethnography of a non-profit community based agency: feminist and narrative approaches to eating difficulties

TO _____

[Full Name of Volunteer]

My name is Daniela Ferreira Araújo Silva. I am a PhD student in the Department of Social Sciences – IFCH, at the Campinas State University, Campinas, São Paulo, Brazil.

I have asked you to agree to be a volunteer in some research I plan to conduct. Before I can accept your consent, I want to make known to you the following information pertaining to the project.

1. Explanation of the Purpose. The purpose of this research at this community based agency is to learn as much as possible about the several practices developed by the agency, especially regarding those described as “individual services” and “health promotion services”. The primary focus of the observation is the agency and its practices. This means that even though some of these activities may include clients or information about clients, their role on the research shall be limited to give the proper context to the agency’s practices. In other words, if you are a client, rest assured that you, your words and actions are not the subject of inquiry here: it is the agency, including its workers and practices that are being observed.

2. Explanation of the Procedures: The research procedures include the researcher’s participant observation in the agency’s routine and individual and group conversations with members of the staff. Participant observation is a long known research technique employed by ethnographers and anthropologists. It consists on the researcher taking part and observing as much of the daily activities taking place on the research site as possible, in order to learn the local culture through “immersion”. The researcher shall also conduct open-ended non-directive interviews with every member of the staff. These interviews shall be in fact conversations about their practices, without pre-established questions, under informed consent and confidentiality agreement.

3. Expected Risks or Benefits: There are no expected risks or benefits to be expected from the participation in this research.

4. Confidentiality: No one except the researcher shall have access to the research records. All recorded information will be anonymised. The participants on the research will be provided with a copy of all records concerning his/her participation, under request. The confidentiality of the records will be maintained unless the law requires disclosure. Confidentiality of records will be maintained by the researcher in her personal files.

5. Questions you might have: I hereby offer to answer any questions you might wish to ask concerning your participation in this research at this time. Furthermore, I may be reached during the hours of 10:00 AM until 8:00 PM at 027-777-6235 or by e-mail @dcaterpillar@yahoo.com.

6. Freedom to Withdraw Consent: If you consent to be a volunteer in this research project, you are nonetheless free to withdraw your consent and discontinue participation at any time without prejudice to you. You should also understand that the investigator has the right to withdraw you from the research project at any time. The freedom to withdraw consent is also a right of the agency. In case the study or the researcher's presence becomes detrimental to the agency or the clients in any way, the research can be interrupted at any time.

7. Compensation: This research project offers no compensation for the volunteer participants.

8. Additional Costs: The participation on this research will not include any costs to the volunteer participants.

9. Significant New Findings: If any significant new findings are developed during the course of this research which may relate to the volunteer's willingness to continue participation, such new findings will be provided to the volunteer.

10. Future Data Use: Occasionally, the same or another researcher will request the permission to review or use previously gathered data from a completed research project for a different project. If confidentiality of the data is protected and if a human subject's protection committee has approved the study, would you be willing to give your permission to the release of your data collected from your participation in the current study without prior notification?

() Yes, I give my permission for the future use of data obtained in this study contingent on the preceding conditions. _____ (initials)

() No, I do not give my permission for the future use of data from this study. _____ (initials)

Anexo V – Critérios diagnósticos para Transtorno de personalidade anti-social

DSM - IV	CID - 10
A. Um padrão pervasivo de desrespeito e violação aos direitos dos outros, que ocorre desde a adolescência, como indicado por pelo menos três dos seguintes critérios: 1. Fracasso em conformar-se às normas sociais com relação a comportamentos legais, indicado pela execução repetida de atos que constituem motivo de detenção; 2. Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro; 3. Irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas; 4. Desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia; 5. Irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou honrar obrigações financeiras; 6. Ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado outra pessoa; 7. Tendência para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer; B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade. C. Existem evidências de Transtorno de Conduta com início antes dos 15 anos de idade. D. A ocorrência do comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou Episódio Maníaco.	A. Os critérios gerais para transtorno de personalidade (F60) devem ser satisfeitos. B. Pelo menos três dos seguintes devem estar presentes: 1. indiferença insensível pelos sentimentos alheios; 2. atitude flagrante e persistente de irresponsabilidade e desrespeito por normas, regras e obrigações sociais; 3. incapacidade de manter relacionamentos persistentes, embora não haja dificuldade em estabelecê-los; 4. muito baixa tolerância à frustração e um baixo limiar para descarga de agressão, incluindo violência; 5. incapacidade de experimentar culpa e de aprender com experiências adversas, particularmente punição; 6. propensão marcante para culpar os outros ou para oferecer racionalizações plausíveis para o comportamento que trouxe o indivíduo a conflito com a sociedade. Comentários: Irritabilidade persistente e presença de transtorno de conduta durante a infância e adolescência completam o quadro clínico, mas não são exigidos para diagnóstico. Sugere-se que subcritérios devam ser desenvolvidos para definir padrões de comportamento específicos para contextos culturais diferentes no que concerne a normas, regras e obrigações sociais onde forem necessários (tais como exemplos de irresponsabilidade e de desrespeito a normas sociais).

