

Corpo, gênero, adolescência: discursos e (re)significações a partir da anorexia e da obesidade

Body, gender, adolescence: discourse and (other/new) meanings on anorexia and obesity.

Régia Cristina Oliveira*

Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades, EACH-USP, Brasil.

Re.oliveira@usp.br

Resumen

O presente texto tem o propósito de discutir questões relacionadas à compreensão biomédica dos transtornos alimentares na adolescência e aquelas relativas à tentativa de compreensão e de cuidado, por parte dos pais das jovens diagnosticadas com esses transtornos, em especial, anorexia. Trata-se de apreender em que medida os pais de adolescentes, declaradas anoréxicas, tomam para si os discursos normativos dos profissionais de saúde sobre o corpo e o cuidado da adolescente e em que medida os re-significam ou, mesmo, deles se afastam, em razão de referências dadas pelo seu contexto sociocultural. Essas reflexões fazem parte de uma pesquisa de pós doutorado, em andamento, que está sendo desenvolvida na Universidade Federal de São Paulo, em Ciências Sociais. No referente às conclusões a serem apresentadas, podem ser destacados o caráter normativo da biomedicina; o sofrimento familiar no percurso da doença, na procura de cuidado e de informação sobre a anorexia; as tensões apresentadas nas relações familiares, especialmente entre pais e os filhos considerados doentes; a busca de parceria entre profissionais de saúde e familiares, na construção do cuidado.

Palavras chave: corpo; adolescência; distúrbios alimentares; cuidado familiar; biomedicina

Abstract

The text aims to discuss issues related to the biomedical comprehension of eating disorders in adolescence and those ones related to the parents of the young girls diagnosed with these disorders, especially with anorexia/anorexia nervosa who try to understand and to take care. It aims to apprehend how the parents of the adolescents, diagnosed with anorexia, consider the normative discourse from the health professionals on body and how to take care of the adolescent and how they mean them in new/other ways or even escape from them due to the references from their sociocultural context. These reflections come from a current research that has been developed after a doctoral dissertation at the Federal University of São Paulo, UNIFESP, in Social Sciences. In relation to conclusions, it can be highlighted: the normative aspect of biomedical science; suffering of the family during the process of the disease; the search for taking care and for information about the anorexia; tensions in family relations, especially among parents and the young people considered to be ill; the search for partnership among health professionals and families in order to take care.

Keywords: body; adolescence; eating disorders; family care; biomedical science

* Doutora em Sociologia, Docente da Universidade de São Paulo, na Escola de Artes, Ciências e Humanidades, EACH-USP. Professora Doutora do Eixo de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, curso de Obstetrícia.

Corpo, gênero, adolescência: discursos e (re)significações a partir da anorexia e da obesidade

. Introdução

O texto ora apresentado refere-se à discussão de resultados apreendidos na pesquisa de pós doutorado, em andamento¹, cujo objetivo é investigar as apropriações e (re)apropriações pelos adolescentes e seus familiares, dos discursos de profissionais de saúde sobre o corpo do e da adolescente, a partir das avaliações biomédicas de casos de anorexia e obesidade na adolescência, em duas instituições dirigidas ao cuidado de adolescentes anoréxicos e obesos e criadas no âmbito de uma universidade especializada em saúde.

Essas questões são resultado de indagações levantadas em pesquisa anteriormente desenvolvida², e que não puderam ser contempladas naquela ocasião, tendo em vista a focalização nos discursos dos profissionais de saúde com o objetivo de apreender a construção social do corpo adolescente e da categoria “adolescência” pela biomedicina. Essa análise, centrada nos profissionais de saúde, evidenciou a existência de argumentos organicistas, normativos e moralizantes, na apreensão e compreensão da relação entre adolescência, corpo, gênero e sexualidade pela biomedicina. Com base nesses resultados, busca-se, na atual pesquisa, dar voz aos adolescentes e seus familiares, sujeitos de intervenções e orientações biomédicas, no que se refere às questões relativas ao corpo e à significação de si, ao modo como os adolescentes se veem e são vistos pelos outros a eles significativos – membros familiares–, a partir da referência aos

transtornos alimentares, em especial, a obesidade e a anorexia.

Apoiado nessa discussão, o presente texto traz reflexões sobre a compreensão biomédica dos transtornos alimentares na adolescência e aquelas relativas à tentativa de compreensão e de cuidado, por parte dos pais das jovens diagnosticadas com esses transtornos, em especial, anorexia/anorexia nervosa. Trata-se de apreender em que medida os pais de adolescentes, declaradas anoréxicas, tomam para si os discursos normativos dos profissionais de saúde sobre o corpo e o cuidado da adolescente e em que medida os re-significam, ou mesmo, deles se afastam, em razão de referências dadas pelo seu contexto sociocultural.

Corpo e adolescência: a referência aos distúrbios alimentares

Nas sociedades contemporâneas, a preocupação com o corpo é unanimemente uma preocupação das pessoas, de um modo geral, e dos técnicos –médicos e biomédicos³– que buscam prescrever e orientar maneiras de ser e de viver, moralmente aceitáveis (Russo, 2006), dentre as quais se destacam a prática de exercícios físicos e a reeducação alimentar.

Essa preocupação é analisada por Ortega (2008) para quem, na contemporaneidade, o corpo ganha novo estatuto, ao mesmo tempo, é expressão de uma clara ambiguidade, ou seja, é objeto de controle e atenção, ao mesmo tempo, resultante de incerteza, angústia, mal estar. Para o autor, o aumento de investimento no corpo responde à desa-

¹ Pesquisa intitulada *Corpo, gênero, adolescência: discursos a partir da anorexia e da obesidade adolescente*. Essa pesquisa está sendo desenvolvida na Universidade Federal de São Paulo, Campus Guarulhos, em Ciências Sociais, sob supervisão da professora Cynthia Andersen Sarti. A pesquisa contou com o apoio financeiro da CAPES, finalizado em julho de 2011.