BIBLIOGRAFIA

ALEGRIA, Margarita et al. 2007. "Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Latinos in the United States". *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. S15–S21.

ALVARENGA, Marle e LARINO, Maria Aparecida. 2002. "Terapia Nutricional da anorexia e bulimia nervosas". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, Suplemento III, pp. 39-43.

ALVES, Emilaure et al. 2008. "Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, Março de 2008. Disponível em

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 18 Jan. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300004.

AUSTIN, S. B. 1999. "Fat, loathing and public health: The complicity of science in a culture of disordered eating". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23, pp. 245-268.

BACCHETTA, Paola. 2008. "Co-formations/Co-productions: Notes on Power, Subaltern Subjects, Social Movements and Resistance". Texto apresentado no Seminário Internacional Fazendo Gênero 8, em 29 de agosto de 2008, na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

BATESON, Gregory et al. 1956. "Toward a Theory of Schizophrenia". *Behavioral Science*, 1 (4), pp. 251-290.

BECKER, Anne E. 1995. Body, Self and Society: the view from Fiji. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

_____. 2004. "Television, disordered eating and young women in Fiji: negotiating body image and Identity during rapid social change". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, pp. 533-559.

_____. 2007. "Culture and Eating Disorders Classification". *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. S111–S116.

BECKER, Anne E. et al. 2002. "Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls". *British Journal of Psychiatry*, 180, pp. 509-514.

BECKER, Anne E. et al. 2003. "Ethnicity and differential access to care for eating disorder symptoms". *International Journal of Eating Disorders*, 33, pp. 205-212.

BECKER, Anne E. et alli. 2007. "Facets of Acculturation and Their Diverse Relations to Body Shape Concern in Fiji". *International Journal of Eating Disorders*; 40, pp. 42-50.

BECKER, Howard S. 1986. "Biographie et Mosaïque Scientifique". *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 62/63, Junho, pp. 03-29.

BERG, Frances M. 1999. "Health Risks Associated With Weight Loss and Obesity Treatment Programs". *Journal of Social Issues*, vol. 55, n. 2, pp. 227-297.

BERNARDI, Fabiana; CICHELEIRO, Cristiane e VITOLO, Márcia Regina. 2005. "Comportamento de restrição alimentar e obesidade". *Revista de Nutrição*, Campinas, 18(1), jan./fev., pp. 85-93.

BOJORQUEZ, Ietza e UNIKEL, Claudia. 2004. "Presence of Disordered Eating among Mexican Teenage Women from a Semi-Urban Area: Its Relation to the Cultural Hypothesis". *European Eating Disorders Review*, 12, pp. 197-202.

BORDO, Susan. 1990. "Reading the Slender Body". In JACOBUS, Mary; KELLER, Evelyn Fox e SHUTTLEWORTH, Sally (eds.), Body/Politics: Women and the Discourse of Science, Nova York / Londres: Routledge, pp.83-112.

_____. 1992. "The Body and the Reproduction of Femininity: A feminist Appropriation of Foucault". In JAGGAR, Alison M. e BORDO, Susan R., Gender/ Body/ Knowledge: Feminist Reconstructions of Being and Knowing. Nova Brunswick / Nova Jersey: Rutgers University Press, pp.13-33.

_____. 1995. Unbearable Weight: feminism, western culture and the body. Berkeley / Los Angeles / Londres: University of California Press.

_____. 2009. “Not just ‘a white girl’s thing’: the changing face of food and body image problems”. In MALSON, Helen e BURNS, Maree (eds.). Critical Feminist Approaches to Eating Dis/Orders. Londres / Nova York: Routledge.

BOURDIEU, Pierre. 1997. “A Ilusão Biográfica”. In BOURDIEU, P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. 1ª. reimpressão. Campinas: Papirus, pp. 74-82.

BRAZ, Camilo Albuquerque de. 2007. “Macho versus Macho: um olhar antropológico sobre homens com práticas homoeróticas em São Paulo”. *Cadernos Pagu*, 28, janeiro-junho de 2007, pp. 175-206.

BROWN, Catrina e JASPER, Karin (eds.). 1993. Consuming passions: Feminist Approaches to weight preoccupation and eating disorders. Toronto: Second Story Press.

BRUNER, Edward M. 1986a. “Experience and Its Expressions”. In TURNER, Victor W. e BRUNER, Edward M. The Anthropology of Experience. Urbana / Chicago: University of Illinois Press, pp. 3-30.

_____. 1986b. “Ethnography as Narrative”. In TURNER, Victor W. e BRUNER, Edward M. The Anthropology of Experience. Urbana / Chicago: University of Illinois Press, pp. 139-155.

BUCARETCHI, Henriette Abramides (org.). 2003. Anorexia e Bulimia Nervosa: Uma Visão Multidisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BURNS, Maree. 2009. “Bodies as (im)material? Bulimia and body image discourse”. In MALSON, Helen e BURNS, Maree (eds.). Critical Feminist Approaches to Eating Dis/Orders. Londres / Nova York: Routledge.

_____. 2004. “Eating like an ox: femininity and dualistic constructions of bulimia and anorexia”. *Feminism and Psychology*, 4(2), pp. 269-295.

BURNS, Maree e GAVEY, Nicola. 2004. “‘Healthy Weight’ at What Cost? ‘Bulimia’ and a Discourse of Weight Control”. *Journal of Health Psychology*, 9(4), pp. 549- 565.

BUSSE, Salvador de Rosis (org.). 2004. Anorexia, Bulimia e Obesidade. Barueri – SP: Manole.

BUTLER, Judith. 1990. Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity. Nova York: Routledge.

_____. 2003. Bodies That Matter: On the Discursive Limits of Sex. Nova York: Routledge.

_____. 2004. Undoing Gender. Nova York / Londres: Routledge.

CABRAL, João de Pina. 2003. Semelhança e verossimilhança: horizontes da narrativa etnográfica. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, Abril, pp. 109-122.

_____. 2005. “O limiar dos afectos: algumas considerações sobre nomeação e a constituição social de pessoas”. Disponível em: <http://www.ceao.ufba.br/fabrica/txts/cabral/limiar.doc> .

_____. 2007. “A pessoa e o dilema brasileiro: uma perspectiva anticesurista”. *Novos estudos - CEBRAP*, São Paulo, n. 78, Julho, pp. 95-111.

CARR, C. Lynn. 2008. “Tomboy Resistance and Conformity: Agency in Social Psychological Gender Theory”. *Gender and Society*, vol. 12, n. 5 (Out., 1998), pp. 528-553.

CASKEY, Noelle. 1986. “Interpreting Anorexia Nervosa”. In SULEIMAN, Susan R. (ed.); The Female Body in western Culture: contemporary perspectives. Cambridge / Londres: Harvard University Press, pp.175-189.

CELIKEL, Feryal Cam et al. 2008. “Psychological correlates of eating attitudes in Turkish female college students”. *Comprehensive Psychiatry*, 49, pp. 188-194.

CENCI, Monalisa; PERES, Karen Glazer; VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. 2009. “Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias”. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 36, n. 3. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000300001&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 18 Janeiro 2011. doi: 10.1590/S0101-60832009000300001.

CHERNIN, Kim. 1994a. The Obsession: Reflections on the Tyranny of Slenderness. Nova York: Harper Perennial.

_____. 1994b. The Hungry Self: Women, Eating and Identity, Nova York: Harper Perennial.

CHUI, Wanda et al. 2007. "A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa". *Eating Behaviors*, 8, pp. 485-491.

CLAUDINO, Angélica de Medeiros e BORGES, Maria Beatriz Ferrari. 2002. "Critérios Diagnósticos para transtornos alimentares: conceitos em evolução". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl. III), pp. 7-12.

CORDÁS, Táki Athanássios. 2004. "Transtornos Alimentares: Classificação e Diagnóstico". *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), pp. 154-157.

CORDÁS, Táki Athanássios et al. 1998. Anorexia e Bulimia; O que são? Como ajudar?. Porto Alegre: ARTMED.

CRAPANZANO, Vincent. 1984. "Life-Histories". *American Anthropologist*, n.86, pp. 953-965.

_____. 1988. Tuhami: Portrait of a Moroccan. Chicago: University of Chicago Press.

CRENSHAW, Kimberlé. 2002. "Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero". *Revista de Estudos Feministas*, v. 10, n.1. Florianópolis: CFH / CCE / UFSC, pp. 171-188.