² Pesquisa intitulada *Adolescência e corpo adolescente: discursos da biomedicina*. Essa pesquisa foi desenvolvida entre os anos 2008 a 2010, na universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Campus São Paulo, em Saúde Coletiva, sob supervisão da professora Cynthia Andersen Sarti e apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP.

³ A biomedicina diz respeito a áreas médicas que se baseiam nos conhecimentos biológicos; que são informadas pelos saberes biológicos (Sarti, 2010). Como destaca Camargo Júnior (2003:101), a escolha desta denominação - biomedicina- permite refletir mais adequadamente a vinculação da racionalidade que a caracteriza “com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da Biologia” que informam a formação dos profissionais de saúde.

gregação dos laços sociais, do afastamento do outro, da perda de valores e significados compartilhados que, no passado, estruturavam “o mundo simbólico do indivíduo”.

Essas questões estão intimamente relacionadas ao modo como as pessoas se veem e buscam ser vistas, dizendo respeito ao aspecto da aparência física. A busca pelo corpo perfeito, a partir de um padrão de beleza referido pelo universo midiático e aí reproduzido, leva à mutação constante do corpo (Ortega, 2008) e traz, no limite, sua mutilação e sua anulação (Breton, 2007). O corpo é separado da pessoa e visto como uma entidade a ser trabalhada, uma vez que causa mal estar vê-lo e percebê-lo do modo como é (Breton, 2007; Ortega, 2008). Trata-se de buscar conquistar o que ele pode vir a ser, fazendo com que o corpo se torne, como diz Breton (2007: 15), “objeto à disposição sobre o qual agir a fim de melhorá-lo, uma matéria-prima na qual se dilui a identidade pessoal, e não mais uma raiz de identidade do homem”.

Na análise da relação do homem com o corpo na contemporaneidade, Breton (2007) vai discutir a separação dessas duas entidades, que é resultante da apreensão do corpo, pelo homem, como um objeto, esvaziado de valor simbólico, esvaziado da possibilidade de, por seu intermédio, relacionar o homem com o mundo. Essa relação homem-mundo é dada por meio da utilização de técnicas corporais significativas aos olhos dos outros que, com ele, compartilham um universo de significados (Mauss, [1936] 1974).

Diferente dessa relação homem-corpo, que dá sentido à existência do homem no mundo social, o autor observa, na contemporaneidade, uma diminuição na utilização de técnicas corporais antes empregadas, como o deslocamento via caminhada e sua substituição pelos automóveis (Sennett, 2008)⁴ e maquinários - escadas rolantes e elevadores (Breton, 2007). Juntamente com essa questão, Breton (2007: 16) aponta a declinação do corpo a

⁴ Sennett (2008: 16; 19), ao falar da existência, no momento contemporâneo, de um medo de contato que se torna evidente na arquitetura urbana das grandes cidades, destaca as modernas tecnologias e o entorpecimento do corpo humano que as utilizam. A experiência da velocidade dos carros, dada pela tecnologia da locomoção, fez com que o espaço se tornasse “um lugar de passagem, medido pela facilidade com que dirigimos por ele ou nos afastamos dele (...). Transformado em um simples corredor, o espaço urbano perde qualquer atrativo para o motorista, que só deseja atravessá-lo e não ser excitado por ele”. Trata-se, segundo o autor, da erosão dos sentidos e da atividade do corpo humano, vistos “como um fenômeno histórico sem precedentes”.

peças isoladas, as quais podem ser substituídas, como em máquinas, fazendo com que o corpo seja hoje “remanejado por motivos terapêuticos que praticamente não levanta objeções, mas também por motivos de conveniência pessoal (...). O corpo encarna a parte ruim, o rascunho a ser corrigido”. Nessa correção, busca-se a conquista do corpo perfeito, um “mito contemporâneo”, como o é a ideia de saúde perfeita, argumenta o autor.

Essa procura pelo corpo perfeito remete à percepção de si e, com ela, à construção de uma dupla imagem corporal - uma percebida, e outra, idealizada. Uma, o rascunho, a outra, a correção, possibilitada por novas tecnologias médicas (Ortega, 2008). Nessa construção, uma imagem se diz pelo seu contrário, interpondo-se na definição de si, no limite, não mais alcançada pelas relações de alteridade que se estabelecem na relação com os outros a nós significativos (Dubar, 2000), mas fornecida por elementos externos, por padrões a nós impostos, aos quais aderimos sem reflexão, num processo que aliena o homem e o mundo social do qual ele faz parte.

Na adolescência, esse aspecto ganha novos contornos, estando associado à preocupação médica e biomédica com relação à maior vulnerabilidade desses indivíduos em relação às mensagens veiculadas sobre padrões de beleza. Essa preocupação vai estar centrada nos aspectos nutricionais, sendo a imagem corporal apresentada pelos adolescentes, especialmente, sua distorção, segundo um parâmetro médico, apenas um componente utilizado na avaliação que realizam, a qual pode apontar para a existência de transtornos alimentares.