CSORDAS, Thomas J. 1994. "Introduction: the body as representation and being in the world". In Embodiment and Experience: The existential ground of culture and self. Nova York: Cambridge University Press, pp.1-24.

DAY, Katy e KEYS, Tammy. 2009. "Anorexia/Bulimia as resistance and conformity in pro-Ana and pro-Mia virtual conversations". In MALSON, Helen e BURNS, Maree (eds). Critical Feminist Approaches to Eating Dis/Orders. Londres / Nova York: Routledge, pp. 87-96.

DAS, Veena. 2000. "The Act of Witnessing: Violence, Poisonous Knowledge, and Subjectivity". In DAS, Veena; KLEINMAN, Arthur; RAMPHELE, Mamphela e REYNOLDS, Pamela (eds.). Violence and Subjectivity. Berkeley / Los Angeles / Londres: University of California Press, pp. 205-225.

DUCHESNE, Mônica e ALMEIDA, Paola Esposito de Moraes. 2002. “Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl. III), pp. 49-53.

ECKERMAN, Liz. 2009. “Theorizing self-starvation: Beyond risk, governmentality and the normalizing gaze”. In MALSON, Helen e BURNS, Maree (eds.). Critical Feminist Approaches to Eating Dis/Orders. Londres / Nova York: Routledge, pp. 9-21.

_____. 1997. “Foucault, embodiment and gendered subjectivities: the case of voluntary self-starvation”. In PETERSEN, A. e BUNTON, R. (eds.) Foucault, Health and Medicine. Londres: Routledge.

EPSTON, David e MAISEL, Rick. 2009. “Anti-anorexia/bulimia: a polemics of life and death”. In MALSON, Helen e BURNS, Maree (eds.). Critical Feminist Approaches to Eating Dis/Orders. Londres / Nova York: Routledge, pp.209-220.

ERNSBERGER, P., e KOLETSKY, R. J. 1999. “Biomedical rationale for a wellness approach to obesity: an alternative to a focus on weight loss”. *Journal of Social Issues*, 55, pp. 221-260.

FACURI, C. O. et al. 2008. Anorexia Grave em Trabalhadora Rural: Relato de Caso. Pôster apresentado no XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Brasília, DF.

FALLON, Patricia, KATZMAN, Melanie A. e WOOLEY, Susan C. (eds.). 1994. Feminist Perspectives on Eating Disorders. Nova York / Londres: The Guilford Press.

FARIA, Carla Soares. 2007. “A Carne é Fraca mas o Discurso é Forte: Construção de Sentidos Sobre o Corpo em uma Lista de Discussão sobre Transtornos Alimentares”. Artigo apresentado no GT de Práticas Sociais da Comunicação, no XII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste - INTERCOM SUDESTE, realizado em Juiz de Fora – MG, em maio de 2007.

FEATHERSTONE, Mike & TURNER, Bryan S. 1995. “Body and Society: An Introduction”. *Body and Society*, Londres / Thousand Oaks / Nova Delhi: SAGE Publications, v.1, n.1, Março, pp.1-12.

- FEATHERSTONE, Mike. 1991. "The Body in Consumer Culture". In FEATHERSTONE, Mike, HEPWORTH, Mike e TURNER, Bryan S. (eds.). The Body: Social Process and Cultural Theory. Londres / Newbury Park / Nova Delhi: SAGE, pp.170-196.
- FLEGAL, K. M., GRAUBARD, B. I., WILLIAMSON, D. F., e GAIL, M. H. 2007. "Cause-Specific Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity". *The Journal of the American Medical Association*. 298(17), pp. 2028-2037.
- FOUCAULT, Michel. 1999. Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão. Petrópolis: Vozes.
- _____. 1985. História da Sexualidade 3: O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal.
- FRANKO, Debra L. 2007. "Race, Ethnicity and Eating Disorders: Considerations for DSM-V". *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. S31-S34.
- FUSSEL, Samuel Wilson. 2003. Muscle: Confessions of an Unlikely Bodybuilder. Nova York: Perennial – HarperCollins Publishers (Poseidon Press).
- GEERTZ, Clifford. 1974. "'From the Native's Point of View': On the Nature of Anthropological Understanding". *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, v. 28, n. 1 (Outubro), pp. 26-45. American Academy of Arts & Sciences.
- GOFFMAN, Erving. 1988. Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- GREMILLION, Helen. 2003. Feeding Anorexia: Gender and Power at a Treatment Center. Durham / Londres: Duke University Press.
- _____. 2009. "Complexities of power and meaning: reflections on Part IV and V". In MALSON, Helen e BURNS, Maree (eds). Critical Feminist Approaches to Eating Dis/Orders. Londres / Nova York: Routledge.
- HANNERZ, Ulf. 2003. "Being there... and there... and there!: Reflections on Multi-Site Ethnography". *Ethnography*, 4, Junho, pp. 201 - 216.
- HEPWORTH, Julie. 1999. The social construction of anorexia nervosa. Londres: Sage.
- HERSCOVICI, Cecile R. e BAY, Louise. 1997. Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas.