Nessas avaliações, eventos relacionados ao campo fisiológico, evidentes na puberdade, e que revelam diferenças entre os sexos (Rohden, 2006), em relação ao desenvolvimento hormonal, sustentam os discursos e as representações⁵. Segundo os profissionais de saúde apontaram em um dos locais estudados, a insatisfação com a imagem corporal é maior entre as adolescentes do que entre os jovens

⁵ Importante diferenciar discurso e representação. O discurso é aqui concebido como resultado de uma série de elementos descontínuos, formado por coisas que são ditas e ocultas, enunciadas e interditas, resultando em efeitos diferentes segundo quem fala, sua posição de poder e o contexto institucional em que se encontra. Assim, articulando poder e saber, o discurso pode, em um dado tempo e lugar, determinar e/ou modificar formas de pensamento e de ação. (Foucault: 6). A representação é aqui entendida como aquilo que é percebido pelo indivíduo; refere-se à interpretação do vivido e da prática. (Lefebvre: 1980).

do sexo masculino, pertencentes à mesma faixa etária.

A revelação dessa diferença entre os sexos, encontrada na puberdade, na composição e transformação corporal, fundamenta sua normatização pela biomedicina, uma vez que aparece como dado “oficial” e legítimo sobre o corpo humano. Assim, algo que é da ordem do orgânico, que aparece generalizado, “naturaliza-se” enquanto referência para se pensar o desconforto das jovens adolescentes em relação ao seu corpo, à sua imagem corporal, que é tanto maior, avaliam os profissionais de saúde, quanto maior for o índice de massa corporal encontrado. Nessa compreensão, o orgânico parece anteceder os significados socioculturais que o circunscrevem.

Segundo a percepção dos profissionais de saúde, baseada em pesquisas quantitativas que realizam, as adolescentes, assim como as mulheres, em geral, estão mais preocupadas em emagrecer, enquanto os adolescentes do sexo masculino almejam adquirir músculos. Essas considerações apontam para percepções das relações de gênero, em que são reproduzidas expectativas dos papéis e dos lugares sociais dos homens e das mulheres (Breton, 2006) na sociedade. A referência aos músculos liga-se à ideia de força, enquanto componente essencialmente masculino. Em contraposição, a magreza associa-se às noções de delicadeza, fragilidade e feminilidade (Oliveira, 2010).

Essas noções também vão se articular à ideia de infantilização do corpo e de disfunção sexual quando o assunto tratado é anorexia.

Nessa compreensão, estabelece-se uma relação entre magreza, sexualidade e feminilidade também utilizada para a compreensão biomédica da anorexia masculina. Segundo percepções dos profissionais, relatadas em estudo anterior, a anorexia masculina estaria relacionada à homossexualidade, contrariamente à busca por músculos encontrada na grande maioria dos jovens do sexo masculino. Como aponta Camargo Júnior (2003), ao discorrer sobre a importância da interdisciplinaridade na consideração do HIV, muitas vezes, preconceitos “extracientíficos” acabam sendo transformados em tema de investigação epidemiológica. Esses preconceitos são “cientificizados” e naturalizados, e acabam por informar a prática médica. Esse parece ser o caso da associação biomédica entre homossexualismo e anorexia masculina tendo em vista a mesma não ser afirmada a partir de estudos qualitativos que busquem inquirir os sentidos e as expe-

riências das pessoas qualificadas e medicalizadas como anoréxicas.

Na direção contrária à percepção da anorexia como uma patologia, “um problema de saúde mental” a ser medicalizado, ou como resultado de modismos, como um “elemento constitutivo da sociedade de consumo”, Ortega (2008) busca creditar os motivos, afirmando a capacidade de agência dos atores que estão envolvidos nessas práticas. O autor denomina essas modificações corporais, como a anorexia⁶, de “bioidentidades”. Trata-se, segundo aponta, do esforço de fuga da cultura da aparência pela recuperação de “uma dimensão do vivido corporal”, ou seja, de personalização do corpo. Algo, portanto, mais complexo, que busca indagar do indivíduo, ator social, suas motivações e não apenas tomá-lo como sujeito sob o qual deva ser ministrado tratamento, visando o controle e a correção do desvio.

No campo da saúde, a ideia de desvio, associada à possibilidade sempre colocada do risco, fundamenta as práticas e constrói os discursos. Conforme aponta estudo anteriormente desenvolvido com profissionais de saúde em um centro voltado para atendimento a adolescentes, a anorexia e a obesidade são vistos como desvios de um padrão corporal *normal*, dado por parâmetros clínicos. Todavia, enquanto a anorexia é percebida como um problema que aparece na adolescência, seu extremo, o sobrepeso e a obesidade referem-se a comportamentos alimentares construídos desde a infância, muito relacionados a uma dieta alimentar inadequada, proporcionada pelos pais. Na percepção biomédica, no centro estudado, o sobrepeso e a obesidade são resultado de um longo processo iniciado na infância, diferente da anorexia, que define um comportamento alimentar na adolescência.

Na compreensão desses dois extremos, perda ou ganho excessivo de peso –definidos por um padrão biomédico que relaciona a idade com a estatura, para cada sexo– a figura da mãe é fundamental.

Na infância, é a mãe que se encarrega dos cuidados dos filhos e, nesse cuidado, a oferta de alimentação é por ela definida. Concreta e simboli-

⁶ O autor também cita, dentre outras, as tatuagens, os *piercings* e os implantes subcutâneos, como formas de modificação corporal, na contemporaneidade. Outras práticas, além da anorexia, são citadas, como as atividades de *fitness*, os jejuns e todo tipo de próteses internas e externas. Essas e outras práticas visam “potencializar ou substituir o funcionamento dos órgãos (...)”.

camente, o cuidado dos filhos, que inclui alimentação e educação, é atribuição da mãe (Sarti, 1996). Em casa, cabe à mulher, a transformação do alimento em comida (Daniel & Cravo, 2005).