- HESSE-BIBER, Sharlene. 1997. Am I Thin Enough Yet? The cult of Thinness and the Commercialization of Identity, Nova York / Oxford: Oxford University Press.
- HORNBACHER, Marya. 1998. Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia. Nova York: Harper and Collins.
- HOEK, Hans W. et al. 2005. "The Incidence of Anorexia Nervosa on Curaçao". *American Journal of Psychiatry*, 162, 4, Abril, pp. 748-752.
- HSU, L. K. G. 1997. "Can dieting cause an eating disorder?". *Psychological Medicine*, 27, pp. 509-513.
- HUMPHRY, Tamara e RICCIARDELLI, Lina A. 2003. "The Development of Eating Pathology in Chinese-Australian Women: Acculturation Versus Culture Clash". *International Journal of Eating Disorders*, 35, pp. 579-588.
- JACKSON, Todd e CHEN, Hong. 2007. "Identifying the eating disorder symptomatic in China: The role of sociocultural factors and culturally defined appearance concerns". *Journal of Psychosomatic Research*, 62, pp. 241-249.
- KATZMAN, Melanie A. et al. 2004. "Not your 'typical island woman': anorexia nervosa is reported only in subcultures in Curaçao". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, pp. 463-492.
- KAYANO, Mami et al. 2008. "Eating attitudes and body dissatisfaction in adolescents: Cross-cultural study". *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, pp. 17-25.
- KEEL, Pamela K. e KLUMP, Kelly L. 2003. "Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes? Implications for Conceptualizing Their Etiology". *Psychological Bulletin*, v. 129, n. 5, pp. 747-769.
- KEMPADOO, Kamala. 2004. Sexing the Caribbean: Gender, Race and Sexual Labor. Nova York / Londres: Routledge.
- KIANG, Lisa e HARTER, Susan. 2006. "Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology". *Eating Behaviors*, 7, pp. 134-151.

- KLEINMAN, Arthur. 1995. Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine. Berkeley / Los Angeles / Londres: University of California Press.
- KOFES, Suely. 2001. Uma Trajetória, Em Narrativas. Campinas, SP: Mercado de Letras.
- _____. 2004. “ ‘Os papéis de Aspern’: anotações para um debate”. In KOFES, Suely (org.), *Cadernos do IFCH – História de vida: biografias e trajetórias*, n. 31. Campinas, SP: UNICAMP, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, pp. 5-16.
- KRISTEVA, Julia. 1982. The Powers of Horror: An Essay on Abjection. Nova York: Columbia University Press.
- LAI, Kelly Y. C. 2000. “Anorexia nervosa in Chinese adolescents – does culture make a difference?”. *Journal of Adolescence*, 23, pp. 561-568.
- LATZER, Yael et al. 2007. “Disordered Eating Related Behaviors among Arab Schoolgirls in Israel: An Epidemiological Study”. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 3, pp. 263-270.
- LAWRENCE, Marilyn. 1984. The Anorexic Experience. Londres: Women’s Press.
- LEE, Sing. 1996. “Reconsidering the status of anorexia nervosa as a western cultural-bound syndrome”. *Social Science and Medicine*, v. 42, n. 1, pp. 21-34.
- LEE, Sing e LEE Antoinette M. 2000. “Disordered Eating in Three Communities of China: A comparative Study of Female High School Students in Hong Kong, Shenzhen, and rural Hunan”. *International Journal of Eating Disorders*, 27, pp. 317-327.
- LE GRANGE, Daniel et al. 2004. “The meaning of ‘self-starvation’ in impoverished black adolescents in South Africa”. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, pp. 439-461.
- LESTER, Rebecca J. 2007. “Critical Therapeutics: Cultural Politics and Clinical Reality in Two Eating Disorder Treatment Centers”. *Medical Anthropology Quarterly*. Washington: Dezembro, v. 21, n. 4; pp. 369-387.
- LILENFELD, Lisa Rachelle Riso et al. 2008 “A Prospective Study of Obsessive-Compulsive and Borderline Personality Traits and Disordered Eating”. *European Eating Disorders Review*, 16, pp. 124 -132.