Segundo as percepções biomédicas no centro estudado, o erro nessa transformação, iniciado na infância, propicia o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade na adolescência.

A ideia do “erro” na alimentação ofertada pela mãe à criança está relacionada às noções de adequação/inadequação, segundo a definição de padrões nutricionais estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde – OMS. A saída desse padrão define a saída da “normalidade”, que é referida a uma média e dada *a priori*.

É importante compreender, do ponto de vista do adolescente e de sua família, o que define a normalidade corporal. Se, como define Canguilhem (2006), o médico só sabe da doença a partir da clínica; da experiência do doente que informa o médico sobre a doença, não há outra possibilidade, a não ser aquela que entende a doença como algo objetivo, dado objetivamente, independente do sujeito e do contexto sociocultural em que ele está inserido. Importa, assim, apreender, como essas questões são colocadas a partir da clínica, do encontro do profissional com o/a adolescente e seu familiar. No caso estudado, do encontro de profissionais de saúde com adolescentes de famílias de classes populares, grupos mais atendidos no local pesquisado.

A variação da morbidade –doenças que afetam a população, dentre elas a anorexia e a obesidade–, é mais ou menos sensível aos diferentes grupos sociais. Adam e Herzlich (2001) trabalham com essa questão, e fazem referência à existência de vários estudos que mostram que a variável classe social influencia características do estado de saúde, como peso, altura, natalidade, visão, dentição e ausência do trabalho. Alguns profissionais de saúde no centro estudado já estão sensíveis a essas considerações. Todavia, o modo de compreendê-las se faz por meio de categorias do saber médico. Como discute Laplantine (2001), para apreender o estado de saúde do indivíduo, o profissional decodifica os sintomas com base em categorias biológicas do saber médico, sendo esta uma atividade interpretativa. Ao mesmo tempo, o indivíduo que se considera, ou é considerado, doente tem suas próprias ideias, criando, para o seu estado de saúde, modelos explicativos, individual e com raízes culturais e de classe social. Eles se apóiam, portanto, em

conceitos e estruturas de referências interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais a que pertençam (Adam & Herzlich, 2001), bem como a experiências individuais e familiares, que permitem sempre a (re)significação do vivido.

A família, os pais: a dor e o cuidado compartilhados na atenção à anorexia nervosa

Uma das importantes etapas do trabalho de campo⁷ desta pesquisa refere-se às entrevistas realizadas com familiares e com as jovens/adolescentes obesas e anoréxicas⁸. Essa etapa, em andamento, tem evidenciado questões fundamentais à compreensão do modo como as famílias buscam lidar com esses assuntos, o que implica a necessidade de um constante aprendizado junto à equipe de saúde que as atende.

No caso da anorexia nervosa⁹, a busca por este aprendizado familiar é resultado de experiências consideradas dolorosas, o que resultava na crescente necessidade de compreensão por parte daqueles que a vivenciavam e de explicação àqueles que podem vir a ajudar. Como desenvolvem Adam e Herzlich (2001: 69), todo “acontecimento importante na vida humana requer uma explicação: é preciso compreender sua natureza e encontrar suas causas. A doença não escapa a essa exigência.” O indivíduo, argumentam os autores, precisam conseguir explicar aos outros aquilo que sentem para que possam receber auxílio e esta elaboração tem raízes na cultura e no social, não sendo, portanto, “apenas individual”.

No caso da anorexia/anorexia nervosa, as experiências vividas com o familiar foram sendo acumuladas ao longo do trajeto da doença, mais precisamente, no percurso que antecedeu sua circunscrição como “doença”, definida a partir de um diagnóstico médico e do início do tratamento.

⁷ Fazendo parte das etapas do trabalho de campo, foram realizadas observações das atividades de discussão de casos clínicos e entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde – médicos (nutrólogos); nutricionistas; psicólogas; educadores físicos. Os psiquiatras que trabalham no programa de atenção aos transtornos alimentares também serão entrevistados.

⁸ Até o presente momento, não foram registrados, nos serviços de saúde considerados neste estudo, casos relatados de obesidade e anorexia em jovens do sexo masculino. Especialmente no serviço voltado para a atenção à obesidade, as atividades estão circunscritas às adolescentes mulheres assim consideradas.

⁹ Diferente da anorexia, que está relacionada à magreza, a anorexia nervosa é considerada uma doença.

Os relatos de familiares discorrem sobre as passagens por diferentes hospitais e internações infrutíferas, do ponto de vista da percepção de melhora da filha. Como diz o pai de uma das jovens que está em tratamento:

(...) a gente foi no Hospital São Paulo porque não sabia mais o que fazer. Ela esteve internada uma semana na Santa Casa de Misericórdia, tomando soro. Quando eu fui ajudar ela a tomar banho lá é que eu fui ver que ela era só osso. Depois fomos para a casa, quando ela teve alta. Antes disso, a gente tinha ido no psiquiatra da UBS, que a médica da família mandou. Só que para marcar a consulta foi muito demorado. (...). Ele passou medicamentos. Não levou dois minutos na consulta no UBS. Pediu para ir depois de trinta dias. A gente não percebia porque ela [a filha] ficava com três calças, três blusas. A menina foi passando mal nesses trinta dias, desmaiando. Aí a gente foi para o Hospital São Paulo e ela ficou internada setenta e dois dias. E ficou internada até conseguir vaga no programa.