LLUCH, A. et al. 2000. "Dietary intakes, eating style and overweight in the Stanislas Family Study". *International Journal of Obesity*, 24, pp. 1493-1499.

MACSWEEN, Morag. 1993. Anorexic bodies: a Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa. Londres / Nova York: Routledge.

MAISEL, Richard, EPSTON, David e BORDEN, Ali. 2004. Biting the Hand that Starves You: Inspiring Resistance to Anorexia/Bulimia. Nova York / Londres: W.W. Norton & Company.

MALSON, Helen. 1998. The Thin woman: Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa. Nova York / Londres: Routledge.

_____. 2009. "Appearing to disappear: Postmodern femininities and self-starved subjectivities". In MALSON, Helen e BURNS, Maree (eds). Critical Feminist Approaches to Eating Dis/Orders. Londres / Nova York: Routledge, pp.135-145.

MARTIN, Emily. 1992. "The end of the body?". *American Ethnologist – The Journal of American Ethnological Society*, v. 19, nº. 1, Fevereiro, pp.121-140.

MARCUS, Marsha D. et al. 2007. "Prevalence and Selected Correlates of Eating Disorder Symptoms Among a Multiethnic Community Sample of Midlife Women". *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), pp. 269-277.

MAURO, Marisa et al. 2009. "Grupo de Terapia Cognitivo Comportamental em Ambulatório de Transtornos Alimentares: a experiência da Unicamp". Pôster apresentado no III Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade, (11/06/2009 a 13/06/2009), São Paulo, SP, Brasil.

MAUSS, Marcel. 1974. "As Técnicas Corporais". In Sociologia e Antropologia, v.2, São Paulo: EPU/ EDUSP.

MISKOLCI, Richard. 2006. "Corpos elétricos: do assujeitamento à estética da existência". *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, 14(3), setembro-dezembro, pp. 681-693.

MOYA, Tatiana et al. 2007a. "Extreme thinness in models mobilizes eating disorders' researchers and specialists". (Editorial). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), pp. 1-2.

- MOYA, Tatiana et al. 2007b. “Acerca do documento da Comissão Técnica da ABP intitulado ‘Diretrizes para a Indústria da Moda’”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), p. 295.
- NASSER, Mervat. 1997. Culture and Weight Consciousness. Londres / Nova York: Routledge.
- NASSER, Mervat; KATZMAN, Melanie A. e GORDON, Richard (eds.). 2001. Eating Disorders and Cultures in Transition. Nova York: Brunner-Routledge.
- NASSER, Mervat e MALSON, Helen. 2009. “Beyond western dis/orders: Thinness and self-starvation on other-ed women”. In MALSON, Helen e BURNS, Maree (eds). Critical Feminist Approaches to Eating Dis/Orders. Londres / Nova York: Routledge, pp. 74-86.
- NICDAO, Ethel et al. 2007. “Prevalence and Correlates of Eating Disorders among Asian Americans: Results from the National Latino and Asian American Study”. *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. S22-S26.
- ORBACH, Susie. 1979. Fat is a Feminist Issue. Nova York: Berkeley Books.
- _____. 1986. Hunger Strike: The Anorectic’s Struggle as a Metaphor for Our Age. Nova York / Londres: W. W. Norton & Company.
- ORTEGA, Francisco. 2003. “Práticas de ascese corporal e a constituição de bioidentidades”. *cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 11, v.1, pp. 59-77.
- _____. 2005. “Da ascese à bio-ascese, ou do corpo submetido à submissão do corpo”. In RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda e VEIGA-NETO, Alfredo (orgs.). Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzchianas. Rio de Janeiro: DP&A, 2ª. ed., pp.139 – 173.
- PAECHTER, Carrie e CLARK, Sheryl. 2007. “Who are the tomboys and how we recognize them?”. *Women’s Studies International Forum*, 30, pp. 342-354.
- PATTON, G.C., SELZER, R., COFFEY, C., CARLIN, J.B., WOLFE, R. 1999. “Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over three years”. *British Medical Journal*, v. 318, pp. 765-768.

- PEREIRA, Raquel Franzini e ALVARENGA, Marle. 2007. "Disordered Eating: Identifying, Treating, Preventing, and Differentiating It From Eating Disorders". *Diabetes Spectrum*, v. 20, n. 3, pp. 141-148.
- PIKE, Kathleen M. e MIZUSHIMA, Hiroko. 2005. "The Clinical Presentation of Japanese Women with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Study of the Eating Disorders Inventory-2". *International Journal of Eating Disorders*, 37, pp. 26-31.
- PINHEIRO, Andrea Poyastro et al. 2008. "An Empirical Study of the Typology of Bulimic Symptoms in Young Portuguese Women". *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), pp. 251-258.
- PINZON, Vanessa e NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. 2004. "Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares". *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), pp.158-160.
- PISCITELLI, Adriana. 1993. "'Sexo tropical': Comentários sobre gênero e 'raça' em alguns textos da mídia brasileira". *Cadernos Pagu* (6/7), Campinas. (Edição eletrônica-2006).
- PONTES, Heloísa. 2004. "A burla do gênero: Cacilda Becker, a Mary Stuart de Pirassununga". *Tempo Social*, v.16, n.1, São Paulo: USP, pp. 231-262.
- PROBYN, Esther. 1987. "The Anorexic Body". In KROKER, A. e KROKER, M. (eds.) Body Invaders: Panic Sex in America. Nova York: St. Martin Press.
- RABINOW, Paul. 1999. "Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade". In Antropologia da Razão. Rio de Janeiro: Relume Dumará, pp. 135-157.
- RAPIZO, Rosana. 2002. Terapia Sistêmica de Família: da instrução à construção. Rio de Janeiro: Instituto Noos de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais.
- RICCIARDELLI, Lina A. et al. 2007. "The role of ethnicity and culture in body image and disordered eating among males". *Clinical Psychology Review*, 27, pp. 582-606.
- RICH, Shannon S. e THOMAS, Christina R. 2008. "Body Mass Index, Disordered Eating Behavior, and Acquisition of Health Information: Examining Ethnicity and Weight-Related

Issues in a College Population”. *Journal of American College Health*, v. 56, n. 6, pp. 623-628.

RIEGER, Elizabeth et al. 2001. “Cross-Cultural Research on Anorexia Nervosa: Assumptions Regarding the Role of Body Weight”. *International Journal of Eating Disorders*, 29, pp. 205-215.

RILEY, S., BURNS, M., FRITH, H., WIGGINS, S. e MARKULA, P. 2008. Critical Bodies: Representations, Identities and Practices of Weight and Body Management. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

ROBINSON, Kerry e DAVIES, Cristyn. 2010. “Tomboys and sissy girls: Exploring girls' power, agency and female relationships in childhood through the memories of women”. *Early Childhood Australia*. Disponível em:

http://www.earlychildhoodaustralia.org.au/australian_journal_of_early_childhood/ajec_index_abstracts/tomboys_and_sissy_girls.html

RUBIN, Gayle. 1975. “The Traffic in Women: notes on a ‘political economy’ of sex”. In REITER, Raina. Toward an Anthropology of Women. Nova York: Monthly Review Press, pp. 157 – 210.

_____. 1993. “Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality”. In ABELOVE, Henry; BARALE, Michèle Aina e HALPERIN, David M. The Lesbian and Gay Studies Reader. Nova York / Londres: Routledge, pp. 3 – 44.

SAID, Edward W. 1990. Orientalismo: O Oriente como Invenção do Ocidente. São Paulo: Companhia das Letras.

SÁNCHEZ-JOHNSON, Lisa A. P. et al. 2007. “Correlates of problematic eating behaviors in less acculturated Latinas”. *Eating Behaviors*, v. 9, n.2, pp. 181-189.

SANT’ANNA, Denise Bernuzzi de. 1995. “Cuidados de Si e Embelezamento Feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil”. In SANT’ANNA, Denise Bernuzzi de (org.). Políticas do Corpo. São Paulo: Estação Liberdade, pp. 121-139.

_____. 2001. Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade.

_____. 2005. “Transformações do corpo: controle de si e uso dos prazeres”. In RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda e VEIGA-NETO, Alfredo (orgs.). Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzchianas. Rio de Janeiro: DP&A, 2ª. ed., pp. 99-110.

SAUKKO, Paula. 2009 “A critical discussion of normativity in discourses on eating disorders”. In MALSON, Helen e BURNS, Maree (eds). Critical Feminist Approaches to Eating Dis/Orders. Londres / Nova York: Routledge.

SCOTT, Joan. 1999. “Experiência”. In LEITE DA SILVA, Alcione (org.) Falas de Gênero. Florianópolis: Ed. Mulheres.

SHOWALTER, Elaine. 1987. The Female Malady: Women, Madness and English culture, 1830-1980, Nova York: Penguin Books.