O programa acima citado atende pacientes com transtornos alimentares, dele fazendo parte o trabalho com familiares, no sentido da orientação para o cuidado. “A gente precisa de orientação”, diz a mãe de uma jovem com diagnóstico de anorexia nervosa, que também comenta:

Nesse momento de terapia é nosso desabafo, a gente troca informação. Nós somos cuidadores aqui. Nosso papel com a psiquiatra é esse. Nós somos orientados a lidar com o pensamento da anorexia, que é o inverso.

O “pensamento da anorexia” segundo revela a entrevistada funda-se na crença de que tudo está bem; de que não há problemas a resolver, uma vez que a conquista do corpo magro é o objetivo final de quem está com anorexia nervosa. E para essa mãe, de fato, a anorexia nervosa não define sua filha, não é um estado, mas uma situação que a filha vive e que vai passar:

(...) Nunca, jamais eu vou aceitar isso na vida da minha filha. Eu sei que é passageiro, que vai passar.

E fazer passar é unir esforços conjuntos, família, equipe de saúde, no sentido da compreensão da doença. Para os pais que chegam ao programa, trata-se da busca de compreensão daquilo que define e explica a anorexia nervosa. Entender para atuar. Um trabalho que se faz em parceria: de um lado, diferentes profissionais de saúde – médicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas –, de outro, a família – especialmente os pais, que acompanham as jovens.

São também os pais os primeiros a “descobrir” que algo não está bem no comportamento alimentar da filha. A procura por ajuda e tratamento acaba sendo feita nas situações limites, quando a filha se recusa a comer, emagrecendo muito e/ou quando ela passa mal, desmaia, sendo, então, necessário recorrer a profissionais de saúde, a hospitais, identificando-se aí uma doença e, com ela, a possibilidade do cuidado médico.

É assim, no encontro com o médico, que o familiar é informado sobre o problema da filha, no referente ao diagnóstico e ao tratamento. Ao mesmo tempo, é somente por meio desse encontro que o médico pode saber sobre a doença. Como desenvolve Canguilhem (2006), é o indivíduo, e não uma noção de normalidade dada a priori e de modo objetivo, que informa o médico sobre o estado de saúde daquele que o procura.

No tocante à anorexia nervosa, esse “indivíduo” é o familiar, pai e/ou mãe da jovem, que busca ajuda e tratamento. Antes, porém, uma série de acontecimentos difíceis são relatados, definindo um doloroso percurso, presenciado e vivido pelos pais até a chegada ao hospital, a definição do diagnóstico, o tratamento, do qual faz parte a família como importante parceira na cura e ou controle da doença.

Após a chegada ao programa de atenção aos distúrbios alimentares, uma série de aprendizados sobre o que fazer e o que não fazer em casa se interpõem às angústias e aos sentimentos de impotência dos familiares em relação à participação na melhora e/ou cura da filha. Como diz a mãe de uma das jovens em tratamento para anorexia nervosa:

A minha maior angústia é que eu não sei quanto tempo vai durar isso e não depende de mim e isso me deixa muito triste. A minha impotência está me deixando muito abalada porque não depende de mim, só dela.

Nesse comentário, a entrevistada faz referência às difíceis emoções que se entrelaçam à experiência da doença e do cuidado.

É por meio da avaliação de um acontecimento que a emoção, no caso o sentimento de angústia, tristeza e impotência aparecem. Como desenvolve Breton (2009), o indivíduo não é mero objeto de uma dada situação; ele mesmo contribui para defini-la, a partir da interpretação que dela faz, apoiada em um sistema de valores “do qual decorre a afetividade manifesta”. A angústia, a tristeza e, especialmente, a impotência sentidas, apóiam-se a valores relacionados à maternidade, dos quais fa-

zem parte a relação de cuidado, atenção e, mesmo, antecipação daquilo que pode ocorrer com um filho. Trata-se da autoridade materna, expressa por um conjunto de afazeres e saberes relacionados aos filhos e à casa, como os cuidados com a saúde dos filhos (Romanelli, 2002).

A minha filha sempre foi de não procurar comida. Dizia “estou com fome”. Era tudo na mão. Depois que começou a apresentar esse quadro a gente começou a dar comida de duas em duas horas. Ela tem alimentação muito restrita. Ela nunca comeu verdura e legume. Isso foi um grande erro meu. Na hora que a gente está com pressa, a gente faz o básico.

Na avaliação da entrevistada, o descumprimento de uma de suas obrigações maternas, o “erro” na oferta da alimentação, levou a filha ao desenvolvimento, ou, ao menos, ofereceu condições para a restrição alimentar, propiciando, em última instância, o aparecimento de um quadro anoréxico. Nesse sentido, a angústia, tristeza e impotência sentidas, acabam sendo aguçadas por um sentimento de culpa na percepção da construção da doença da filha. Como mãe, segundo a compreensão do exercício de seus papéis, a partir de um conjunto de valores aí colocados, o “erro” na educação alimentar expressa um descumprimento de uma das tarefas a desempenhar, fazendo com que, na avaliação da situação da filha, por ocasião da anorexia nervosa, essa “falha” aparecesse (re)significada:

(...) Eu não punha legumes e verduras. Eu não me importava de não colocar. Hoje, dado o problema que enfrentam, reavalia, “foi um grande erro meu”.

Esse sentimento de “erro” no cumprimento das obrigações maternas só se manifesta porque ele existe no repertório cultural e social da entrevistada, em termos de sentido e valores que definem a maternidade. Como desenvolve Breton (2009: 126), “para que um sentimento (ou emoção) seja experimentado, ele deve pertencer, de uma forma ou de outra, ao repertório cultural de seu grupo”, fazendo, assim, sentido para aqueles que o vivenciam.

Pais, filhos, cônjuges: os laços e os nós em torno da (má) alimentação

Assim como toda atividade humana, os modos de alimentação são construídos cultural e socialmente. É por meio da alimentação, do preparo da comida, do cuidado que com ela se tem, argumenta Certeau (2011), que as relações que mantemos com os outros e com nosso próprio corpo podem ser lidas.

Na infância, o corpo da criança, diz o autor, ainda pertence à mãe. É ela quem define o que a criança deve comer. Nesse momento, dois modos de relação começam a ser definidos: um refere-se à relação primária da criança com a mãe ou com aquele (a) que a nutre. O outro, exprime a relação que o indivíduo estabelece com seu próprio corpo (corpo vivo, sujeito ao tempo, e corpo sexuado).

No início, a mãe prepara a alimentação da criança de acordo com aquilo que acredita que ela deva comer. Mais tarde, a mãe irá consultá-la para saber quais suas preferências, mas sempre achará que sabe o que, de fato, é melhor para ela, analisa Certeau (2011). Segundo o autor, não raro os momentos das refeições, nesse período da infância, apresentam-se como palcos de lutas pelo poder, “o poder da mãe e do pai sobre o corpo do filho forçando-o” a comer tudo aquilo que colocam em seu prato.

Todavia, em determinadas situações, esses momentos conflituosos das refeições não ficam restritos à infância. A anorexia nervosa estabelece, em outros termos, esse momento tenso das refeições, tanto para aquele que assim é diagnosticado, quanto para aqueles que com ele convivem, mais precisamente, para aqueles que se apresentam como os “cuidadores” (pai e mãe). A mãe de uma das jovens que faz tratamento para anorexia nervosa menciona o fato:

(...) já tentamos na base da força, fazer ela comer, mas só agravou. Isso deu uma confusão...

Essa “confusão” mencionada está relacionada à disputa em torno da orientação alimentar, ou seja, do poder de decisão do que e, no caso da anorexia, em que quantidade, deverá ser ingerido. Por um lado, a mãe e/ ou o pai, respaldados na autoridade que lhes é conferida pela maternidade e paternidade buscam manter o controle sob a orientação alimentar dos filhos, mesmo quando estes já saíram da infância. Por outro, o/a jovem procura fazer valer sua vontade, tanto na escolha quanto na quantidade do que irá comer. No caso da anorexia/anorexia nervosa, a questão é a recusa da alimentação. Esse embate entre pais e filhos, em torno e a propósito da alimentação, figura-se como um dos pontos mais citados pelos pais ao mencionarem os problemas familiares relacionados à anorexia, a essa “doença emocional”, como mencionam.

Em função da necessidade de compreensão dessa situação e no intuito de aprenderem a lidar com a filha considerada doente, os pais buscam se-

guir a orientação da equipe que atende as jovens anoréxicas:

O ambiente tem que ser tranqüilo, apesar de tudo. Ela tem que se sentir bem, protegida, mas muitas vezes a gente não corresponde ao que ela quer. Eu, o pai, a equipe de saúde somos o inimigo dela. Todos que fazem ela comer são inimigos dela. (mãe de uma das jovens em tratamento para anorexia nervosa).

Essa tensão familiar é também expressa pelo pai de outra jovem, dizendo respeito não apenas, mas, principalmente, à deterioração da relação com a filha, como também com a esposa:

O que eu lamento e que me entristece muito é essa deterioração no relacionamento com minha filha. Mas se o motivo dessa deterioração foi tê-la levado ao tratamento no CAPS, tenho consciência de que fiz o que tinha que fazer, mas acho que isso está me custando muito. É um custo muito alto (pai de uma das jovens em tratamento para anorexia nervosa).

Essa “deterioração” das relações familiares não é muito diferente quando se trata da relação com a esposa, como revela esse entrevistado:

(...) como minha esposa não assumiu, eu tive que bancar tudo sozinho, medicamento. Minha esposa não queria e eu tive que bancar isso. Tive que levar minha filha no CAPS e ela [a filha] dizia que era lugar de louco e que eu estava acabando com a vida dela. Minha filha praticamente não fala comigo.

A recusa, a não aceitação da “doença” por parte das jovens em tratamento para anorexia é um dos fatores principais em torno dos quais os conflitos familiares acontecem. A grande maioria das jovens não quer fazer o tratamento porque não quer voltar a ganhar peso. Mesmo aquelas que se percebem anoréxicas, que aceitam esse diagnóstico médico, apresentam grande dificuldade em seguir as orientações dos profissionais de saúde –médicos, psicólogos, psicanalistas e nutricionistas– especialmente no espaço doméstico. Como revela a mãe de uma das jovens em tratamento para anorexia nervosa:

Minha filha não se alimenta bem. Em casa ela não segue o cardápio proposto pela médica. Ela só vem comer aqui [no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, junto à equipe de saúde que a acompanha]. Nosso maior questionamento é dizer a ela sua casa é aqui, não lá. Você tem que mostrar que está comendo bem aqui em casa e não lá. Em casa eu ponho o cardápio dela, feito pela médica, mas ela come o que ela quer. Aqui [no CAPS] não.

Essa observação é feita para explicar que no Centro de Atenção Psicossocial –CAPS– a filha come o que lhe é proposto.

É no espaço da casa que as jovens e seus pais vivenciam os maiores conflitos. Trata-se de um embate constante entre pais e filhos em torno do poder sobre o corpo destes últimos. Um corpo adocido, segundo os pais, “pelo pensamento da anorexia.” Como afirma a mãe da jovem em tratamento para anorexia nervosa:

(...) não pode deixar em momento nenhum ela dominar a situação; em momento nenhum deixar prevalecer o pensamento dela. A imagem dela está distorcida, diz a mãe, que acrescenta, você fala uma coisa e ela entende o inverso. Você fala que ela está bem e ela interpreta o inverso. Tudo é interpretado o inverso. Você não pode dizer que ela está bem que ela via dizer que está gorda.

Para Certeau (2011) um dos importantes aspectos relacionados aos problemas em torno da alimentação –bulimia, anorexia, obesidade–, está na necessidade de reconciliação do indivíduo com o próprio corpo. Mas essa reconciliação, que resulta no trabalho de nutrição conveniente, também pode se firmar pela experiência de um vínculo de afeição durável com o outro, no sentido do encontro de prazer no preparo da alimentação para outrem. É preciso recuperar ou mesmo construir uma experiência agradável em relação com o preparo da e na alimentação. E este preparo passa pela relação com o outro para quem fazemos a comida ou com quem compartilhamos o momento da refeição.

Segundo o autor, essa construção tem início na infância, na experiência e no aprendizado, com a mãe, da arte culinária; da lembrança dos sabores, dos temperos, dos aromas, que propicia uma relação harmônica com a comida.

Diferente disso, a anorexia expressa uma “luta de morte contra seu próprio corpo” e, associado a isso, uma grande rejeição alimentar. Acima de tudo, há expressão de uma rejeição às idéias e àqueles que contrariam o “pensamento anoréxico”.

Esse “pensamento” ancora-se a “representações coletivas sobre a moda e imposições de cânones de beleza” e a outros fatores, como “o culto à juventude, o medo do envelhecimento” e, em certa medida, o medo da morte, ressalta Certeau (2011: 263). Nesse cenário, argumenta o autor, a contradição colocada entre “o ideal de beleza consagrado (corpo magro e musculatura bem trabalhada) e a realidade completamente diferente” para a maior parte das pessoas que vivem uma vida sedentária, com falta de exercício físico e a recusa de trabalhos manuais, impede a maioria das pessoas de

conseguir “se sentir à vontade em seu próprio corpo, de aceitar sua imagem de imperfeição”, conclui.

No caso da “anorexia mental”, como define Certeau (2011), de um modo geral, ela aparece entre adolescentes de quinze a vinte anos. Nessa população, diz, ela não é consequência apenas da restrição severa alimentar, antes, de “uma espécie de relação sádica para com o próprio corpo, odiado, no momento de sua transformação visível, um corpo sexuado, definido (...)” e representado como uma espécie de “corpo tubo” que precisa ser continuamente esvaziado.

E é nessa luta pelo preenchimento do corpo, tanto de alimentos quanto de sentido da experiência corporal, em que a anorexia não a oriente, que os pais buscam trazer para junto de si seus filhos/ filhas. Um processo permeado por sofrimentos, tensões, desestabilização e reconfigurações constantes das relações familiares e dos sentidos de vivência da maternidade e da paternidade.

Conclusão

A investigação sobre a compreensão biomédica dos transtornos alimentares na adolescência e aquelas relativas à (re)significação pelos familiares das jovens diagnosticadas com esses transtornos, em especial, com anorexia nervosa, permitiu a apreensão de questões que se mostraram fundamentais, dentre as quais, destacam-se: a referência aos sofrimentos e tensões familiares no percurso e na definição da doença; o aprendizado e a relação de parceria entre profissionais de saúde e familiares na relação de cuidado; as tensões e conflitos familiares em torno e a propósito dos cuidados no ambiente doméstico; a tensão em relação ao enfrentamento do “pensamento anoréxico” e o regime de palavras.

Em relação a este último ponto, cabem algumas considerações. A primeira diz respeito ao fato de que o olhar e atuação biomédica sobre o “pensamento anoréxico” e sua referência ao aspecto da distorção da imagem corporal da adolescente vão estar vinculados à ideia de controle, este dizendo respeito, por um lado, ao comportamento alimentar da jovem; à vigilância profissional, materna e paterna daquilo que é ingerido pela adolescente - quantidade e qualidade da alimentação, tomados como dados objetivos de verificação e correção dos “desvios” encontrados.

Por outro lado, o controle será referido ao que deve ou não ser dito à adolescente, tanto nos

momentos da refeição quanto em outras ocasiões em que a imagem da adolescente possa ser colocada em jogo. É preciso, então, evitar falar com a jovem, que está em tratamento para anorexia nervosa, assuntos que remetam ao corpo, à magreza e à gordura, ou, mesmo, tecer quaisquer comentários sobre esses temas na presença da adolescente em tratamento, tendo em vista evitar levantar ideias que possam levar a jovem a fazer associações negativas com a imagem corporal construída.

Nesse sentido, o silêncio marca a potência de certas palavras que são capazes de fazer vir à tona o sofrimento da jovem de não ter ou de não estar no corpo desejado, este visto como um rascunho, corpo tubo, que deve ser trabalhado a partir de uma busca incessante para se tornar cada vez mais magro, segundo um ideal de beleza consagrado e, mesmo, de vida, em que a comida, para essas jovens, ganha novos sentidos e contornos, sempre negativos, como parece ser percebido o seu corpo, rascunho para um novo e mais magro corpo, nunca alcançado.

O silêncio, nesse cenário, preenche o vazio de sentido da vivência corporal, especialmente na relação com o outro. A fala controlada e, no limite, silenciada, é atingida naquilo que é mesmo “o centro de sua razão de ser: a relação com o outro” (Breton: 1997).

No referente ao tratamento da anorexia nervosa, o regime de palavras tece as relações de cuidado, tanto no espaço de atenção biomédico, quanto no ambiente doméstico, na relação com os pais e com aqueles que são próximos às jovens em tratamento: irmãos, familiares e amigos.

Em ambos os casos assinalados e que definem a ideia de controle do comportamento alimentar – seja pela quantidade e qualidade de alimentos ingeridos, seja pela vigilância das palavras e pela manipulação do silêncio – no sentido da construção da ideia de cuidado, da qual fazem parte profissionais de saúde e familiares que buscam entender para atuar sobre a anorexia nervosa, o presente estudo tem evidenciado diferentes construções de sentido nesse trajeto, especialmente entre as famílias, para além da objetividade e normatividade biomédica.

É por meio de sua inscrição num universo sociocultural que os transtornos alimentares, dentre os quais, a obesidade e a anorexia nervosa na adolescência devem ser interpretados, deles fazendo parte as relações familiares, seus conflitos e re-

configurações em torno da “doença” e dos sentimentos aí expressos.

Chama a atenção, nesses sentimentos, a referência à angústia e à sensação de impotência dos pais em relação à doença da filha diagnosticada com anorexia nervosa. Esses sentimentos são resultado da interpretação da situação vivida pela filha, feita mediante (re)avaliação dos papéis materno e paterno, segundo um conjunto de valores que os circunscrevem. Trata-se da manifestação dos sentimentos de “erro”, “acerto” e “dúvida” em relação ao cumprimento das obrigações familiares, a partir de um conjunto de valores sobre cuidado materno e paterno existentes no repertório cultural e social dos indivíduos.

No espaço doméstico, o embate entre pais e filhos em torno do poder de controle sobre o corpo das jovens consideradas anoréxicas expressa, em meio às tensões e conflitos familiares, a busca de não sujeição pela jovem de sua “vontade”, ou melhor, da “não vontade” de comer. A realização de

entrevistas com essas jovens permitirá apreender as motivações que as levaram a pensar e a viver o corpo segundo essa busca incessante pelo emagrecimento, recuperando daí os sentimentos, emoções e sentidos expressos nesse trajeto que se faz tão próximo da possibilidade de falência do corpo, portanto, de morte.

O presente texto partiu de estudos que pensam o corpo indissociável dos significados que a coletividade lhe atribui, assim, o ato de comer e sua recusa, os distúrbios aí definidos no campo biomédico estão sendo compreendidos e interpretados como atos sociais, dos quais fazem parte escolhas, emoções, experiências de sofrimento e aprendizado que também ajudam a pensar as próprias relações familiares, seus conflitos e reconfigurações em torno do cuidado, da parceria biomédica, concomitantemente à apreensão dos discursos e (re)significações que informam as práticas.

. Bibliografia

- ADAM, P; HERZLICH, C. (2001) *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, SP: EDUSC.
- BRETON, D. L. (2009). *As paixões ordinárias. Antropologia das emoções*. Petrópolis/ RJ: Vozes.
- _____ (2006) *Sociologia do corpo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- _____ (2003) *Adeus ao corpo*. Campinas, SP: Papi-rus.
- _____ (1997) *Do silêncio*. Lisboa: Instituto Piaget.
- CERTEAU, Michel et al. (2011) *A invenção do cotidiano. Morar, cozinhar*. Vol2. Petrópolis, RJ: Vozes.
- CAMARGO, J. K. R. (2003) *Biomedicina, saber & Ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.
- CANESQUI, A.M. (2006) "Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação" en: Canesqui, A. M. e Garcia, R. W. D (orgs). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CANGUILHEM, G. (2006) *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense editora.
- DUBAR. C. (2000) *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.
- FOUCAULT, M. (2008) *A ordem dos discursos*. São Paulo: Loyola.
- LAPLANTINE, F. (2001) *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- LEFEBVRE, H. (1980) *La présence et l'absence. Contribution à la théorie des représentations*, Belgique: Castermann.
- MAUSS, M. (1974) [1936] "As técnicas corporais" em: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP.
- OLIVEIRA, R.C. (2010) "Gênero e corpo adolescente: considerações biomédicas e reflexões sociológicas sobre comportamento alimentar". *Revista Bahia Análise & Dados*. Salvador. Vol 20, n.4. p.617-628.
- ORTEGA, F. (2008) *O corpo incerto. Corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond.
- QUEIROZ, M.I.P. (1983) *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: CERU e FFLCH/USP.
- ROHDEN, F. (2001) *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- RUSSO, J. (2006) "Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico" en Souza, A. N. e Pitanguy, J (orgs). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: editora UFRJ.
- SARTI, C.A (2010) "Corpo e doença no trânsito de saberes". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol.25, n.74. p. 77-191.
- _____ (1996) *A família como espelho. Um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas, SP: Autores Associados.
- SENNETT, R. (2008) *Carne e pedra. O corpo e a cidade na civilização ocidental*. Rio de Janeiro: BestBolso.
- SOHN, A-M. (2009) "O corpo sexuado" em: *História do corpo. As mutações do olhar: o século XX*. Petrópolis/ RJ: Vozes.

Citado.

OLIVEIRA, Régia Cristina (2012) "Corpo, gênero, adolescência: discursos e (re)significações a partir da anorexia e da obesidade" en: *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, N°9, Año 4. Agosto-noviembre de 2012. Córdoba. ISSN: 1852.8759. pp. 17-27. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/170>

Plazos.

Recibido: 17/04/2011. Aceptado: 24/06/2012.