SILVA, Daniela Ferreira Araújo. 2004a. Do outro lado do espelho: anorexia e bulimia para além da imagem – uma etnografia virtual. Dissertação de Mestrado. Orientadora: Heloísa Pontes. Campinas: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

_____. 2004b. “Wasted: uma memória de anorexia e bulimia de Marya Hornbacher: uma reflexão antropológica”. In KOFES, Suely (org.), *Cadernos do IFCH – História de vida: biografias e trajetórias*, n. 31. Campinas, SP: UNICAMP, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, pp.11-122.

_____. 2006. “Transtornos alimentares, gênero e agencialidade: reflexões a partir de uma etnografia virtual de grupos de apoio a portadores de TAs no Brasil”. Paper apresentado na XXV Reunião Brasileira de Antropologia: Saberes e Práticas Antropológicas: desafios para o século XXI. Goiânia, Goiás, Brasil.

SLUZKI, Carlos E. 1997. A Rede Social na Prática Sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SOH, Nerissa L. et al. 2006. “Eating and Body Image Disturbances Across Cultures: A Review”. *European Eating Disorders Review*, 14, pp. 54-65.

STICE, E., SHAW, H.E. e NEMEROFF, C. 1998. “Dual pathway model of bulimia nervosa: Longitudinal support for dietary restraint and affect-regulation mechanisms”. *Journal of Social and Clinical Psychology*, v. 17, n. 2, pp.129-149.

STEARNS, Peter N. 1997. Fat History: Bodies and Beauty in the Modern West. Nova York / Londres: New York University Press.

STRATHERN, Andrew e LAMBECK, Michael. 1998. "Introduction. Embodying sociality: Africanist-Melanesist comparisons". In STRATHERN, Andrew e LAMBECK, Michael (eds.) Bodies and persons: comparative perspectives from Africa and Melanesia. Cambridge: Cambridge University Press, pp.1-25.

STRATHERN, Marilyn. 1996. "For the Motion (1)". In INGOLD, Tim. Key Debates in Anthropology. Londres / Nova York: Routledge, pp. 50-55.

STRIEGEL-MOORE, Ruth H. et al. 2003. "Eating Disorders in White and Black Women". *American Journal of Psychiatry*, n. 160, v. 7, pp. 1326-1331.

TAYLOR, Jacquelyn Y. et al. 2007. "Prevalence of Eating Disorders among Blacks in the National Survey of American Life". *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. S10-S14.

THOMPSON, Becky. 1992. " 'A WAY OUTA NO WAY' Eating Problems among African-American, Latina and White Women". *Gender & Society*, v.6, n. 4, Dezembro, pp. 546-56.

_____. 1994. A Hunger So Wide and So Deep: American Women Speak Out on Eating Problems. Minneapolis: University of Minnesota Press.

TURNER, Bryan S. 1991. "The Discourse of Diet". In FEATHERSTONE, Mike, HEPWORTH, Mike e TURNER, Bryan S. (eds.). The Body: Social Process and Cultural Theory, Londres / Newbury Park / Nova Delhi: SAGE, pp.157-169.

_____. 1994. "Preface". In FALK, Pasi. The Consuming Body, Londres/ Thousand Oaks/ Nova Delhi: SAGE Publications, pp. vii – xvii.

TURNER, Victor W. 1980. "Social Dramas and Stories about Them". *Critical Inquiry*, v. 7, n. 1, On Narrative (Outono), pp. 141-168.

_____. 1986. "Dewey, Dilthey and Drama: An Essay in the Anthropology of Experience". In TURNER, Victor W. e BRUNER, Edward M. The Anthropology of Experience. Urbana / Chicago: University of Illinois Press, pp. 33-44.

- TURNER, Victor e BRUNER, Edward W. (eds.). 1986. The Anthropology of Experience. Urbana / Chicago: University of Illinois Press.
- VOLPE, F. M. 2007. “Ética, cultura e mídia: a quem culpar pelos transtornos alimentares?” (Carta ao editor). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (3), pp. 294-295.
- WACQUANT, Löic. 1995. “Review article: Why Men Desire Muscles”. *Body & Society*, v.1, n.1, Londre s/ Thousand Oaks / Nova Delhi: SAGE, pp. 163-179.
- WHITE, Michael. 1995. Reauthoring Lives: Interviews & Essays. Adelaide, Austrália: Dulwich Centre Publications.
- WHITE, Michael e EPSTON, David. 1990. Narrative Means to Therapeutic Ends. Nova York / Londres: W. W. Norton & Company.
- WOLF, Naomi. 1992. O Mito da Beleza: Como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco.