



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DE  
COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL**

**“OS ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DOS TRANSTORNOS  
ALIMENTARES NA CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE DE  
MULHERES PORTADORAS DESTES DISTÚRBIOS”**

**Joana Martins de Mattos**

Rio de Janeiro

- 2006 -



**UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro**  
**CFCH – Centro de Filosofia e Ciências Humanas**  
**IP – Instituto de Psicologia**  
**EICOS – Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social**

**“OS ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DOS TRANSTORNOS  
ALIMENTARES NA CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE DE  
MULHERES PORTADORAS DESTES DISTÚRBIOS”**

**Joana Martins de Mattos**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação EICOS – Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Leila Sanches de Almeida

Rio de Janeiro

- 2006 -

**“OS ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DOS TRANSTORNOS  
ALIMENTARES NA CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE DE  
MULHERES PORTADORAS DESTES DISTÚRBIOS”**

**Joana Martins de Mattos**

Orientadora: Profª Drª Leila Sanches de Almeida

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação EICOS – Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Aprovada por:

---

Profª. Doutora Leila Sanches de Almeida (Orientadora)

---

Profª. Doutora Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro

---

Profª. Doutora Joana de Vilhena Novaes

Rio de Janeiro

- 2006 -

Martins de Mattos, Joana.

Os aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares na constituição da subjetividade de mulheres portadoras destes distúrbios / Joana Martins de Mattos. Rio de Janeiro: UFRJ/EICOS, 2006.

x, 188f.; 2,5 cm

Orientadora: Leila Sanches de Almeida

Dissertação (mestrado) - – UFRJ/EICOS/Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, 2006.

Referências Bibliográficas: f.178-185.

1. Transtornos alimentares. 2. Aspectos sócio-culturais. 3. Subjetividade. 4. Mulheres. 5. Pesquisa Qualitativa I. Almeida, Leila Sanches de. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. III. Os aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares na constituição da subjetividade de mulheres portadoras destes distúrbios.

Dedico este trabalho às mulheres que dele participaram e que se dispuseram a compartilhar comigo suas experiências, suas dores, suas dificuldades e suas conquistas. A coragem e beleza dessas mulheres foram fundamentais para que esse trabalho se realizasse de forma tão gratificante para mim. Seus relatos enriqueceram muito a minha visão sobre os transtornos alimentares e sobre a relação de ajuda. Espero que este trabalho represente uma maneira de retribuí-las.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de mais de dois anos de muito estudo, reflexão, diálogo e criação. Foi um processo muito rico, intenso e proveitoso. Ao mesmo tempo, envolveu alguns limites e dificuldades. Começar, desenvolver e finalizar este trabalho me exigiu muita dedicação, coragem e perseverança e me trouxe muita satisfação, muito aprendizado e crescimento. Durante todo o meu percurso no mestrado pude contar com a ajuda de pessoas muito especiais que merecem que eu registre aqui a minha mais profunda gratidão.

À minha linda família eu agradeço por todo amor, carinho e apoio que sempre me deram. Vocês são o meu alicerce e representam as pessoas que eu mais amo e as mais importantes na minha vida. Obrigada por tudo, sempre!

À minha mãe querida, agradeço pela doçura, delicadeza e pela grande disponibilidade em sempre me ajudar no que for preciso. Agradeço também pela presença tão carinhosa e fundamental no meu dia-dia e pela verdadeira “maternagem” que você me ofereceu num dos momentos mais difíceis da minha vida.

Ao meu paizinho, agradeço pela confiança, pela escuta atenta aos desabafos de minhas dores e conflitos, pelas poucas, mas sábias palavras. Obrigada pelos “Florais de Bach” que me ajudaram a tornar essas dores e conflitos mais suportáveis.

À minha irmã Elisa, agradeço por sua alegria e pela força sempre. Agradeço também por ter trazido ao mundo uma “pessoinha” muito linda e especial, o meu sobrinho Pedro. A ele, agradeço por trazer mais graça à minha vida. O amor que tenho por ele é tão grande que só de lembrar, olhar e/ou falar com ele, meu coração se enche de alegria.

À minha irmã Juliana, agradeço pelo companheirismo, pela parceria na vida profissional e pessoal, pelo suporte material e emocional em vários momentos. Obrigada pelos exemplos que você me deu e que facilitaram muito o meu caminho. Aproveito para agradecer ao Renatinho, meu cunhado, pelo apoio e pelo carinho de sempre. Você é uma pessoa muito especial, prestativa e doce, com quem tenho a alegria de conviver por tanto tempo.

À minha avó Luiza, à Belinha, à Rakel e ao Rafael também agradeço pelo amor e pelo carinho, pelos momentos de alegria e de refúgio em Itaoca, pela torcida e pelas rezas para

que tudo desse certo no meu caminho. Embora distantes, sinto um amor muito especial por vocês.

Ao Alexandre agradeço por seu amor, por seu humor e, sobretudo, pelo companheirismo de tantos anos ao meu lado. Obrigada por tudo que vivemos juntos e por tudo que aprendi com a nossa relação. Agradeço também pela confiança e pelo grande incentivo em todos os momentos do mestrado, me escutando e me apoiando tanto nas conquistas, quanto nos conflitos e dificuldades. Você é muito importante para mim!

Gostaria de agradecer às “meninas” do AconteSer: Juli, Lu Borges, Gisa e Lu Aguiar, pelo apoio, pelo carinho, pela compreensão e pela confiança. Obrigada por tantos anos de amizade e de parceria e pelo grande estímulo ao meu crescimento pessoal e profissional.

Preciso também expressar a minha mais profunda gratidão à minha querida orientadora Leila, sem você, este trabalho não teria sido possível. Desde a graduação você foi fundamental na minha vida, sempre me oferecendo oportunidades e confiando no meu potencial. Fico muito feliz, muito grata e satisfeita por ter sido orientada por você em vários momentos do meu percurso acadêmico. Mas, durante todos esses anos, você se tornou muito mais do que minha mestra, professora e orientadora, se tornou uma grande amiga, por quem tenho um carinho e um respeito enormes. Espero continuarmos juntas e obrigada por tudo que você representa e fez por mim.

Gostaria de agradecer também às Prof<sup>as</sup> Maria Lúcia Rocha-Coutinho e Maria Lúcia Magalhães Bosi, que participaram da banca de qualificação, e às Prof<sup>as</sup> Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro e Joana de Vilhena Novaes, que participaram da banca de defesa, momentos cruciais deste meu trabalho. Obrigada pelo interesse, disponibilidade, consideração e compreensão. As nossas trocas e as sugestões e contribuições de vocês enriqueceram muito as minhas reflexões e o meu trabalho.

Preciso ainda agradecer a todos os professores e funcionários do Programa EICOS/UFRJ. Muito obrigada pelos conhecimentos que me ofereceram, pelo acolhimento e pelo apoio durante esta etapa do meu percurso acadêmico. Agradeço também aos colegas da turma de 2004, que foi muito especial e me ajudou no meu percurso no mestrado. Conhecer, trocar e conviver com vocês foi muito bacana e enriquecedor para mim.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), agradeço pela bolsa que recebi durante os dois anos do mestrado. Esse incentivo foi fundamental para que eu pudesse me dedicar e investir de forma tão intensa no desenvolvimento deste trabalho.



## RESUMO

MATTOS, J. M. Os aspectos sócio culturais dos transtornos alimentares na constituição da subjetividade de mulheres portadoras destes distúrbios. Orientadora: Leila Sanches de Almeida. Rio de Janeiro: UFRJ/ CFCH/ IP/ EICOS, 2006. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social).

Tem ocorrido, nos últimos anos, um considerável aumento na incidência de transtornos alimentares na população em geral. Esses transtornos, que atingem preferencialmente alguns grupos sociais, sobretudo mulheres adolescentes e jovens, são definidos como sérios distúrbios do comportamento alimentar que se desenvolvem a partir da interação de diversos fatores. Caracterizam-se, portanto, como transtornos complexos, multideterminados, de difícil tratamento e que apresentam uma alta comorbidade e um alto índice de mortalidade. Atualmente, a influência de fatores sócio-culturais na determinação das manifestações contemporâneas desses transtornos vem sendo fortemente ressaltada. Assim, utilizando o referencial teórico-metodológico da Rede de Significações, desenvolvemos um estudo de casos com o objetivo de compreender as vivências e percepções de três mulheres portadoras de transtornos alimentares a partir dos sentidos que elas atribuem ao próprio transtorno, à alimentação e ao corpo, visando identificar os aspectos sócio-culturais a eles relacionados e que participam da constituição de suas subjetividades. As análises de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas realizadas apontaram para o uso da comida como fonte de prazer e para satisfação secundária, assim como o uso de diferentes métodos para controle da alimentação e do peso, caracterizando uma relação conflituosa com a comida e com o corpo. Foram atribuídos ao transtorno alimentar os sentidos de fracasso, falta de força de vontade, desleixo e válvula de escape. Também encontramos os sentimentos de insatisfação, de culpa, de inadequação e de inferioridade diante da alimentação e do corpo. Os casos estudados demonstram a influência dos significados sócio-culturais contemporâneos, veiculados pela mídia e através dos diversos contextos de desenvolvimento, na constituição da subjetividade individual e na gênese desses distúrbios. (CNPq)

Palavras-chave: transtornos alimentares, aspectos sócio-culturais, subjetividade, mulheres, pesquisa qualitativa.

## ABSTRACT

MATTOS, J. M. Socio-cultural aspects of eating disorders in the constitution of the subjectivity of women with these conditions. Advisor: Leila Sanches de Almeida. Rio de Janeiro: UFRJ/ CFCH/ IP/ EICOS, 2006. Dissertation (Master in Community Psychosociology and Social Ecology).

In recent years, a considerable increase in the incidence of eating disorders has occurred in the population in general. Such conditions are defined as serious disorders of people's feeding behavior. They develop from the interaction of several factors and tend to affect certain social groups in particular, especially adolescents and young women. They are characterized as complex, multi-determined conditions, of difficult treatment, which present high comorbidity and high mortality. Currently, the influence of socio-cultural factors in the determination of contemporary manifestations of such conditions is being significantly stressed. Thus, employing the theoretical-methodological framework of the Network of Meanings, we have carried out a case study in order to understand the experiences and perceptions of three women who had eating disorders in accordance with the meanings they attribute to their own condition, to food and to their bodies. Thus, we hoped to identify the socio-cultural aspects related to them and which take part in the constitution of these women's subjectivities. The content analyses of the semi-structured interviews we conducted indicate the use of food as a source of pleasure and secondary satisfaction as well as the use of different feeding- and weight-control methods, which characterizes a conflicting relation with food and with their own bodies. They have attributed to their eating disorder meanings such as failure, lack of will power, carelessness and outlet. Feelings of dissatisfaction, guilt, inadequacy and inferiority in relation to food and to their bodies were also identified. The cases studied demonstrate the influence of contemporary socio-cultural meanings - which are disseminated through the media and through several development contexts - in the constitution of individual subjectivities and in the genesis of such disorders. (CNPq)

Key words: eating disorders, socio-cultural aspects, subjectivity, women, qualitative research.

## ÍNDICE

1 – Introdução .....	01
2 – Revisão de literatura .....	05
2.1. Os transtornos alimentares: prevalência, critérios diagnósticos e complicações clínicas .....	05
2.2. Alguns estudos sobre os transtornos alimentares na contemporaneidade .....	10
2.3. A importância da alimentação: seu caráter universal e multidimensional .....	14
2.4. (R)evolução alimentar: da escassez à abundância de alimentos .....	15
2.5. A constituição genética do homem na contemporaneidade .....	17
2.6. Padrão de beleza contemporâneo: os significados da obesidade e a supervalorização da magreza .....	21
2.7. Contexto sócio-histórico-cultural: a pós-modernidade e os novos modos de construção de identidades e de subjetivação .....	24
2.8. Transformações na relação com o corpo: as práticas bio-ascéticas contemporâneas e os transtornos alimentares .....	26
2.9. Os transtornos alimentares e as relações de gênero .....	28
3 – O processo de produção de sentidos: a abordagem da Rede de Significações .....	31
4 – Metodologia .....	41
4.1 - Instrumento de coleta de dados .....	44
4.2 - Sujeitos .....	44
4.3 - Procedimentos e contexto do estudo .....	45
5 – Os casos estudados .....	46
5.1. Caso 1 - “Renata: a comida como válvula de escape” .....	47
5.2. Caso 2 - “Adriana: supervalorização da magreza” .....	71
5.3. Caso 3 - “Carla: cultura da comida x cultura da dieta” .....	97
6 – Discussão .....	131
7 – Considerações finais .....	175
8 – Referências bibliográficas .....	178
9 – Anexos .....	186
9.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	186
9.2. Roteiro das entrevistas .....	187

## **1 – Introdução**

Este estudo tem como objetivo compreender as vivências e percepções de mulheres portadoras de transtornos alimentares a partir dos sentidos que elas atribuem ao próprio transtorno, à alimentação e ao corpo, visando identificar os aspectos sócio-culturais a eles relacionados e que participam da constituição de suas subjetividades. Assim, interessa-nos identificar os significados sócio-culturais presentes nos processos de significação dessas mulheres que sofrem desses distúrbios do comportamento alimentar.

O meu interesse pelo estudo dos transtornos alimentares surgiu desde o curso de graduação em Psicologia quando tive a oportunidade de atender uma paciente com quadro de transtorno da compulsão alimentar periódica, em um estágio que realizei em 1997. Naquela época, atender este caso, sem praticamente nenhum conhecimento sobre os transtornos alimentares e sem nenhuma experiência clínica, foi um enorme desafio, que demandou inúmeras supervisões, muita terapia e, principalmente, muito estudo sobre os transtornos alimentares em geral.

Desde então, este desafio tornou-se um importante motivador no meu percurso acadêmico e profissional, levando-me a desenvolver vários trabalhos e participar de diversos eventos científicos sobre esta temática. Além disso, a ampliação da minha experiência clínica no atendimento psicológico de mulheres com distúrbios do comportamento alimentar tem contribuído também de maneira decisiva para um aumento progressivo do meu interesse por esta temática.

Ao longo desse percurso, foi ficando cada vez mais claro, sobretudo com a minha prática clínica, o quanto as experiências dessas mulheres que sofrem de transtornos alimentares se encontram profundamente impregnadas por valores, crenças e significados

sócio-culturais contemporâneos. No entanto, muitas delas sequer percebem ou questionam esses aspectos do contexto sócio-cultural contemporâneo na construção do seu distúrbio.

Atualmente, o que se configura, nas sociedades ocidentais industrializadas é um contexto marcado, de um lado, pelo estímulo ao consumo de alimentos, sobretudo os industrializados, de altíssimo valor calórico, de outro, pelo estímulo ao culto ao corpo magro e belo, enquanto um ideal estético difícil de ser alcançado, ambos fomentados por fortes interesses mercadológicos das indústrias da alimentação e da beleza. Diante disso, percebe-se, neste cenário bastante contraditório, cada vez mais pessoas envolvidas com comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso. Isso parece contribuir para que, juntamente, como aumento alarmante da incidência de casos obesidade no mundo, esteja crescendo, de maneira significativa, os casos de transtornos alimentares, configurando-se mais uma perigosa epidemia (Bosi e Andrade, 2004).

Segundo dados europeus e norte-americanos, a prevalência dos transtornos alimentares na população em geral quase dobrou, entre os anos 2000 e 2002 (Matos, 2002). Esses transtornos são definidos como sérios distúrbios do comportamento alimentar que se desenvolvem a partir da interação de diversos fatores (genéticos, biológicos, psicológicos, sócio-culturais). Caracterizam-se, portanto, como transtornos complexos, multideterminados, de difícil tratamento e que apresentam uma alta comorbidade e um alto índice de mortalidade. São considerados também, em muitos casos, transtornos de difícil diagnóstico, pois, apesar do estabelecimento de critérios diagnósticos específicos para a classificação dos transtornos alimentares, nem sempre eles se apresentam de forma tão definida ou discriminada, o que reflete sua complexidade e complica o diagnóstico.

Atualmente, as classificações dos transtornos alimentares da 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria

(DSM-IV), consideram como categorias diagnósticas a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno alimentar sem outra especificação. Nesta última categoria, que serve à classificação das chamadas síndromes parciais, ou seja, dos distúrbios que não preenchem todos os critérios para anorexia nervosa ou bulimia nervosa, foi incluído o transtorno da compulsão alimentar periódica.

Assim, em função, sobretudo, da velocidade com que novos casos surgem e da gravidade de suas conseqüências, os transtornos alimentares vêm despertando um interesse cada vez maior por parte da sociedade em geral e, principalmente, da comunidade científica, representando um verdadeiro alerta para o mundo contemporâneo. Com isso, muitos estudos vêm sendo feitos no sentido de uma melhor compreensão dos fatores relacionados aos transtornos alimentares na contemporaneidade, de modo a contribuir para uma mudança no curso da sua incidência no mundo.

Embora estejam atingindo cada vez mais diferentes grupos sociais e diferentes culturas, estudos epidemiológicos apontam que os transtornos alimentares ainda atingem preferencialmente determinados grupos sociais, sobretudo mulheres adolescentes e jovens de países ocidentais desenvolvidos. Com isso, a influência de fatores sócio-culturais na determinação das manifestações contemporâneas desses transtornos vem sendo fortemente ressaltada (Morgan e Azevedo, In: Nunes *et al.*, 1998).

Contudo, apesar de estudos que apontam para uma indiscutível relação entre fatores sócio-culturais e os transtornos alimentares, ainda existem muitas controvérsias sobre o papel que tais fatores ocupam na sua etiopatogenia. Dessa forma, podemos dizer que os aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares representam, atualmente, um grande desafio para as ciências humanas, sociais e da saúde. Com isso, nos parece de extrema urgência e necessidade a “*ampliação e aprofundamento da análise dos aspectos sócio-*

*culturais (identificação dos significados) envolvidos nos transtornos alimentares”* (Morgan e Azevedo, In: Nunes *et al.*, 1998, p. 89)

Considerando, então, o fato das mulheres representarem um dos grupos sociais mais atingidos pelos transtornos alimentares atualmente e o fato de grande parte das pesquisas sobre esses distúrbios do comportamento alimentar estarem sendo conduzidas através de modalidades quantitativas de investigação, fundamentadas no modelo da biomedicina, o presente estudo tem como proposta investigar os sentidos atribuídos aos transtornos alimentares, à alimentação e ao corpo por mulheres que sofrem destes distúrbios do comportamento alimentar, entendendo que esses sentidos são construídos dentro do contexto sócio-histórico-cultural no qual elas se encontram inseridas. Este nosso estudo será, então, conduzido de modo a incluir e focalizar os aspectos subjetivos inerentes ao fenômeno estudado, permitindo uma visão mais profunda e inclusiva da sua complexidade.

Pretendemos, portanto, com esta nossa proposta de análise dos aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares na contemporaneidade, contribuir com as investigações atuais que visam fornecer novos subsídios para a construção de saberes e de práticas que nos conduzam a melhores tratamentos e, sobretudo, ao difícil caminho da prevenção.

*“Torna-se imprescindível que as investigações continuem no sentido de se conhecer melhor os possíveis significados sócio-culturais expressos por meio dos sintomas dos Transtornos alimentares, assim como a identificação mais precisa da forma pela qual se dá essa relação.”* (ibid., 1998, p. 92)

## **2 - Revisão de literatura**

### **2.1. Os transtornos alimentares: prevalência, critérios diagnósticos e complicações clínicas.**

Como vimos anteriormente, estudos estatísticos apontam para um considerável aumento na incidência de transtornos alimentares na população em geral, nos últimos anos. Segundo dados publicados no *The American Journal of Psychiatry*, entre os anos 2000 e 2002, a prevalência do transtorno da compulsão alimentar periódica subiu, de 2% para 3% na população em geral. A bulimia nervosa, que tinha seu índice entre 1% e 3%, aumentou para 4,2%, enquanto que a anorexia nervosa, que estava entre 0,5% e 1%, teve seu índice aumentado para 3,7% (Matos, 2002).

Cabe ressaltar, contudo, que o panorama da incidência dos transtornos alimentares deve ser ainda mais assustador. Pois, muitas pessoas que sofrem desses distúrbios acabam não procurando centros de tratamento onde seus casos possam ser notificados. Se considerarmos também os casos de síndromes parciais, ou seja, de transtornos alimentares sem outra especificação, esses números dever aumentar ainda mais.

No Brasil, embora muitos pesquisadores estejam se dedicando ao estudo dos transtornos alimentares, quase não temos estudos epidemiológicos que demonstrem a prevalência desses transtornos na população brasileira. Um estudo realizado por Nunes (1997 In: Nunes *et al.*, 1998), e inédito no Brasil e na América do Sul, investigou a prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres da zona urbana de Porto Alegre (RS), com idades entre 12 e 29 anos. Os resultados desse estudo demonstraram que 30% das mulheres participantes apresentavam comportamento de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Demonstraram também que 11% da amostra apresentavam comportamentos alimentares anormais, o que aponta para as síndromes parciais desses transtornos.

Apresentaremos, a seguir, os critérios diagnósticos da anorexia nervosa, da bulimia nervosa e do transtorno da compulsão alimentar periódica, de acordo com as classificações do DSM-IV.



**Crêterios diagnósticos para a anorexia nervosa** (Nunes e Ramos, In: Nunes *et al.*, 1998):

- (a) Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado   idade e   altura (por ex., perda de peso levando   manuten o do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal abaixo de 85% do esperado).
- (b) Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.
- (c) Perturba o no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avalia o, ou nega o do baixo peso corporal atual.
- (d) Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto  , ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administra o de hormônio, por ex., estrógeno).

Especificar tipo:

**Tipo Restritivo:** durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purga o (isto  , auto-indu o de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

**Tipo Compulsão Alimentar Periódica/Purgativo:** durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purga o (isto  , auto-indu o de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

**Crêterios diagnósticos para a bulimia nervosa** (Azevedo e Abuchaim, In: Nunes *et al.*, 1998):

- (a) Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica. Um episódio de compulsão alimentar periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos:
- (1) ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de duas horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares; e
  - (2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio; (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou o quanto está comendo);
- (b) Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução ao vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
- (c) A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses.
- (d) A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.
- (e) O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Especificar tipo:

**Tipo Purgativo:** durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômito ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

**Tipo Sem Purgação:** durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômito ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

**Critérios diagnósticos para o transtorno da compulsão alimentar periódica**

(Appolinário, In: Nunes *et al.*, 1998):

- (a) Episódios recorrentes de ataques de comer. Um episódio de ataque de comer é caracterizado por:
- (1) comer num breve período de tempo (por ex., dentro de um período de duas horas) de uma quantidade de alimentos considerada definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares; e
  - (2) uma sensação de falta de controle durante os episódios, isto é, um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou o quanto está comendo;
- (b) Os episódios de ataques de comer estão associados a pelo menos três (3) ou mais dos seguintes itens:
- (1) Comer mais rápido do que o usual.
  - (2) Comer até se sentir inconfortavelmente “cheio”.
  - (3) Comer grandes quantidades de comida, sem se sentir com fome.
  - (4) Comer sozinho por se sentir constrangido com a quantidade que está comendo.
  - (5) Sentir-se decepcionado, deprimido, ou sentindo-se culpado após a superingestão.
- (c) O ataque de comer provoca um marcante desconforto.
- (d) Os episódios de ataque de comer ocorrem em média duas (2) vezes por semana durante seis meses.
- (e) O ataque de comer não está associado com o uso regular e inapropriado de comportamento compensatório (p. ex., do tipo purgativo, jejuns ou exercício excessivo) e não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Quanto às complicações clínicas dos transtornos alimentares, as que mais se destacam nos casos de anorexia nervosa estão ligadas ao quadro de desnutrição e desidratação, decorrentes da alimentação inadequada. Incluem, entre outras, baixa pressão sanguínea, bradicardia, hipotermia, anemia, leucopenia, osteoporose, hipotireoidismo,

queda de cabelo, aparecimento de lanugo (fina camada de pelos sobre a pele) e, no caso das mulheres, a amenorréia (ausência da menstruação por três ciclos consecutivos), que representa, inclusive, um dos critérios diagnósticos para anorexia nervosa (Costa e Azevedo, In: Nunes *et. al.*, 1998).

*“As conseqüências clínicas da desnutrição podem ser graves o suficiente para levar à morte ou causar danos irreversíveis ao organismo. As taxas de letalidade da Anorexia nervosa oscilam entre 5 a 20%.”* (Nunes e Ramos, In: Nunes *et al.*, 1998, p. 26)

As principais conseqüências clínicas da bulimia nervosa, que, diferentemente da anorexia nervosa, não é uma doença visível aos olhos, são: hipertrofia bilateral das glândulas salivares, descalcificação dos dentes, provocada pelo suco gástrico dos vômitos, que pode levar até a perda dos dentes, desidratação, edema generalizado, queda de cabelo, descamação da pele, constipação, hipotireoidismo, alterações menstruais, hipotermia, gengivite, fraqueza muscular e câibras, alterações metabólicas e hidroeletrólíticas, que podem levar a alterações eletroencefálicas e, em grau severo, à falência cardíaca (Costa e Azevedo, In: Nunes *et. al.*, 1998).

No transtorno da compulsão alimentar periódica, que representa uma categoria diagnóstica mais recente e ainda mantida no Apêndice B do DSM-IV, “*dedicado ao conjunto de critérios e eixos sugeridos para estudos adicionais*” (Appolinário, In: Nunes *et. al.*, 1998, p. 41), o seu efeito mais direto é o desenvolvimento de certos graus de obesidade, com os problemas de saúde decorrentes (*ibid.*).

## **2.2. Alguns estudos sobre os transtornos alimentares na contemporaneidade**

Os transtornos do comportamento alimentar representam, ainda hoje, um grande enigma tanto para os que trabalham na clínica, quanto para os que se dedicam à pesquisa desses transtornos. Diante disso, muitos estudos vêm sendo realizados no sentido de

investigar e melhor conhecer a grande gama de fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores dos transtornos alimentares.

Alguns desses estudos têm abordado os mecanismos fisiológicos relacionados ao comportamento alimentar. Investigações bioquímicas sobre a relação entre a sensação de saciedade (e de prazer) com a produção de serotonina e noradrenalina apontam para a presença de níveis mais baixos desses dois tipos de neurotransmissores em indivíduos *bulímicos* e *anoréxicos* do que em indivíduos que não sofrem desses transtornos. (Cezimbra, 1998).

*“Alterações em vias noradrenérgicas e da serotonina (5-HT) podem exercer seu papel predisponente por meio de ações primariamente no humor, controle do impulso, obsessividade e regulação de fome e saciedade nos Transtornos alimentares”* (Morgan, et. al., 2002, p.04).

Algumas pesquisas procuram investigar a genética e a hereditariedade enquanto fatores predisponentes ao desenvolvimento dos transtornos alimentares. Estudos com gêmeos monozigóticos e dizigóticos trazem importantes evidências da contribuição de fatores genéticos, sobretudo nos casos de bulimia nervosa (Morgan, Vecchiatti e Negrão, 2002). Outros estudos parecem demonstrar que a contribuição de fatores hereditários favorece um risco 11 vezes maior, no caso da anorexia nervosa, e 4 vezes maior, no caso da bulimia nervosa, para parentes em primeiro grau de indivíduos com esses transtornos do que para parentes de indivíduos saudáveis (Morgan, Vecchiatti e Negrão, 2002).

Existem também pesquisas que procuram abordar aspectos psicológicos e psiquiátricos relacionados aos transtornos alimentares. Esses estudos demonstram que a baixa auto-estima, a auto-avaliação negativa e a depressão pré-mórbida são fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Demonstram também que alguns traços de personalidade são comuns nos casos de anorexia nervosa, como obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão, e nos casos de bulimia nervosa, como

sociabilidade, comportamento gregário, comportamentos de risco e impulsividade (Morgan, *et. al.*, 2002).

Muitos pesquisadores têm apontado para a importância dos aspectos familiares na etiologia dos transtornos alimentares. Alguns estudos apontam para algumas características bastante presentes nos contextos familiares de pessoas que sofrem desses transtornos, como excessiva rigidez e altas expectativas dos pais em relação às suas filhas, distanciamento emocional e relações familiares conflituosas. No entanto, esses estudos também demonstram que não há um padrão único nas famílias de pessoas portadoras de transtornos alimentares (Fasolo e Diniz In: Nunes *et al.*, 1998)

Abordando os aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares, alguns estudos vêm sendo conduzidos no sentido de conhecer os grupos sociais mais atingidos ou mais vulneráveis e os processos sócio-histórico-culturais que parecem contribuir para o aumento da sua incidência no mundo. Estudos epidemiológicos (Morgan e Azevedo, In: Nunes *et al.*, 1998) demonstram uma maior prevalência desses transtornos em países ocidentais desenvolvidos, em indivíduos de classes sociais mais altas, em alguns grupos ocupacionais (atrizes, modelos, bailarinas, nutricionistas, *jockeys*), em adolescentes e jovens e, principalmente, em mulheres, sendo de 10:1 a proporção desses transtornos entre mulheres e homens (Hsu, 1996 *apud* Morgan e Azevedo, In: Nunes *et al.*, 1998). Estes resultados reforçam a importância de fatores sócio-culturais na determinação das expressões contemporâneas desses transtornos, visto que nenhum aspecto biológico ou psicológico identificado até o momento parece capaz de explicar essa prevalência de sexo, idade, distribuição geográfica, ocupacional e sócio-econômica (Morgan e Azevedo, In: Nunes *et al.*, 1998).

Outros pesquisadores (Garner e Garfinkel, 1980 e Hsu, 1996 *apud* Morgan e Azevedo, In: Nunes *et al.*, 1998) e) demonstraram que o aumento da incidência dos

transtornos alimentares é concomitante ao aumento da prevalência de comportamentos ligados à perda de peso e à busca do corpo ideal, como dietas e exercícios físicos. Com isso, o uso de métodos para controle do peso e da alimentação vem sendo considerado um dos fatores precipitantes mais freqüentes no desenvolvimento de transtornos alimentares na contemporaneidade. Estudos longitudinais encontraram, por exemplo, um risco para estes transtornos até dezoito vezes maior entre indivíduos em dietas alimentares restritivas (Morgan *et al.*, 2002).

Considerando, então, que a sua prevalência é muito maior em países europeus e norte-americanos, e que a “cultura do corpo”, predominante nas sociedades afluentes do ocidente, é apontada como um importante elemento da sua etiologia, alguns pesquisadores consideram os transtornos alimentares como “*síndromes ligadas à cultura*”, mais especificamente à cultura ocidental (Morgan e Azevedo, In: Nunes *et al.*, 1998). Além disso, alguns pesquisadores têm também explicado a sua presença e, em alguns casos, o aumento da sua incidência, em países de cultura não ocidental, como a Malásia, a China, a África e o Japão, como resultantes dos processos de aculturação e absorção dos ideais ocidentais por essas populações, de modo que são, nestes casos, considerados “*síndromes da mudança cultural*” (DiNicola, 1990, *apud* Morgan e Azevedo, In: Nunes *et al.*, 1998). Dentro desta perspectiva, “*a maior aderência à cultura ocidental pode incrementar a vulnerabilidade do indivíduo em direção ao desenvolvimento de um transtorno alimentar*” (Pumariega, 1996, *apud* Morgan e Azevedo, In: Nunes *et al.*, 1998, p. 91).

Essa questão, no entanto, é bastante controversa e polêmica, pois, alguns pesquisadores, como Sing Lee, na 8ª Conferência em Transtornos alimentares, realizada em Nova Iorque, em 1998, consideram fundamental deixarmos de entender os transtornos alimentares como um fenômeno ocidental (Morgan e Azevedo, 1998). A própria psiquiatria ocidental não considerou essa ocidentalização dos transtornos alimentares,

apontando-os simplesmente como doenças psiquiátricas que têm pouca expressão em outras culturas (Morgan e Azevedo, In: Nunes *et al.*, 1998).

Alguns pesquisadores apontam, então, muito mais para os avanços científicos e tecnológicos e para os processos de urbanização, de industrialização e de globalização, do que para a ocidentalização, como fatores que contribuem para o desenvolvimento e o aumento da incidência desses transtornos no mundo. Contudo, embora muito se questione sobre essa concepção dos transtornos alimentares como patologias ocidentais, é marcante e indiscutível o papel do contexto sócio-cultural seja na sua origem, seja na sua manutenção (Morgan e Azevedo, 1998).

Vários autores consideram, inclusive, a anorexia nervosa, por exemplo, como um sintoma, uma expressão, do contexto sócio-histórico-cultural do qual emergiu, de tal modo que é vista como “*o melhor distúrbio a ser utilizado ao examinar a influência da cultura na psicopatologia*” (Robell, 1997, p.18) e como “*mais uma sociopatologia do capitalismo tardio do que uma psicopatologia*” (Morris, *apud* Ortega In: Rago, Orlandi e Veiga-Neto (orgs.), 2002).

### **2.3. A importância da alimentação: seu caráter universal e multidimensional**

Diante do reconhecimento de aspectos sócio-culturais na etiologia dos transtornos alimentares, apontando, então, para os processos de urbanização, industrialização e globalização, sem, no entanto, desconsiderar alguns fenômenos tipicamente ocidentais, se faz necessária uma contextualização da alimentação ressaltando a sua importância para a existência humana nos diversos níveis da vida social, assim como os processos sócio-histórico-culturais a ela relacionados e que levaram à alimentação contemporânea. Ou seja, se faz necessária uma compreensão da alimentação enquanto um fenômeno que ocupa uma



“*posição estratégica no sistema de vida e de valores das diversas sociedades*” (Flandrin e Montanaro, *apud* Carneiro, 2003, p. 165).

A alimentação é uma das necessidades mais básicas do homem. Muito mais do que a mera satisfação de uma necessidade biológica, a alimentação é uma prática universal subjacente a toda esfera da atividade humana, representando uma expressão dos mais variados desejos, idéias, necessidades e conflitos de todos os povos e em todas as épocas (Carneiro, 2003). Desta forma, “*além de uma necessidade biológica, é um complexo sistema simbólico de significados sociais, sexuais, políticos, religiosos, éticos, estéticos, etc.*” (*ibid.*, p. 01), que foi construído de tal modo que, com exceção do sexo, nenhum outro aspecto do nosso comportamento é tão sobrecarregado de idéias como a alimentação. Existe, inclusive, uma tendência em se associar o ato de comer ao ato sexual:

*“É um truísmo dizer que o sexo e a comida são dois pólos do sentido da vida humana. E que, como tais, eles extravasam suas funções meramente materiais de assegurar a sobrevivência dos indivíduos e da espécie para torná-los matrizes simbólicas essenciais de toda cultura”.* (Carneiro, 2003, p. 128)

A alimentação reflete, portanto, os diferentes contextos sócio-histórico-culturais, caracterizando-se como um fenômeno de comunicação social e identificação cultural, através do qual os indivíduos de um grupo se reúnem e se identificam, construindo e mantendo costumes, hábitos e padrões alimentares típicos de determinadas culturas regionais ou mesmo nacionais (Ballone, 2003).

*“A alimentação é assim um fato da cultura material, da infra-estrutura da sociedade; um fato da troca e do comércio, da história econômica e social, ou seja, parte da estrutura produtiva da sociedade. Mas é também um fato ideológico, das representações da sociedade – religiosas, artísticas e morais – ou seja, um objeto histórico complexo, para o qual a abordagem científica deve ser multifacetada”* (*ibid.*, p. 166).

#### **2.4. (R)evolução alimentar: da escassez à abundância de alimentos.**

Dentro desta perspectiva, é fundamental abordar alguns aspectos da evolução histórica da alimentação. Pois, além das variações culturais determinadas por fatores como religião, migração, moda e localização geográfica, a alimentação vem sofrendo inúmeras, complexas e importantes transformações ao longo do tempo, de modo que os padrões alimentares do homem contemporâneo são substancialmente diferentes dos padrões alimentares do homem, por exemplo, da nossa Pré-História, assim como o sistema de significados a eles associados.

Na nossa Pré-História, a relação do homem com a comida era bem mais direta do que é atualmente. Para comer, tinha que caçar animais ou coletar plantas, raízes e frutas, já que ainda não existiam lavouras, muito menos mercados. Com isso, o esforço exigido para a alimentação era enorme, ainda mais quando as mudanças de estação o obrigavam a migrar em busca de alimentos.

Com a domesticação de animais, o advento da agricultura, e, posteriormente, com a conservação de alimentos através das técnicas de salgá-los, secá-los e defumá-los, a alimentação foi passando a exigir menos tempo e menos esforço e os períodos de escassez de alimento, embora ainda existissem, tornaram-se cada vez menos freqüentes. Contudo, foi com a urbanização e a industrialização que as mudanças na nossa relação com a comida se tornaram bem mais expressivas (Velloso, 2004).

O domínio das técnicas de produção e distribuição de alimentos, através, por exemplo, da conservação em recipientes hermeticamente fechados, da pasteurização e refrigeração, permitiu aumentar a vida útil dos alimentos e reduzir enormemente a sua escassez no mundo, contribuindo para a proliferação da nossa espécie neste planeta. Assim, podemos dizer que a aplicação dos avanços tecnológicos e científicos à alimentação foi essencial para o desenvolvimento da civilização moderna. A nossa sociedade se estruturou e se mobiliza de forma bastante determinante em torno da comida,

sendo a produção, a distribuição e o preparo de alimentos, há muito tempo, as principais atividades econômicas da humanidade. Diante disso, a alimentação concentra boa parte da atenção de governos, da mídia e da comunidade científica (*ibid.*).

Com toda essa evolução, a produção contemporânea global de alimentos é “suficiente o bastante para alimentar mais do que a totalidade da população mundial com base numa dieta semivegetariana” (Carneiro, 2003, p.27). Dessa forma, a fome que hoje ainda atinge um número considerável de pessoas no mundo só existe por questões sócio-econômicas, sendo a pobreza, as desigualdades distributivas e o controle do mercado mundial pelas grandes multinacionais algumas de suas razões principais.

## **2.5. A constituição genética do homem na contemporaneidade.**

Contudo, nossa composição biológica parece não estar preparada ou adaptada para esta (r)evolução alimentar, ou seja, para as transformações que favoreceram esta abundância e variedade de alimentos na contemporaneidade. Pois, a nossa constituição genética nos predispõe a armazenar e acumular energia na forma de gordura para não morreremos de fome em tempos de escassez de alimentos, como na nossa Pré-História. É o que tem sido chamado de “*genótipo poupador*” (Netto, In: Nunes *et al.*, 1998). Apesar de não serem completamente conhecidos os sistemas biológicos que regulam o nosso comportamento alimentar, por serem tão básicos e, ao mesmo tempo, tão complexos, sabemos que “*há muitas defesas contra a subnutrição, e muito poucos mecanismos de regulação eficazes no evento da supernutrição*” (*ibid.*, p. 47). Com isso, podemos dizer que a nossa composição biológica parece conspirar para nosso excesso de peso em períodos de abundância de alimentos.

Além da abundância e variedade de alimentos, existem outros fatores que também favorecem o acúmulo de gordura em nossos corpos atualmente. Um deles é a qualidade dos alimentos disponíveis. Com a industrialização, e, assim, com as tecnologias aplicadas para torná-los mais abundantes e atraentes, os alimentos têm sofrido mudanças importantes em sua constituição, tornando-se, em grande parte, ricos em gordura e açúcar. Dessa forma, a comida que hoje existe em abundância não é a mesma que faltava na época de nossos ancestrais. Um exemplo disso é o da carne consumida por nossa espécie na Pré-História que tinha entre 3% e 4% de gordura, enquanto que a que consumimos hoje pode conter 30% ou mais (Velloso, 2004).

Esta associação entre a qualidade dos alimentos industrializados e a nossa composição biológica é tão forte que o consumo desses alimentos pode provocar excesso de peso, mesmo numa condição de restrição alimentar, como nas experiências de fome ou nas dietas alimentares restritivas. Diante de experiências de privação de comida, o nosso corpo vai fazendo novos ajustes para economizar cada vez mais energia, podendo reduzir o gasto de calorias em até 40%, buscando armazenar cada vez mais gordura a cada alimentação, de modo a se precaver para melhor resistir a um outro período de privação (Göckel, 1997).

Com isso, o consumo de alimentos de alto valor calórico, mesmo que em pequenas quantidades, em combinação com o nosso “genótipo poupador”, parece estar contribuindo para o aumento do índice de pessoas com excesso de peso em populações pouco favorecidas socio-economicamente do Brasil. Este fato é demonstrado pelos resultados obtidos no levantamento realizado em 1997 pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, quando comparados ao levantamento realizado em 1989, que indicam que os pobres estão engordando mais do que os ricos atualmente, mesmo fazendo, em muitos casos, apenas uma refeição por dia (Marinho, *et al*, 2004).

Além disso, os alimentos industrializados transformaram-se em bens de consumo e somos constantemente bombardeados com mensagens sobre novos e deliciosos alimentos que, condicionados por um passado de escassez, não conseguimos deixar de comer. O resultado de todo esse processo, em que de um lado temos os interesses das indústrias agrícolas e alimentícias e do outro o nosso desejo por comidas gostosas, rápidas, baratas e convenientes, mesmo que pouco saudáveis, é o enorme crescimento da indústria *fast food* pelo mundo atualmente.

Outro fator da contemporaneidade que contribui bastante para o excesso de peso é o sedentarismo, favorecido enormemente também pelos avanços tecnológicos dos últimos tempos. Em busca do máximo conforto e do mínimo esforço, gastamos cada vez menos energia para realizar nossas atividades cotidianas, o que favorece o acúmulo de gordura no corpo, já que não gastamos toda a energia que consumimos com a nossa alimentação.

*“Já foi relatado, por exemplo, que uma simples extensão telefônica instalada em uma residência pode contribuir para o acúmulo de aproximadamente 1 kg por ano. O vidro elétrico da janela do automóvel leva seu proprietário a poupar cerca de 30 kcal diariamente. Considerando-se as escadas rolantes, os controles remotos, os telefones sem fio, (o carro, o elevador, a televisão e o computador) e todos os demais itens de conforto da vida moderna, aceita-se hoje a redução do gasto calórico nas atividades cotidianas como um dos fatores primordiais para o crescimento explosivo da obesidade no mundo contemporâneo.” (Coutinho, In: Nunes et al., 1998, p. 197)*

Mais um importante fator que favorece o acúmulo de gordura em nossos corpos e que também merece ser considerado é o elevado nível de estresse dos dias de hoje. Segundo a ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica), tanto o estresse físico quanto emocional influenciam diretamente o funcionamento das glândulas e desequilibram o peso, impedindo que a gordura do corpo seja eliminada pelo organismo (Castro, 2003). Além disso, o estresse relacionado aos sentimentos de medo e ansiedade pode aumentar o nosso apetite pelo aumento da produção de adrenalina ou pelo uso da comida como fonte de conforto e de prazer. Um exemplo

disso foi o aumento de 12% no consumo de guloseimas nos EUA nas semanas seguintes ao atentado terrorista de 11 de setembro de 2001 em Nova Iorque (Velloso, 2004).

Podemos dizer, então, que essas características do mundo contemporâneo (a fartura e variedade de alimentos, a qualidade dos alimentos industrializados, o sedentarismo e os elevados níveis de estresse), sobretudo das sociedades ocidentais desenvolvidas, são determinantes para o aumento assustador da incidência de obesidade no mundo. A obesidade é hoje considerada uma doença epidêmica, que já se propaga, inclusive, em países orientais e que pode levar ao aumento do risco de morte prematura pelo desenvolvimento de sérios problemas de saúde como diabetes, hipertensão, problemas cardíacos e hepáticos, câncer e depressão.

Atualmente, a obesidade, que é uma síndrome multifatorial e bastante complexa, vem sendo definida como o resultado de um balanço energético positivo, ou seja, ingestão de energia alimentar maior que o gasto energético do indivíduo, embora os modelos explicativos atuais para a obesidade, ainda sejam insatisfatórios. Um dos métodos mais utilizados para classificá-la em diferentes graus é o Índice de Massa Corporal (IMC) que é obtido correlacionando o peso (em quilos) com o quadrado da altura (em metros) (Fonseca, Silva e Feliz In: Fonseca *et al.*, 2001).

#### **Classificação da obesidade segundo o Índice de Massa Corpórea (IMC) .**

<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Classificação</b>	<b>Risco para a saúde</b>
18,5-24,9	Normal	Sem risco
25-29,9	Sobrepeso	Moderado
30-34,9	Obesidade Grau I	Alto
35-39,9	Obesidade Grau II	Muito alto
≥40,0	Obesidade Grau III	Extremo

Segundo a própria Organização Mundial da Saúde (OMS), estamos diante de uma epidemia de graves proporções e a expectativa, inclusive, é de que a incidência de obesidade no mundo continue crescendo. Segundo dados da OMS, em 1995, a estimativa era de que havia, em todo o mundo, 200 milhões de adultos obesos. No ano 2000, este número subiu para 300 milhões. No entanto, estima-se que, atualmente, existe cerca de 1,4 bilhão de pessoas com excesso de peso (sobrepeso) o que representa mais de 20% da nossa população mundial. ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), 2004).

No Brasil, estudos demonstram, por exemplo, que houve um aumento de 53% na prevalência de sobrepeso e de obesidade, quando se compara os dados de 1974/75 com os de 1989 (Fonseca, Silva e Feliz In: Fonseca *et al.*, 2001). Assim, desde os anos 80 que o número de obesos supera o número de desnutridos. Calcula-se que cerca de 40% da população esteja com quilos a mais do que deveria, enquanto que 8% dos homens e 13% das mulheres com mais de 18 anos sofrem de obesidade no Brasil ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), 2004).

Nos Estados Unidos, que têm hoje cerca de 31% da população sofrendo de obesidade, a partir de 2010, mais da metade da população adulta será obesa e viverá menos que seus pais. A obesidade tornou-se, então, um dos principais problemas de saúde pública nos Estados Unidos, estando no centro de suas preocupações, já que é a causa de 300 mil mortes por ano e que os gastos anuais com o tratamento de doenças decorrentes do excesso de peso chegam a US\$ 117 bilhões. (<http://noticias.terra.com.br/ciencia/interna/0,,OI161593-EI298,00.html>, 2004.)

*“Aparentemente, estamos diante de um paradoxo. Foi a crescente abundância de comida que levou a espécie humana a se multiplicar e a dominar o planeta inteiro. E essa mesma abundância, se continuar nos engordando, poderá acabar por nos destruir”.* (Velloso, 2004, p. 70)

## **2.6. O padrão de beleza ocidental: os significados da obesidade e a supervalorização da magreza.**

Se por um lado, o estilo de vida torna-se cada vez mais sedentário e aumenta a oferta de alimentos industrializados, de alto valor calórico e de rápido consumo, o que contribui significativamente para o nosso excesso de peso, por outro, vem se desenvolvendo cada vez mais uma fobia em relação à gordura e à obesidade. Tem ficado, então, cada vez mais forte e evidente, principalmente nas sociedades ocidentais desenvolvidas, a atribuição de determinados significados à obesidade, como fracasso, descontrole e incompetência, o que parece contribuir para uma desvalorização, desqualificação e até mesmo o preconceito em relação às pessoas obesas ou com excesso de peso.

Um dos fatores que contribuem para esta “lipofobia” ou “obesofobia” contemporânea é a associação da gordura com diversas patologias, a partir dos avanços da medicina. Um estudo recente, publicado em 2003 no *The New England Journal of Medicine*, aponta a obesidade como responsável por 14% das ocorrências de câncer entre os homens e por 20% dos casos entre as mulheres (Montenegro, 2004).

Contudo, nem sempre a obesidade foi desvalorizada e rejeitada como nos dias de hoje. Em outras épocas e culturas, principalmente em períodos de escassez de alimentos, o excesso de peso era associado à prosperidade, fertilidade, abundância, saúde e riqueza, e mesmo em sociedades modernas do século XIX as mulheres roliças, ou até mesmo gordas, que eram consideradas bonitas (Buckroyd, 2000). No entanto, houve, nos últimos anos, um “emagrecimento” progressivo do modelo de beleza, de modo que as formas corporais valorizadas hoje são muito mais magras do que há décadas atrás (Mello, 2001).

Assim, outro aspecto que marca o mundo contemporâneo é a evolução do padrão de beleza, principalmente feminino, em direção à supervalorização da magreza, que vem



sendo associada à atratividade sexual, competência e autocontrole, de tal modo que ser magro parece garantir aceitação, felicidade e sucesso, sobretudo na cultura ocidental. Com isso, percebemos cada vez mais uma busca excessiva em se alcançar este modelo de beleza centrado na magreza, o que contribui para o aumento da prevalência de comportamentos ligados à perda de peso e à busca do corpo ideal, como as mais variadas dietas alimentares, as mais diversas e modernas técnicas de exercícios físicos, academias, produtos cosméticos e técnicas cirúrgicas.

Parece, portanto, se estabelecer mais um forte e importante paradoxo no mundo contemporâneo: ao mesmo tempo em que existem vários fatores contribuindo para o excesso de peso, a sociedade de hoje exige ter um corpo bastante magro como modelo ideal de beleza. “*E agora, em tempos de fartura, temos de ter a aparência de esfomeadas?*” (Göckel, 1997, p. 17).

Mais paradoxal e cruel ainda é este modelo atingir prioritariamente às mulheres que têm um metabolismo um pouco diferente dos homens. Pois, em função da necessidade de garantir uma prole numerosa, as adaptações genéticas durante milênios fizeram com que a mulher tivesse uma maior concentração de tecido adiposo do que os homens, para que, aproveitando ao máximo os alimentos ingeridos, tivesse mais energia acumulada para dar à luz, amamentar e criar os filhos (*ibid.*).

Diante da dificuldade de se atingir este modelo de beleza centrado na magreza, já que ele não condiz com a forma corporal e com os estilos de vidas da maioria das pessoas, o contexto sócio-cultural contemporâneo acaba contribuindo para que a grande preocupação com a aparência física, a insatisfação com o peso e com a imagem corporal, o medo de engordar e o uso de determinados recursos inadequados para perda de peso estejam cada vez mais presentes da vida de muitas pessoas. Assim, os valores, crenças e significados deste contexto contemporâneo, que são uma construção sócio-histórico-

cultural, vêm favorecendo mudanças dramáticas na relação das pessoas com seus corpos e com sua alimentação, de tal modo que vêm sendo apontados como elementos da psicopatologia dos transtornos alimentares na contemporaneidade (Morgan, Vecchiatti e Negrão, 2002).

### **2.7. Contexto sócio-histórico-cultural: a pós-modernidade e os novos modos de construção de identidades e de subjetivação.**

Buscando aprofundar a análise dos aspectos sócio-culturais envolvidos na psicopatologia dos transtornos alimentares, se faz necessário abordar alguns dos fenômenos e processos característicos da pós-modernidade e que são determinantes na construção das identidades e da subjetividade do sujeito contemporâneo. A partir do século XX, podemos perceber a emergência de formas de organização social bastante divergentes daquelas criadas pelas instituições modernas (Dib, In: Assumpção-Seminário (org.), 2003), fazendo com que a pós-modernidade seja marcada por diferentes práticas culturais e político-econômicas e por diferentes modos de vida e de subjetivação.

Essas transformações se devem, sobretudo, aos avanços científicos e tecnológicos e aos processos de globalização. Pois, embora muitos autores (Canclini, 2003, Hall, 2003, Welsch, 2000, Fischler, 1998, Ortiz, 1994) enfatizem o surgimento de um pluralismo cultural, a partir da valorização do local e da diferença e de uma nova articulação entre o global e o local, tais fenômenos que marcam a pós-modernidade implicam em algum nível de padronização ou homogeneização de necessidades e de padrões culturais, sobretudo daqueles determinados pela sociedade de consumo desenvolvida a partir de uma economia de mercado globalizada.

Este é o caso, por exemplo, da alimentação, onde se percebe uma homogeneização de determinados alimentos voltada para o consumo maciço. Esta homogeneização, decorrente da “*progressão aparentemente implacável do ‘imperialismo alimentar’ oriundo da América do Norte*” (Fischler, In: Flandrin e Montanari, 1998, p. 844), está relacionada à industrialização da alimentação e ao surgimento da distribuição em grande escala e vai contribuir para o que Fischler chamou da “*McDonaldização’ dos costumes*” (*ibid.*).

A uniformização da vida cotidiana é, então, uma consequência da pós-modernidade (Dib, In: Assumpção-Seminério (org.), 2003) e se encontra intimamente relacionada a outros fenômenos pós-modernos, como o aumento do individualismo, a vontade de liberdade, o estímulo à criatividade, a busca pela satisfação e realização pessoal, de um lado, e a perda das certezas, a universalização do medo, a sensação de indecisão e de perda de controle e a necessidade de novos dispositivos de regulação da subjetividade, do outro. Tais fenômenos surgem diante da substituição da segurança, da ordem e da estabilidade da vida social, que marcavam a modernidade, por uma visão da realidade como complexa, não-linear, efêmera, fragmentada, e, portanto, de um futuro que passa a ter um caráter aleatório, indecifrável e imprevisível, que marcam a pós-modernidade.

Dessa forma, o sujeito contemporâneo se depara com novos modos de subjetivação e construção de identidades, profundamente marcados pela ambivalência. Pois, ao mesmo tempo em que a pós-modernidade vai envolver uma valorização extremada da liberdade individual, que, segundo Bauman (1998), leva à voracidade pelo novo e pelo consumo, a partir da busca por sensações inéditas e de prazer, vai envolver também uma grande necessidade de controle e de afastamento dos riscos, que surgem da insegurança e do descontrole, diante da falta de uma ancoragem fixa e estável da realidade pós-moderna. Dentro deste contexto, o sujeito pós-moderno é desafiado a alcançar uma felicidade

intimizada e a manter tudo sob controle, tentando se aproximar de tudo aquilo que acredita promover prazer e realização e se afastar de tudo aquilo que possa causar ameaças.

É importante ressaltar, então, a angústia, o medo, a depressão e a compulsividade que são experimentados pelo sujeito pós-moderno ao se defrontar com o fato de ser livre e autônomo, ao mesmo tempo em que está condenado a uma busca interminável por sucesso e realização, vivendo à sombra do fracasso, na medida em que é culpabilizado e responsabilizado caso não consiga conquistá-los. Diante disso, o sujeito pós-moderno acaba encontrando, segundo Dib (In: Assumpção-Seminário (org.), 2003), a razão de sua própria existência na satisfação oferecida pela sociedade de consumo.

## **2.8. Transformações na relação com o corpo: as práticas bio-ascéticas contemporâneas e os transtornos alimentares.**

Essas características ou novas configurações pós-modernas, fundamentadas na massificação do consumo de bens industrializados, nos avanços da informática, dos meios de comunicação, assim como da medicina, modificaram sensivelmente as relações do sujeito com a sociedade e com o seu corpo (Sant'Anna In: Rago, Orlandi e Veiga-Neto (orgs.), 2002). Este foi resgatado e passou a ser valorizado e explorado, diante da grande ênfase na busca de estimulação/satisfação e de controle.

Focalizando as ações do sistema capitalista sobre os corpos, Sant'Anna considera que, ao mesmo tempo em que o corpo é impelido a “*se conectar direta e cotidianamente com as necessidades do mercado global*”, o sujeito contemporâneo é estimulado a “*voltar-se para o seu corpo e a querer o controle e o aumento dos seus níveis de prazer*” (ibid., p. 100). Assim, da mesma forma em que as necessidades de cada corpo, e, portanto, suas singularidades, ficam subordinadas às necessidades da economia de mercado, há um crescimento nas ações e preocupações voltadas aos cuidados de si mesmo, para, através

das práticas de cuidar, transformar, controlar e proteger o corpo, afirmar a própria personalidade e aspirar o sucesso e a felicidade. (*ibid.*).

Dentro desta perspectiva, as práticas ascéticas contemporâneas, as bio-asceses, comprometidas com o mercado da saúde e que se encontram sob o poderio da megaindústria que reúne beleza, nutrição e saúde, são consideradas dispositivos de controle social. Dessa forma, os procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos contribuem, atualmente, para a formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna (Ortega, In: Rago, Orlandi e Veiga-Neto (orgs.), 2002).

Essas numerosas práticas bio-ascéticas, que participam da construção das identidades sociais e dos processos de subjetivação, contribuem, então, para a tendência em se considerar o corpo o lugar privilegiado da subjetividade, adquirindo o valor e o estatuto, outrora atribuídos à alma (Sant'Anna In: Rago, Orlandi e Veiga-Neto (orgs.), 2002). Com isso, o corpo torna-se um “*portador visível da auto-identidade*” (Giddens, 1992, *apud* Ortega In: Rago, Orlandi e Veiga-Neto (orgs.), 2002, p.155), e os alimentos que consumimos, os exercícios que fazemos, as roupas que vestimos, os comportamentos e rituais diários de cuidado com o corpo, tornam-se reflexos dos nossos estilos e projetos de vida e do modo como organizamos nossa vida social, assim como da nossa competência no processo de autoaperfeiçoamento individual.

Todas as partes do corpo são, portanto, transformadas e usadas como um marketing do eu e “*o primeiro estágio dessa tendência é a adoção progressiva de intervenções no corpo que se assemelham a ‘novos upgrades’ para a melhoria da aparência física*” (Sant'Anna In: Rago, Orlandi e Veiga-Neto (orgs.), 2002, p. 102). Assim, a nova ordem tecnocientífica, que envolve os avanços da medicina e as biotecnologias e se encontra subordinada à dominação capitalista, contribui para que o corpo seja, muitas vezes, visto e tratado como mercadoria.

Isto tem favorecido cada vez mais uma compulsão consumista para produtos de saúde, beleza, nutrição e *fitness*, que envolve tanto a “*obsessão pelo corpo bronzeado, malhado, sarado, lipoaspirado e siliconado*” (*ibid.*, p. 159), quanto o estereótipo, o preconceito, o estigma e a exclusão daqueles não atendem às exigências desse modelo, enquanto uma tentativa de afastar ou reprimir tudo aquilo que prejudique a busca pela saúde e pela perfeição corporal. Um exemplo disso é, como já vimos, a relação entre autocontrole, força, juventude, saúde e beleza com sucesso e felicidade e o surgimento de uma aversão à obesidade, entendida como expressão de inaptidão, ineficiência, fraqueza, descontrole, falta de vontade, falha de caráter e fracasso pessoal.

Diante disso, esse contexto sócio-cultural, onde predominam as práticas bio-ascéticas, enquanto dispositivos de controle social, e o estímulo ao consumo de alimentos industrializados, de um lado, e de produtos de saúde, beleza e *fitness*, de outro, parece contribuir para o desenvolvimento dos transtornos alimentares na contemporaneidade. Considerando, então, a profunda relação entre o imperativo da disciplina e do controle corporal com a busca do prazer e do consumo desenfreado, que marca a pós-modernidade, poderíamos pensar na anorexia nervosa como sendo o extremo do controle do corpo e da alimentação e da busca pelo corpo perfeito, enquanto que o transtorno da compulsão alimentar periódica estaria no extremo oposto, o do descontrole sobre o corpo e a alimentação, pela busca de prazer ou satisfação. A bulimia nervosa estaria, então, entre esses dois transtornos, já que envolve tanto episódios de descontrole (compulsão alimentar), quanto episódios de controle da alimentação e do corpo, a partir, sobretudo do uso dos comportamentos compensatórios inadequados, como jejuns excessivos e indução ao vômito.

## **2.9. Os transtornos alimentares e as relações de gênero.**

Dentro desta perspectiva, outro aspecto fundamental, a ser também considerado no estudo dos aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares na contemporaneidade, são as relações de gênero. Pois, pertencer ao gênero feminino é considerado fator de risco para o desenvolvimento desses transtornos do comportamento alimentar (Nunes e Pinheiro, In: Nunes *et al.*, 1998), visto que, embora a sua prevalência em homens pareça estar também aumentando nos últimos anos (Merola, 2004), a prevalência em mulheres é ainda muito maior. Isto contribui para que os transtornos alimentares sejam considerados “desordens femininas” (Bordo In: Jaggar e Bordo (org.), 1998).

A maior vulnerabilidade das mulheres ao desenvolvimento desses transtornos aponta para o lugar e o papel que as mulheres ocupam na sociedade contemporânea, assim como para as normas variáveis que governam a construção histórica de gênero e as relações de poder entre homens e mulheres. Esta vulnerabilidade parece estar intimamente relacionada ao fato das ações e preocupações com a aparência corporal afetarem as mulheres de maneira muito mais acentuada do que os homens e estarem ocupando, segundo Bordo (*ibid.*), muito mais tempo e espaço na vida das mulheres na contemporaneidade do que em qualquer outra época.

Pois, apesar das conquistas e avanços alcançados, sobretudo, através dos movimentos feministas, as mulheres ainda se encontram marcadas pelo fato de, há muito tempo e desde muito cedo, terem sua existência identificada em relação aos homens. Foram, e ainda têm sido, muitas vezes, tratadas como propriedades dos homens, aprendendo, para serem aceitas por eles e por si mesmas, a se tornarem “*agradáveis para os homens nos termos dos homens*” (Buckroyd, 2000, p. 75).

*“Em várias ocasiões, no século XIX e também no nosso século, as mulheres foram usadas – e muitas vezes se deixaram usar e cobraram por isto – por pais e maridos, como instrumento para alcançar êxitos financeiros e sucesso profissional e pessoal. A habilidade e a demonstração dos dotes femininos, inclusive os físicos, nos eventos sociais tiveram, em diversos*

*momentos, papel decisivo na elevação social de pais e maridos.” (Rocha-Coutinho, 1996, p.34)*

Na medida em que são ensinadas, então, a agradar, principalmente, visual e sexualmente, e a depender da aprovação dos outros, muitas mulheres têm sua auto-avaliação e auto-estima baseadas na opinião dos outros, de modo que a avaliação e a aprovação do outro é usada como medida de seu valor pessoal e a sua aparência física vista como o alvo principal. Este fato fragiliza, assim, a sua autoconfiança, favorecendo sentimentos de insegurança, carência, insuficiência e de dúvida em relação a si mesmas.

Estes sentimentos são também experimentados pelas mulheres em função das grandes e paradoxais exigências que lhes são feitas na pós-modernidade. Pois, ao mesmo tempo em que ainda precisam aprender as virtudes consideradas tradicionalmente como “femininas”, sofrendo a influência de algumas concepções domésticas do feminino, que envolvem assumir o papel de principal nutridora emocional e física e as funções próprias do espaço privado, são também estimuladas a aprender e incorporar os valores “masculinos” na busca pela independência, sucesso, realização pessoal e profissional e conquista do mercado de trabalho e da vida pública.

Com isso, é importante também considerar a dicotomia, que ainda percebemos atualmente, na qual *“o homem vai estar ligado à cultura, e a mulher à natureza, ao corpo, ao lado animal, por oposição ao espiritual, à alma, etc.”* (D’Avila, 1997, p. 10). Diante, então, de sua associação à natureza instintiva, abrangente e acolhedora, cabe às mulheres o lugar da abnegação e da reprodução, enquanto que aos homens cabe o lugar da dominação, pela sua associação à cultura objetiva, à ordem, à lei.

*“A atribuição da idéia de ‘natureza’ à mulher, como princípio imanente, tem sido tomada como um fator ideológico para justificar uma relação de poder marcada pela apropriação do tempo, dos produtos do corpo, e uma apropriação sexual da mulher pelo homem”* (Guillaumin apud D’Avila, 1997, p.12)



Este modelo de dominação masculina, que ainda persiste na pós-modernidade na maioria das sociedades, parece contribuir para a transformação dos corpos femininos em corpos “*habitados ao controle externo, à sujeição, à transformação e ao ‘aperfeiçoamento’*” (Bordo, In: Jaggar e Bordo (org.), 1998, p. 20). Com isso, as práticas bio-ascéticas contemporâneas, recaem de maneira mais freqüente e significativa nos corpos femininos, parecendo se constituir como importantes dispositivos de controle social das mulheres.

Dentro deste contexto, os transtornos alimentares têm sido vistos, como uma construção e exposição de gênero, como uma inscrição corporal, dolorosa e caricaturada das normas que regem a construção do feminino na contemporaneidade (Bordo, In: Jaggar e Bordo (org.), 1998). No entanto, por mais graves, dolorosos, limitadores, coercitivos, e autodestrutivos, representam, para muitas mulheres, alguma, ou a única, forma de entrarem num mundo definido por valores, significados e modelos masculinos da esfera pública, marcado por “*uma ética e uma estética de autodomínio e autotranscendência, de perícia e de poder, através da vontade e controle superiores*” (*ibid.*, p. 30). Acabam se configurando como uma solução, um caminho de aceitação e sucesso, uma forma de serem valorizadas dentro deste contexto sócio-histórico-cultural.

*“A progressiva incidência de desordens alimentares, a crescente insatisfação e ansiedade entre meninas e mulheres em relação à sua aparência e os regimes compulsivos de ‘aperfeiçoamento’ corporal, nos quais tantas de nós se engajam, sugerem que uma batalha política está sendo travada sobre a energia e os recursos do corpo feminino, uma batalha na qual pelo menos algumas metas feministas, previstas para dar poderes às mulheres, estão sendo derrotadas.”* (*ibid.*, p. 36)

### **3 – O processo de produção de sentidos: a abordagem da Rede de Significações**

Utilizamos neste estudo o referencial teórico-metodológico da Rede de Significações (Rossetti-Ferreira *et al.*, 2004), que, fundamentado epistemologicamente

pelo paradigma da complexidade e teoricamente pela perspectiva sócio-histórica do desenvolvimento humano, entende a significação como resultante das relações interpessoais e como a atividade mais fundamental do homem (Vygotsky, 1996, *apud* Smolka In: Rossetti-Ferreira, *et al.*, 2004). É, portanto, uma abordagem que considera as relações humanas e a produção de sentidos e significados como centrais nos processos de constituição e desenvolvimento humano e tem como proposta compreender tais processos de maneira integrada e inclusiva e em suas múltiplas dimensões, reconhecendo sua complexidade, flexibilidade e dinâmica (Rossetti-Ferreira In: Rossetti-Ferreira, *et al.*, 2004).

Consideramos importante ressaltar, de imediato, que, para uma melhor compreensão da proposta da Rede de Significações (RedSig) neste estudo, utilizamos a distinção de Paulhan, apresentada por Vygotsky (1991), para os termos “sentido” e “significado”. De acordo com esses autores, o sentido de uma palavra, ou de um fenômeno, é muito mais amplo e predominante do que seu significado. Ele é uma totalidade fluida e dinâmica, da qual o significado é apenas uma parte, a parte mais precisa e estável (*ibid.*).

Pois, o sentido, além do seu significado dicionarizado ou compartilhado, vai envolver os eventos psicológicos que a palavra ou fenômeno despertam em nós dentro de um contexto específico. Assim, uma palavra ou um fenômeno adquire o seu sentido no contexto em que surge, em contextos diferentes, vai adquirir outros sentidos, enquanto que o seu significado permanece relativamente definido e constante ao longo das alterações de sentido e nos diferentes contextos. O sentido pode ser pensado, portanto, como um enriquecimento do seu significado por eventos intelectuais e afetivos que emergem de acordo com as situações e com a consciência de quem o utiliza, caracterizando-se como complexo, variável e quase ilimitado (*ibid.*).

Considerando, então, o caráter fundante dos atos de significação e das relações sociais, a perspectiva da RedSig propõe que a constituição e desenvolvimento do homem, entendidos como se dando durante todo o ciclo vital, ocorrem dentro de processos dinâmicos e complexos que envolvem diversos elementos de ordem pessoal, relacional e contextual (Rossetti-Ferreira *in* Rossetti-Ferreira, *et al.*, 2004). Esses elementos se constituem mutuamente e se articulam dialeticamente e sua articulação faz emergir uma multiplicidade de sentidos e significados, configurando uma malha/rede de natureza semiótica e polissêmica que se altera continuamente em função do tempo e dos eventos.

Dessa forma, os processos de constituição e desenvolvimento humano são compreendidos como se dando por meio de redes de significação que se configuram e reconfiguram a partir da articulação entre os diversos elementos pessoais, relacionais e contextuais. Ou seja, o processo de desenvolvimento do homem, que envolve a construção da sua subjetividade e das suas identidades, se dá por meio dos múltiplos sentidos e significados que vão sendo co-construídos nas relações estabelecidas entre as pessoas e em contextos específicos.

Cabe aqui também ressaltar que adotamos neste estudo a concepção de subjetividade proposta por Fernando Gonzáles Rey em sua Teoria da Subjetividade. Segundo Martinez (In: Rey (org.), 2005), esta teoria de Rey se constitui como uma expressão do paradigma epistemológico da complexidade na Psicologia, pois representa uma tentativa de compreender o psiquismo humano não pela sua separação e redução a processos e elementos mais simples, mas enquanto um processo subjetivo de caráter complexo, multidimensional, sistêmico, dialético e dialógico.

A partir de uma perspectiva histórico-cultural, Rey (1999 *apud* Martinez In: Rey *et al.*, 2005) define a subjetividade como a organização dos processos de sentido e de significação que emergem no sujeito e nos diferentes espaços sociais dos quais ele

participa. Ou seja, a subjetividade vai se constituindo enquanto configurações de sentidos e de significados que emergem de diferentes zonas da experiência individual e social.

Assim, a concepção de subjetividade de Rey procura evidenciar a articulação entre o individual e o social no psiquismo humano, apontando para o caráter complementar, contraditório e recursivo que essa articulação implica. Com isso, entende a subjetividade como simultaneamente individual e social, rompendo, portanto, com as dicotomias entre individual-social, interno-externo, subjetivo-objetivo e subvertendo os princípios do pensamento simplificador (Morin *apud* Martinez In: Rey *et al.*, 2005) que fundamentaram a ciência clássica (*ibid.*).

A perspectiva da RedSig compreende, então, o homem como um ser de relação, um ser social, ativo e dialógico por natureza, que se constitui, se define, se diferencia e se assemelha no espaço relacional, de modo que suas características pessoais são construídas na sua história interacional. E, na medida em que se constrói na relação com os outros e com o mundo, é também um ser múltiplo, já que são vários os parceiros de interação, os espaços e posições ocupados e os papéis, sentidos e significados que vão sendo atribuídos e assumidos uns em relação aos outros (Rossetti-Ferreira In: Rossetti-Ferreira, *et al.*, 2004).

Dessa forma, não podemos falar na constituição de uma identidade fixa e estável, mas em múltiplas identidades que se constituem e se alternam de maneira dinâmica ao longo de toda a vida e a partir das relações que a pessoa estabelece consigo mesma, com os outros e com o mundo. Essa visão se assemelha à perspectiva proposta por Stuart Hall em relação à construção das identidades pessoais e culturais na contemporaneidade.

Hall (2003) considera que a pós-modernidade rompe com qualquer concepção essencialista, permanente ou fixa de identidade. Entendendo que a identidade é definida historicamente e não biologicamente, Hall propõe que o sujeito pós-moderno é composto

de várias identidades que se deslocam continuamente e que são, muitas vezes contraditórias. E, na medida em que se multiplicam os sistemas de significação e representação cultural, sobretudo em função dos processos de globalização, que representa um importante fenômeno da pós-modernidade, as pessoas são cada vez mais confrontadas com uma multiplicidade de identidades possíveis, o que contribui para que assumam identidades diferentes em contextos e momentos diferentes.

Os processos de constituição do ser humano são, portanto, compreendidos, na perspectiva da RedSig, como se dando a partir das múltiplas e complexas “inter-ações”, ações partilhadas e interdependentes, entre as pessoas e em contextos específicos, cultural e socialmente organizados (Rossetti-Ferreira In: Rossetti-Ferreira, *et al.*, 2004). Esses contextos desempenham um importante papel nos processos de desenvolvimento, delimitando o modo como essas interações podem se estabelecer.

Tais contextos não são vistos como panos de fundo dos processos de desenvolvimento, ou como fatores aos quais a pessoa se assujeita e que determinam suas trajetórias ontogenéticas. Pois, segundo Rossetti-Ferreira, Amorim e Silva (In: Rossetti-Ferreira, *et al.*, 2004), as pessoas e os contextos se encontram numa relação de interdependência, se configurando como partes indissociáveis e em mútua constituição. Assim, da mesma forma que esses contextos constituem, definem e transformam as pessoas que dele participam, são também constituídos, definidos e transformados por essas pessoas, caracterizando relações pessoa-meio mutuamente constitutivas.

Esses contextos são compreendidos tanto como ambiente, campo de condutas, quanto como meio, instrumento de desenvolvimento. São constituídos pelo ambiente físico e social, assim como pela estrutura organizacional e econômica. Vão envolver os sistemas de valores, concepções e crenças prevalentes e as formas de coordenação de papéis/posicionamentos. São guiados por funções, regras, rotinas e horários específicos e

contribuem para a construção das relações profissionais, pessoais, afetivas e de poder entre os seus participantes (*ibid.*)

Considera-se, então, que as redes que se configuram e reconfiguram dentro desses contextos específicos são atravessadas pela linguagem e pela cultura, assim como pelos múltiplos sentidos e significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e às situações, o que marca a natureza discursiva e o caráter semiótico da constituição humana. Com isso, os processos de desenvolvimento são entendidos, na perspectiva da RedSig, como mergulhados em e impregnados por uma matriz sócio-histórica, composta por elementos sociais, econômicos, históricos, políticos e culturais, que tem concretude no aqui- agora das situações e está em contínua construção (Rossetti-Ferreira, Amorim e Silva In: Rossetti-Ferreira, *et al.*, 2004). A matriz sócio-histórica representa, portanto, uma estrutura de natureza semiótica e polissêmica que favorece a emergência de certos significados e de certas organizações sociais.

No entanto, da mesma forma em que as pessoas são continuamente constituídas e têm seus processos de desenvolvimento circunscritos por aspectos da matriz sócio-histórica, são elas que a constroem, preservam, transmitem e modificam, em um mútuo e contínuo devir. Ou seja, assim como as pessoas não podem ser pensadas fora dos contextos sócio-históricos nos quais se encontram inseridas, a matriz sócio-histórica não pode ser pensada como tendo vida independente das pessoas. Ela é dialógica e dialeticamente constituída a partir dos processos relacionais, dentro de contextos específicos (*ibid.*).

Esses elementos sociais, culturais, históricos, políticos e econômicos, que compõem a matriz sócio-histórica, em articulação com elementos psicológicos (individuais e grupais) e biológicos, contribuem para demarcar certas possibilidades e certos limites aos processos de significação e às interações entre as pessoas dentro de contextos específicos. Assim, a articulação entre os diversos elementos pessoais, sócio-culturais e contextuais

delimita as possíveis configurações das redes de significação, de modo que algumas configurações emergem mais facilmente, enquanto outras são excluídas das situações interacionais, caracterizando um jogo de figura e fundo que marca o caráter dinâmico e contínuo dos processos de significação e de desenvolvimento.

Por sua vez, as configurações e reconfigurações das redes de significação das pessoas canalizam determinadas ações, sentimentos e pensamentos e delimitam certas zonas de ação das pessoas em interação, em função da diversidade de sentidos e significados que emerge nas várias situações e que, algumas vezes, é mais ampla, outras, bem restrita. Com isso, podemos dizer que, na perspectiva da RedSig, as configurações das redes de significação funcionam como circunscritores, ou seja, trazem um conjunto de possibilidades e limites às situações, aos comportamentos e ao desenvolvimento das pessoas (Rossetti-Ferreira, Amorim e Silva In: Rossetti-Ferreira, *et al.*, 2004.).

Assim, no processo de constituição mútua das pessoas e do meio, a presença de circunscritores funciona como um sistema mediador, organizador e canalizador das trajetórias desenvolvimentais. Esse sistema circunscritor implica num duplo movimento, de impulsionar o desenvolvimento das pessoas para determinadas direções e, ao mesmo tempo, distanciar ou interditar outras. Com isso, múltiplas trajetórias se abrem e são possíveis de serem traçadas, no entanto, não são equiprováveis, algumas são mais favorecidas e estimuladas, enquanto outras ficam distanciadas ou são interdidadas.

Ou seja, em função das constantes reconstruções das redes de significação e, conseqüentemente do conjunto de circunscritores, os processos de constituição e desenvolvimento humano podem seguir percursos variados e inesperados, configurando-se como um fluxo contínuo que é constantemente construído e transformado. No entanto, nem todos os possíveis percursos circunscritos pelas redes se atualizarão ou serão percorridos, pois alguns percursos tornam-se mais prováveis e favoráveis que outros, além daqueles

percursos que foram interditados ou que nunca foram colocados como possibilidades (*ibid.*).

De acordo com Silva, Rossetti-Ferreira e Carvalho (In: Rossetti-Ferreira, *et al.*, 2004), os processos de circunscrição são intrínsecos ao desenvolvimento humano e bastante complexos. São de ordem material e simbólica e se dão num jogo de figura e fundo, não podendo ser tomados independentes das situações, das pessoas e dos contextos. Além disso, nem todos os circunscritores possuem o mesmo peso ou poder de ação em cada situação. Alguns possuem maior capacidade de se atualizarem na redes de significação, de modo que certas configurações da rede podem se tornar predominantes e recorrentes, se rerepresentando com mais frequência e intensidade na história interacional das pessoas.

Alguns circunscritores, denominados de enredamento (*ibid.*), podem, inclusive, inibir a criação ou emergência de novos sentidos e significados, cristalizando comportamentos, sentimentos e ações e enredando a pessoa numa posição sobre a qual tem pouco controle e que tem dificuldade de transformar. Assim, o poder fortemente circunscritor de algumas configurações da rede acaba criando uma estrutura rígida que submete a pessoa a certas posições e comportamentos.

Considera-se, portanto, na perspectiva da RedSig, o caráter conformador e determinante dos circunscritores. No entanto, tendo em vista o seu duplo movimento de fechar e abrir possibilidades e a sua contínua construção e reconstrução, ressalta-se também o seu caráter transformador, de abrir múltiplas trajetórias desenvolvimentais e de abrir possibilidades de produção de novos sentidos e significados, novas relações e novos fluxos de ações/emoções/concepções entre as pessoas em contextos específicos.

Considerando, então, o caráter construtivo do conjunto de circunscritores, os processos de desenvolvimento da pessoa, assim como de construção das suas identidades e



subjetividades, são compreendidos como simultaneamente determinados e indeterminados (Rossetti-Ferreira, Amorim e Silva In: Rossetti-Ferreira *et al.*, 2004). Há, portanto, espaço para novidade, mudança, transformação, criação e inovação, como também para continuidade, persistência, preservação e previsibilidade nos processos de canalização, organização e regulação do sistema pessoa-meio em construção/desenvolvimento.

Dessa forma, a perspectiva da RedSig envolve uma concepção da pessoa que tanto se constitui e é determinada pelas relações que estabelece consigo mesma, com os diversos parceiros de interação e com os contextos, como também os constitui e pode modificá-los. Assim, pessoa e meio se encontram numa relação de interdependência e se constituem mutuamente, constroem e são construídos, circunscrevem e são circunscritos, sendo ao mesmo tempo ativos e passivos nessas construções (Rossetti-Ferreira, Amorim e Silva In: Rossetti-Ferreira *et al.*, 2004).

Podemos dizer, então, que, segundo Rossetti-Ferreira (In: Rossetti-Ferreira *et al.*, 2004).), a RedSig é uma abordagem complexa e semiótica que procura romper/superar diversas dicotomias, tais como entre determinismo e indeterminismo, continuidade e mudança, pessoa autônoma e pessoa assujeitada, interno e externo, natural e social, sujeito e objeto. Assim, baseando-se numa visão que considera a multiplicidade, a complexidade, a contradição e o conflito como constitutivas de qualquer fenômeno em estudo, a RedSig busca integrar de forma dinâmica esses diversos elementos que participam dos processos de constituição e desenvolvimento do homem.

Com isso, a perspectiva da RedSig configura-se também como uma forma de apropriação dessa realidade complexa e multidimensional (Craidy In: Rossetti-Ferreira *et al.*, 2004). Ou seja, configura-se como um instrumento de investigação/pesquisa que pretende apreender as complexas e dinâmicas articulações entre os vários elementos

(pessoais, relacionais e contextuais) que participam dos processos de constituição e desenvolvimento das pessoas.

O trabalho metodológico da RedSig, que se interessa pelos processos de significação, envolve, portanto, apreender certos elementos das redes de significação nas quais as pessoas se encontram imersas. Assim, através da coleta e análise sistemáticas dos dados de pesquisa, busca-se conhecer quais elementos emergem e/ou se destacam na situação investigada e como esses elementos articulam-se e circunscrevem certas possibilidades de ação/emoção/cognição (Craidy In: Rossetti-Ferreira *et al.*, 2004).

Várias técnicas de coleta de dados podem ser utilizadas em pesquisas fundamentadas pela perspectiva da RedSig. Dependendo do objeto, do tempo e dos recursos disponíveis para o estudo, busca-se aquela(s) técnica(s) que favoreça(m) a emergência/produção de sentidos e significados na situação de pesquisa e a apreensão dos elementos da configuração das redes de significação que se pretende investigar.

A análise dos dados vai envolver diferentes processos de relação do pesquisador com o material coletado, onde um olhar mais amplo e geral se alterna com análises mais minuciosas (*ibid.*). O trabalho de análise implica, então, tanto em se obter uma visão panorâmica, uma visão de conjunto dos sentidos e significados que emergem do fenômeno estudado, como realizar um delineamento mais detalhado dos elementos de ordem pessoal, relacional e contextual presentes na configuração das redes de significação analisadas. Nesta análise detalhada, busca-se apreender as diferentes pessoas (presentes ou presentificadas), as relações e os contextos que participam daquela produção de sentidos e significados, assim como os elementos circunscritores e da matriz sócio-histórica que se evidenciam.

Além disso, o processo de análise dos dados na perspectiva da RedSig envolve também um trabalho de interpretação do material coletado. Pois, o pesquisador, na sua

relação com o objeto pesquisado, também se encontra imerso numa rede de significações, que envolve a produção de sentidos e significados que organizam e canalizam seus recortes e suas interpretações sobre o fenômeno estudado.

Assim, os pontos de vista do pesquisador sobre a realidade pesquisada podem ser múltiplos e se transformar ao longo do processo de pesquisa. No entanto, não podem ser todos ou quaisquer uns, visto que são também circunscritos por elementos das várias configurações da rede de significações que emergem durante a pesquisa, de modo que suas interpretações e toda discussão teórico-metodológica sofrem essa circunscrição, fazendo com que a apreensão da realidade pesquisada seja sempre parcial e limitada.

Para concluir, podemos dizer que todas essas considerações sobre a RedSig como um instrumento de pesquisa implicam numa compreensão do pesquisador como participante ativo do processo de pesquisa e numa visão da realidade apreendida como uma construção bastante dinâmica e complexa que se dá na relação pesquisador/pesquisado. Implica também em perceber que o trabalho metodológico, na perspectiva da RedSig, é inseparável da teoria que o inspirou (Craidy, In: Rossetti-Ferreira *et al.*, 2004).

#### **4 – Metodologia**

Para, então, alcançarmos o objetivo deste estudo, que é de compreender as vivências e percepções de mulheres que sofrem de transtornos alimentares, a partir dos sentidos que elas atribuem ao próprio transtorno, à alimentação e ao corpo, focalizando os possíveis significados sócio-culturais que emergem dessa produção, adotamos uma metodologia qualitativa de pesquisa fundamentada na perspectiva da Rede de Significações (Rossetti-Ferreira, *et al.*, 2004), apresentada anteriormente. A escolha de uma modalidade qualitativa de pesquisa se deve à natureza subjetiva do nosso objeto de estudo que não

pode ser apreendida através de mensuração ou análises estatísticas de dados, e, portanto, através de modalidades quantitativas de investigação.

Pois, segundo Bosi e Mercado (In: Bosi e Mercado (orgs.), 2004), as investigações qualitativas focalizam a dimensão subjetiva dos fenômenos estudados, dimensão esta que se refere à singularidade e não encontra expressão em números. Investigando, sobretudo, vivências e experiências, processos de significação, representações dos sujeitos, as pesquisas qualitativas se interessam pelas emoções, pelos sentidos e significados, pelos afetos, pelas percepções, pelas crenças, ou seja, pelo espaço da subjetividade.

A postura qualitativa de investigação, assumindo, então, a inserção dos processos subjetivos na apreensão da realidade, considera a existência de múltiplas realidades, construídas na relação dinâmica e não neutra entre sujeito e objeto. Envolve, portanto, a crença na inexistência de uma realidade única, objetiva e externa/independente do observador, capaz de ser alcançada através de amostras probabilísticas, o que implica na impossibilidade de se obter verdades fixas, universais e eternas (*ibid.*). Assim, a modalidade qualitativa de pesquisa não obedece ao paradigma positivista de ciência, que fundamenta as investigações interessadas nos aspectos objetivos dos fenômenos estudados e que procuram, através do método científico, com seus princípios de neutralidade, causalidade, exatidão, mensuração, controle, predição e universalização dos dados, neutralizar a inserção da subjetividade no processo de apreensão da realidade (*ibid.*).

Embora cada vez mais estudos estejam sendo realizados através de modalidades qualitativas de investigação, como uma resposta aos desafios da contemporaneidade, a área da saúde é ainda fortemente orientada pelo “*modelo da biomedicina que relega a subjetividade a um plano secundário...*” (*ibid.* pág. 36). Dessa forma, uma grande parte dos estudos sobre os transtornos do comportamento alimentar são realizados através de propostas mais quantitativistas, apoiadas no modelo positivista de ciência, que se mostram

limitadas no alcance da complexidade do fenômeno estudado, sobretudo na área da saúde. Há, portanto, atualmente, uma necessidade de ampliação e maior aprofundamento dos estudos sobre os transtornos alimentares, através de abordagens mais inclusivas da complexidade que eles constituem, complexidade esta já reconhecida pelos pesquisadores e profissionais de saúde e que tanto nos desafia atualmente.

Com isso, esta pesquisa se insere nas propostas atuais de, através de abordagens qualitativas, aprofundar as investigações sobre os transtornos alimentares, considerando os aspectos subjetivos a eles relacionados. Em função dessa proposta de aprofundamento, optamos por realizar um estudo de casos sobre os sentidos atribuídos aos transtornos alimentares, ao corpo e à alimentação por mulheres que sofrem destes distúrbios do comportamento alimentar, procurando identificar, a partir de suas vivências e percepções, os aspectos sócio-culturais a eles relacionados.

O estudo de caso representa uma modalidade de investigação que procura analisar de maneira detalhada e profunda a particularidade de um caso, que pode ser uma pessoa, um conjunto de pessoas, um grupo, uma comunidade, uma organização. Dessa forma, implica na não representatividade estatística da amostra selecionada e na impossibilidade de generalização dos resultados, que representam princípios fundamentais nas tradições quantitativas de investigação (Deslandes e Gomes In: Bosi, Mercado *et. al.*, 2004).

É considerado um “*modelo exemplar de aplicação da lógica metodológica da pesquisa qualitativa*” (*ibid.*, pág. 102), envolvendo, portanto, a crença na possibilidade de construção de conhecimento a partir da singularidade de um caso. Nessa perspectiva, acreditamos que a qualidade da realidade apreendida tem importância e relevância em si e entendemos que cada estudo “*é, em última instância, uma aproximação da realidade do caso*” (*ibid.*, pág. 106), ou uma “*ilustração das inúmeras possibilidades de sentidos*” (Spink e Menegon In Spink *et al*, 1999, pág. 88) produzidos acerca da realidade estudada,

que em nossa pesquisa são as vivências e percepções de mulheres que sofrem de transtornos alimentares.

#### **4.1 – Instrumento de coleta de dados**

Para realização de nosso estudo de casos, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, isto é, compostas por perguntas abertas, que deixavam espaço para elaboração livre das mulheres participantes, mas organizadas em torno de três eixos principais: o transtorno alimentar, a alimentação e o corpo. A escolha do uso de entrevistas justifica-se pelo fato de representar um instrumento que serve como facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação na relação com as pessoas entrevistadas (Minayo, 2000). Além disso, entendemos a entrevista como uma prática discursiva, ou seja, *“como ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade”* (Pinheiro In: Spink *et al.*, 1999, pág. 186), o que, favorecerá, portanto, a apreensão dos processos de significação que nos interessa investigar.

#### **4.2 – Sujeitos**

Participaram deste estudo 3 (três) mulheres com diagnóstico de transtornos alimentares, de classe média, na faixa etária dos 30-35 anos e residentes na cidade do Rio de Janeiro. A nossa opção por realizar 3 (três) entrevistas individuais se deve à nossa proposta de, através de um estudo de casos, compreender as experiências e vivências dessas mulheres da forma mais profunda e abrangente possível. É importante ressaltar também que optamos por trabalhar com mulheres jovens adultas tendo em vista a literatura apontar esta população como a mais atingida pelos transtornos alimentares na atualidade (Hsu, 1996, *apud* Morgan e Azevedo, In: Nunes *et al.*, 1998).

### **4.3 – Procedimentos e contexto do estudo**

Para seleção das mulheres a serem entrevistadas, foi feito inicialmente um contato com alguns profissionais de saúde que prestam atendimento a mulheres que sofrem de transtornos alimentares. Neste contato, foi apresentado o objetivo desta pesquisa e feito o convite para que colaborassem com a mesma através da indicação de mulheres jovens adultas com diagnóstico de transtornos alimentares, para serem entrevistadas. A partir da seleção de mulheres que atendiam ao perfil esperado, os profissionais de saúde verificaram junto a essas mulheres o seu interesse e disponibilidade para participarem da pesquisa. Após esta verificação, as mulheres que aceitaram participar da pesquisa foram, então, indicadas para serem contatadas.

Através de contato telefônico com as mulheres indicadas foi marcada uma data e definido um local para realização das entrevistas. Nestes encontros foi apresentado o objetivo da pesquisa, foram dados todos os esclarecimentos que se fizeram necessários e foi solicitada a permissão para o uso de gravador e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde foi assegurado o seu anonimato e o sigilo dos dados obtidos com este estudo. As entrevistas foram realizadas no mesmo dia, individualmente e em local apropriado, visando permitir que as mulheres participantes se sentissem mais a vontade para falar sobre suas vivências e percepções. O local das entrevistas foi escolhido pelas próprias mulheres, tendo acontecido no consultório particular da pesquisadora.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, contando-se também com o apoio de observações qualitativas registradas. Após a sua transcrição, as entrevistas foram analisadas através do referencial teórico-metodológico da Rede de Significações (Rossetti-Ferreira, *et. al.*, 2004) e a partir dos três eixos principais que nortearam o estudo. No

processo de análise, foi realizada uma leitura detalhada e minuciosa de cada uma das entrevistas, visando apreender a singularidade dos processos de significação presentes no material coletado. Posteriormente, foi realizada uma leitura ampla e geral das entrevistas, visando apreender os elementos comuns, semelhantes, divergentes e/ou contraditórios presentes na produção de sentidos das 3 (três) entrevistas.

Tendo sido concluída as análises e defendida a dissertação, os resultados desta pesquisa serão disponibilizados através da entrega de um exemplar da dissertação aos profissionais de saúde que colaboraram com a seleção e indicação das mulheres para as entrevistas. As mulheres entrevistadas poderão, então, ter acesso aos resultados através deste exemplar da dissertação que estará sob os cuidados desses profissionais. Além disso, será também entregue às mulheres participantes uma cópia do artigo a ser elaborado sobre o trabalho realizado, onde constarão os resultados da pesquisa em questão. O retorno desses resultados foi garantido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ressaltar, ainda, que todo o trabalho de campo foi conduzido de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto deste estudo foi, portanto, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

## **5 – Os casos estudados**

Neste capítulo apresentaremos as análises de cada caso individualmente, destacando as vivências e percepções de cada uma das mulheres entrevistadas que nos parecem contribuir para a compreensão do processo de produção de sentidos a respeito de seu transtorno alimentar, de sua alimentação e de seu corpo e para a identificação dos significados sócio-culturais a eles relacionados. É importante aqui ressaltar que na apresentação das análises de cada caso os nomes de todas as participantes do estudo e de



todas as pessoas que elas citaram em suas entrevistas foram trocados como garantia de anonimato e preservação de suas identidades.

### **5.1. Caso 1 - “Renata: a comida como válvula de escape”**

O primeiro caso a ser apresentado neste estudo é o de Renata, uma mulher de 33 anos, moradora da cidade do Rio de Janeiro (RJ), casada, sem filhos, com 3º grau completo, cuja profissão era de administradora de empresas. Renata tem 1,74 m de altura e pesava 97 kg, estando, portanto, com um Índice de Massa Corporal (IMC) de 32. Com esse índice, Renata se encontrava na faixa de obesidade classe I e apresentava um quadro de transtorno da compulsão alimentar periódica, de acordo com a classificação do DSM-IV. Já havia passado por diferentes tratamentos terapêuticos, sobretudo diversas psicoterapias. Na época da sua entrevista, ela estava em tratamento com uma psicóloga e com uma endocrinologista e fazia uso de sibutramina - medicamento desenvolvido, inicialmente, com uma função anti-depressiva que vem sendo usado no tratamento da compulsão alimentar, pois, agindo por meio do aumento da saciedade, auxilia no controle da ingestão alimentar e, portanto, no processo de emagrecimento (Matos e Bahia In Nunes *et al.*, 1998).

Na sua entrevista, Renata reconheceu ser portadora de um transtorno alimentar. Para ela, isso significa se alimentar de uma maneira que não respeita e vai além da sua necessidade fisiológica de alimento. Ou seja, significa comer mais do que precisa, já que envolve comer sem fome e por outras razões que não a nutrição fisiológica.

*P: Você considera que tem um transtorno alimentar?*

*R: “ Sim, com certeza. Com certeza.”*

*“É uma pessoa que não, que não tem uma relação... é, de ver a comida simplesmente como uma coisa que alimenta e que mata a fome, né? Eu como sem fome, eu como por várias coisas, né? E aí faz com que você não*

*se alimente de uma forma... assim, que respeita o seu... né, a sua necessidade física.”*

Contudo, ela ressaltou que muitas pessoas também comem demais e independente da fome, sem que isso signifique que tenham um transtorno alimentar. Assim, o que para ela vai configurar o transtorno alimentar é quando a pessoa não consegue mais administrar o seu comer em excesso, é quando o comer demais torna-se um problema na vida dessa pessoa.

*“Tem muita gente, tem gente, a maioria das pessoas comem também sem fome, comem mais do que precisam. Por que é aquilo que a Camila (psicóloga) fala, tem muita oferta de comida, as comidas são ótimas. Mas aí eu acho que quando aquilo vira um problema pra você, aí, você tá transtornada, (risos).”*

*“Eu acho que é, que é essa a diferença, quando você não consegue mais administrar isso, assim, né?”*

É interessante ressaltar em relação ao primeiro trecho acima, que Renata reconhece que a atual oferta de alimentos, fortemente fomentada por interesses mercadológicos e veiculada, sobretudo, através da mídia, contribui para que as pessoas comam em excesso. Fica bastante claro na sua fala que essa questão lhe foi apresentada por Camila, sua psicoterapeuta, na época de sua entrevista, especializada no tratamento de transtornos alimentares, e parece contribuir para uma percepção de que existem também estímulos do meio que favorecem a superalimentação e, portanto, de como é difícil resistir ou superar o desejo de comer demais num mundo repleto de comidas gostosas, variadas e de fácil acesso.

Renata relatou que desde muito nova apresentava episódios de comer mais do que precisava para sua nutrição fisiológica. Esses episódios envolviam, por exemplo, consumir escondido, sem o conhecimento e a permissão da mãe, determinados alimentos que eram, então, usados por ela e pela irmã como fonte de prazer.

*“...eu sempre tive episódios de comer demais, acho que desde bem adolescente, né?”*

*“Ah, tinha aquelas coisas, né, eu e minha irmã, minha mãe saía, aí a gente ia escondido, pegava uma lata de leite condensado e mamava, aquelas coisas, mas não tinha o peso que tem hoje, né, era a gente saber onde é que tinha uma caixa, vamos supor, de pirulito que tinha para a merenda e de polenguinho e a gente ia lá e assaltava, a comida era uma coisa assim, era uma fonte de prazer, né?...”*

Fica claro, então, neste seu relato que alguns alimentos, como certas guloseimas, eram comprados em quantidade (caixa) e guardados ou controlados por sua mãe, provavelmente para que não fossem consumidos em excesso ou de uma só vez. Assim, apesar desse possível controle da mãe, que levava Renata a consumir escondido tais alimentos, a casa de Renata sempre foi marcada por muita fartura de comida e pelo estímulo para que experimentassem comidas novas e diferentes, de modo que os alimentos estavam sempre muito disponíveis.

*“... a minha casa, sempre foi uma casa assim com bastante comida, né? ... sempre foi aquela casa que você podia chegar e ia dar para você comer também, ...”*

*“... é, meu pai sempre estimulou a gente a provar as coisas, a provar uma coisa diferente, ...”*

*“Sempre, sempre disponível, sempre bem disponível.”*

Além dessa fartura, a comida, no seu contexto familiar, estava também bastante associada à festa, alegria e muita gente reunida e era usada como expressão de afeto, como aconchego e para agradar. Com isso, além do prazer físico que a comida lhe proporcionava, Renata foi construindo sua relação simbólica com a comida, num contexto familiar marcado por alguns significados sócio-culturais sobre a alimentação.

*“Ai, comida, né, sempre foi aquela coisa de festa, sempre aquela coisa das pessoas estarem juntas, sempre foi assim alegria, sempre é muita fartura, sempre foi prova de amor, ‘fiz pra você, e olha só que delícia’. Acho que assim uma coisa de aconchego, uma coisa boa.”*

*“... ‘vem aqui que eu vou fazer, não sei, uma comidinha pra você’. ‘Hoje é dia de festa, então vai ter não sei o que’.”*

Outro aspecto importante a ser aqui considerado sobre seu contexto familiar, era que, embora Renata tenha apontado que sua mãe e seu pai não tinham nenhum problema na relação com a comida, muitas mulheres da sua família eram gordas. Isso pode sugerir possíveis fatores genéticos e hereditários para o excesso de peso, mas, principalmente, que os significados associados à alimentação e os padrões alimentares desta família parecem favorecer o comer demais e, conseqüentemente, o ganho de peso. Além disso, podemos pensar que essas mulheres, sobretudo suas tias, poderiam representar modelos de identificação do corpo feminino na construção da identidade corporal de Renata.

*“... a minha mãe e meu pai não tinham nenhum problema, nada assim de ficar comendo o dia inteiro, enfim, do jeito que eu vejo eu e a minha irmã...”*

*“Sempre me chamou muita atenção, na verdade, que as mulheres da minha família, sempre achei gordas, e os homens da minha família, não. Assim, as irmãs da minha mãe elas são aquelas mulheres gordas, matronas, né? Não é uma coisa assim mórbida, nada disso, mas são assim cheinhas, assim, e as filhas delas também. Eu tenho duas primas que assim, são bem gordas, são beem gordas mesmo.”*

Até o início da sua adolescência, Renata parecia vivenciar somente o aspecto prazeroso do seu padrão alimentar, ou seja, ainda não o vivenciava como algo com o qual precisava se preocupar.

*“... a comida era uma coisa assim, era uma fonte de prazer, né? Uma coisa que era muito legal para gente. Então, só que a gente, naquela época, só tinha o lado legal, né? Não tinha ainda o lado ruim, da preocupação e tudo mais..”*

Esse quadro parece ter começado a mudar quando Renata, que estava com cerca de 13 anos e um pouco acima do peso, teve seu primeiro contato com uma proposta de dieta de restrição alimentar, através do tratamento com uma profissional de nutrição. É importante ressaltar, contudo, que, embora Renata tenha relatado que sua mãe não era uma

pessoa muito preocupada com o corpo e/ou aparência física, foi ela quem a levou a esta nutricionista, o que parece demonstrar um interesse ou preocupação dessa mãe pelo cuidado ou controle da alimentação de suas filhas desde bem novas.

*“... a minha mãe nunca foi uma pessoa assim ‘psica’ com corpo, mas eu me lembro de eu, não sei, devia ter uns 14, não sei. Mas eu lembro de eu pequena e a minha mãe levou eu e a minha irmã numa nutricionista, e que foi a primeira vez que eu tive acesso aquela dieta, né? Aliás, eu vou até te dizer, posso te dizer quantos anos eu tinha sim, eu me lembro que foi a época que eu comecei a flertar, a pensar em namorar, eu devia ter uns 13 anos, assim, eu era bem nova, minha irmã tinha 10.”*

Neste seu relato, é interessante apontar que o elemento que emergiu na configuração da sua rede de significações no momento em que ela tenta lembrar a idade que tinha naquela época foi a associação entre essa sua primeira dieta com o despertar do seu interesse afetivo-sexual, momento em que, em geral, a preocupação com o corpo e com a aparência física começa a surgir em função, sobretudo, do desejo de se tornar atraente.

Fica evidenciado, então, no relato de Renata que a preocupação com a sua imagem corporal, que parece ter favorecido um sentimento de insatisfação com o seu corpo, começou a transformar a sua relação com a comida. Pois, Renata passou, então, a se envolver, desde a adolescência, num processo de controle e restrição da sua alimentação, principalmente através de dietas, visando, com isso, atingir ou manter o padrão de corpo culturalmente valorizado.

*“Ah, eu acho que foi assim, talvez uma insatisfação com o meu corpo que fazia com que eu desde muito cedo fizesse dieta.”*

No entanto, Renata, que, até então, vivenciava o seu padrão alimentar como uma fonte de prazer, também vivenciou esse uso de dietas, pelo menos inicialmente, de uma maneira positiva, pois começou a perceber que poderia manipular a sua alimentação e o seu corpo através do uso compensatório dessas dietas. Assim, podia comer normalmente, e até demais, que depois conseguiria atingir o peso que desejava restringindo bastante a sua alimentação.

*“Essa primeira dieta que eu fiz, não tinha um, não sinto assim uma coisa pesada, foi uma coisa até bem legal. Mas aí eu acho que de alguma forma, teve algum momento ali da minha vida que eu comecei a perceber que eu podia brincar com a alimentação. Eu me lembro perfeitamente disso, porque eu falava assim: ‘aí essa semana, sábado, tem uma festa, que é importante para mim. Simples, vou ficar comendo tomate e queijo minas’. Então assim, eu ficava 3 dias comendo bem pouco e aquilo, meu corpo respondia muito rápido. Então eu percebia que eu podia comer muito, ou comer normal vários dias, porque dois dias depois eu ia compensar, pra eu ir à festa do jeito que eu queria.”*

É importante também apontar que o exemplo que Renata elegeu para dar sentido ao seu padrão alimentar neste relato, foi a sua participação num evento social, numa festa. Isso nos mostra que sua preocupação com o seu corpo parecia estar relacionada à busca por aceitação social e o uso de dietas restritivas representava uma tentativa de se adequar ao modelo de beleza estabelecido socialmente para ser aceita e valorizada nos grupos dos quais participava. Dessa forma, podemos dizer que o sentido que Renata atribui ao seu corpo foi atravessado por significados sócio-culturais contemporâneos que, em função da atual supervalorização da magreza como um ideal, sobretudo feminino, envolvem a associação do corpo magro com beleza, competência, sucesso e felicidade.

Renata passou, então, a recorrer constantemente a dietas alimentares como forma de controle da sua alimentação e do seu peso. Com isso, Renata, que estava sempre ganhando peso com a sua alimentação compulsiva, conseguia perdê-lo através do uso de dietas restritivas, o que fez com que acreditasse que, através da restrição alimentar, estava administrando o seu padrão de alimentação.

*“... eu conseguia levar aquilo melhor, porque na semana seguinte eu entrava em dieta e aí eu ficava um tempo de dieta.”*

*“Eu vivia em dieta, vivia procurando. Então, de repente, era uma época que eu ainda conseguia fazer.”*

Nessa época, então, começou a se configurar um padrão de alimentação que parece marcar a história de Renata com um transtorno alimentar. Esse padrão alimentar envolvia

intercalar as fases em que não controlava sua alimentação e podia comer em excesso, com as fases em que se engajava em alguma dieta alimentar, que envolvia a restrição da quantidade e da qualidade dos alimentos consumidos.

*“A minha alimentação sempre foi assim, as fases do tudo permitido e as fases do nada permitido. As fases do tudo permitido, eu realmente, tinha uma tendência a querer comer doce, biscoito, bolo, pão, e aí, algum mecanismo, assim, estava (start) dentro de mim que, de repente, começava a não ter muito mais refeição e aí começava a ser uma coisa meio, é, seguida, né, como se fosse uma grande refeição o dia inteiro (risos). E aí, isso intercalava com momentos de dieta, né, já foram várias dietas.”*

No entanto, esse processo foi ficando cada vez mais difícil ao longo do tempo. Renata foi percebendo que já não conseguia mais os mesmos resultados que antes, ou seja, já não conseguia mais emagrecer tanto com o uso das dietas e que seu corpo foi se modificando no decorrer desse processo, chegando ao ponto de enfrentar muita dificuldade para conseguir se engajar nas dietas.

*“Só que é aquilo, você é nova, teu metabolismo é melhor, né? Você tem menos quilos e você consegue restringir mais. Enfim, então eu acho que comecei muito cedo a brincar com isso, né? Só que, sei lá, em algum momento o ganho de peso foi maior, o corpo começou a não responder da mesma forma e aí foi indo.”*

*“... até que eu cheguei num limite, eu acho, que deve ter sido um limite dentro de mim, que eu não consegui mais fazer dieta nenhuma, e a minha vida se transformou numa grande refeição (risos).”*

Não conseguindo mais manipular e controlar o seu peso através da restrição da sua alimentação de maneira tão eficaz quanto na adolescência, Renata chegou a acreditar, quando não conseguia fazer dieta, quando comia em excesso e engordava, que isso significava falta de força de vontade, ou seja, uma fraqueza ou incompetência em resistir aos alimentos e se engajar num processo de controle ou restrição da sua alimentação.

*“Talvez pela forma como eu internalizei, né? Aquela coisa que a gente sabe, ah, porque eu tô sem força de vontade pra fazer dieta.”*

Fica claro, então, como bem percebe Renata no relato acima, que esse sentido atribuído ao seu padrão alimentar foi atravessado por significados sócio-históricos, já que atualmente, em nossa sociedade cada vez mais obesofóbica, a obesidade/excesso de peso e o comer demais são vistos de maneira bastante pejorativa, significando fraqueza, descontrole, fracasso, incompetência ou mesmo falha de caráter.

Assim, Renata passou a atribuir um sentido bastante negativo ao seu comer compulsivo, de tal modo que quando julgava ter comido o que não podia, ou mais do que deveria, isso contribuía para que se sentisse extremamente desconfortável e comprometia bastante sua auto-estima.

*“... como eu ficava muito tempo comendo, eu ficava muito tempo me sentindo mal, entendeu?”*

*“... isso era batata, eu comia, não sei, mas se eu entrava num processo de comer demais, ou se eu entrava num processo de comer mais do que eu devia, ou de comer coisas que eu achava que eu não podia, é, é quase me sentir suja, assim, me sentia suja, me sentia ruim, me sentia feia, era uma coisa que vinha de dentro pra fora, né?”*

*“... devo ter uma associação muito ruim, assim né, de associar com sujeira, com sei lá o que, com coisa ruim, com não conseguir, com desajuste, e isso transforma tudo, tipo assim, aí mexe com a minha estima e aí eu me sinto toda ruim, entendeu?”*

Além de se sentir incapaz, desajustada, feia e desconfortável consigo mesma, Renata também associava o seu comer compulsivo com a sensação de sujeira, algo que ela apontou bastante em sua entrevista e que, para ela, parece estar relacionado a processos físicos internos, ao seu metabolismo, como se estivesse fazendo mal para o seu organismo, chegando a comparar essa sensação com a que sentia com o uso de cigarro.

*“Não sei se essa sujeira é uma sujeira real, é uma sujeira que você tá fazendo mal pro seu corpo, não sei, mas é uma coisa ruim, assim.”*

*“É muito difícil pra mim não me sentir assim, por dentro. Pode ser essa coisa do metabolismo, eu não sei.”*



*“... eu não sei se aquele calor que gera dentro da gente, do nosso corpo, tá queimando. Eu me sentia muito mal, muito ruim, quase como uma ressaca.”*

*“... eu acho que talvez seja uma coisa física mesmo, eu acho que eu me remeto sempre, assim, quando eu fumava e eu fumava muito, de noite. Aí no dia seguinte tinha aquela ressaca de cigarro, você se sente meio sujo, assim, meio fazendo um mal.”*

É importante, então, assinalar que Renata também atribui o sentido de sujeira à gordura/excesso de peso, justificando essa relação com o fato de se sentir suja depois que come demais. Assim, parece que, para Renata, é a sensação de sujeira que ela experimenta ao comer em excesso que influenciou o sentido que ela atribui à gordura/excesso de peso.

*P: “E a gordura, o excesso de peso, o que significam pra você?”*

*R: “Ai, ai, sujeira, pra mim, uma coisa de sujeira, assim.”*

*P: “Por que?”*

*R: “... porque eu faço essa associação, porque quando eu como assim, eu me sinto suja, entendeu?”*

Contudo, podemos pensar também se essas relações que Renata construiu entre sujeira e comer demais, sujeira e fazer mal à saúde e sujeira e gordura/excesso de peso, também não foram atravessadas por significados sócio-culturais de nossa sociedade obesofóbica, em que, cada vez mais, a alimentação hipercalórica e a gordura corporal vêm sendo associadas a comprometimentos e sérios riscos à nossa saúde, capazes de provocar doenças como a hipertensão arterial, por exemplo. Com isso, poderíamos nos questionar se o sentido de sujeira que Renata construiu em relação à gordura/excesso de peso, possivelmente atravessado por esses significados sócio-culturais, influenciava a sua experiência de sentir-se suja depois de comer demais.

Além disso, fica também bastante clara a forte e imediata relação que Renata estabelece entre comer demais e gordura/excesso de peso quando ela nos relatou que comer em excesso já fazia com que ela se sentisse, além de suja e bastante desconfortável consigo mesma, como se ela tivesse engordado imediatamente.

*“... eu ter comido demais e aí de repente eu achei que, é como se eu engordasse tudo, sabe e, às vezes, as pessoas falam: ‘nossa você emagreceu’, eu falo: ‘nossa, jura, não é possível’, eu já tô me sentindo na verdade enorme, entendeu?”*

*P: “O comer demais já faz você se imaginar mais gorda?”*

*R: “Me sentir, me imaginar não, me sinto mesmo, e aí vai mexendo com a minha estima, e aí fica tudo ruim, sabe, aí fica tudo ruim.”*

Consequentemente, o fato de estar restringindo sua alimentação ou de acreditar que está se alimentando bem passou a significar para Renata bem-estar, controle e beleza, fazendo com que se sentisse purificada e imediatamente mais magra, independente do resultado concreto dessa alimentação em seu corpo.

*“... simplesmente por estar fazendo dieta eu me sentia ótima, linda, magra no dia seguinte, só por eu estar restringindo a alimentação.”*

*“... se de repente têm 3 dias que eu estou me alimentando bem, eu tô me sentindo tão bem, que eu acho que deve tá tão visível e eu falo: ‘nossa, não tá reparando não?’. ... é como se eu estivesse me limpando, uma coisa meio de purificação, entendeu.”*

Envolvido, então, nessa estreita relação entre o comer compulsivo e o ganho de peso e diretamente relacionado aos significados de sujeira e purificação, está o sentido de pecado que Renata também atribui, sobretudo, ao consumo de determinados alimentos tidos como proibidos, como por exemplo os doces.

*“Porque assim: ‘ai que torta boa’, mas assim, vem logo na minha cabeça: ‘eu estou pecando’, entendeu, ‘eu estou pecando’.”*

*P: “Pecando como?”*

*R: “Ah, porque eu vou engordar. Ou então, se estou comendo esse brigadeiro agora significa que eu vou comer mais 10, ou significa que eu entrei numa fase ruim, de descontrole...”*

*“... eu acho que eu ainda, assim, tem um longo caminho a percorrer no sentido, assim, de poder comer pão, torta, enfim, e você não vai tá pecando por causa disso, né? Porque são aqueles alimentos que, historicamente, sempre foram alimentos proibidos pra mim.”*

Com isso, podemos perceber, mais uma vez, que a construção desses sentidos em relação ao corpo e à alimentação, que marcam tanto as experiências de Renata, foi atravessada por significados sócio-culturais que envolvem uma visão, por exemplo, de origem religiosa, do comer em excesso/gula enquanto um pecado e que acaba remetendo à culpa. Envolvem também a visão de determinados alimentos, em geral daqueles de alto valor calórico, enquanto proibidos e que devem ser evitados a todo custo, algo que tem sua origem também no saber científico e que ainda é perpetuada através de muitos programas alimentares para o tratamento da obesidade.

Renata percebe, então, que a sua avaliação a respeito do seu corpo e de si mesma passou a ficar diretamente influenciada pelo seu padrão alimentar, de tal maneira que o modo como se sentia e vivenciava o seu corpo dependia do modo como vivenciava a sua alimentação.

*“Depende do que eu como (risos). ... uma coisa é meio regra, sempre que eu me alimento do jeito que a gente entende assim por saudável, digamos assim, ou sempre que eu como a quantidade que eu acho que eu preciso e tudo mais, eu me sinto bem, eu me sinto até orgulhosa, ‘pôxa que legal, tá vendo’. Sempre que eu como a mais, eu me sinto mal.”*

*“... se hoje eu tiver conseguindo me relacionar bem com a comida, eu vou conseguir me relacionar bem com a gordura, com o meu corpo, com a roupa, com tudo. Agora, eu posso tá magérrima, se eu hoje tive uma relação ruim com a comida, aquilo transforma a minha relação com o meu corpo.”*

*P: “Então, a avaliação que você faz do seu corpo, da sua imagem corporal, está ligada à tua alimentação?”*

*R: “Com certeza, 100%, 100%.”*

Fica claro, também nos seus relatos, que essa influência do padrão alimentar na sua auto-avaliação não dependia do resultado concreto da sua alimentação no seu corpo e da sua relação com o espelho, já que quando comia como achava que deveria, se sentia imediatamente bonita e ótima consigo mesma e diante do espelho, enquanto que quando

comia compulsivamente, se sentia também imediatamente horrível na relação com o espelho e com seu corpo.

*“Eu vejo, eu acho assim, se eu não tô comendo, eu vejo beleza onde não deve nem ter (risos), e se eu tô comendo, eu vejo feiúra onde não deve ter (risos).”*

*“... era uma coisa que vinha de dentro pra fora, né? Talvez eu acho que eu não via quem eu era no espelho, alguma coisa assim, e o espelho podia tá até ruim, mas eu com certeza, a minha cabeça tava com uma impressão muito pior.”*

*“... é como se fosse assim, igual eu fiz a dieta lá do Vigilantes. Tô dando um exemplo, eu emagreci 11 quilos, eu tava me sentindo o máximo, ótima, linda, fantástica, maravilhosa, mas se eu tivesse um dia de compulsão, eu ia vestir a roupa, a roupa ia dar, ia tá ótima, mas eu ia me olhar no espelho e ia me sentir horrível, ia me sentir inchada, era como se tivessem espinhas brotando...”*

A forma como Renata se alimentava passou, então, a permear intensamente a vida de Renata, de modo que a alimentação passou a significar um problema para ela, na medida em que começou a determinar como ela sentia em relação ao seu corpo/imagem corporal e em relação à si mesma. Passou, portanto, a significar também uma questão com a qual ela se sente lutando.

*P: “E o que significa a alimentação pra você?”*

*R: “Ai, eu não sei, porque sempre foi problema, né? Sempre foi um problema.”*

*P: “Por que era um problema?”*

*R: “Ah, eu acho que porque eu não sabia me alimentar bem, Porque, a forma como eu me alimentava era um divisor de águas, assim, pra tudo na minha vida, né, se eu tava bem ou se eu não tava bem, ... era o que determinava, né, se eu comia bem eu ia ficar bem, se eu comia mal, eu ia ficar mal.”*

*“... acho que é uma coisa meio de luta ainda, acho que ainda é uma coisa assim, uma coisa de luta, é de luta, né?”*

Dessa forma, Renata relatou se sentir bastante desconfortável e envergonhada nesta condição, em função de todos esses sentidos atribuídos, sobretudo, ao seu padrão

alimentar, já que era visto como resultante de falta de força de vontade e/ou de incompetência. Com isso, o seu problema alimentar se tornou um tabu para ela, de tal modo que acabava sendo um assunto que, na sua avaliação, não merecia ser tratado, ou que exigia muito cuidado para ser abordado, mesmo em terapia.

*“.. porque no começo, por mais que eu soubesse que precisava de ajuda, eu acho que aquilo ainda era meio que um tabu, entendeu?”*

*“... acho que comecei a fazer terapia com uns 17 anos, 18 anos, e, eu lembro perfeitamente que isso era uma coisa que sempre vinha, né, sempre vinha a coisa, por exemplo, ‘ah eu estou engordando, ah porque eu estou com esse problema, ah eu estou engordando’. Mas era uma coisa cutucada com muito, com muita cautela, assim, eu tinha muita, era muito tabu pra mim, eu tinha vergonha de falar sobre aquilo, né?”*

*“Então assim, eu não achava que aquilo era um assunto digno de ser levado pra uma terapia, entendeu, como se fosse, talvez seja isso, talvez vergonha de mim mesma, vergonha de ter engordado.”*

*“... eu voltei a fazer terapia, eu voltei muito, ah porque essa coisa, é, essa coisa de corpo, de engordar, toda hora enchendo o saco, né? Mas aí a coisa ia pra um outro lado e nunca mais tocava-se no assunto, né, até porque eu não me sentia bem.”*

Esse quadro também parece ter começado a se transformar quando Renata foi morar nos Estados Unidos em 1998, com cerca, então, de 26 anos, e o seu padrão compulsivo de alimentação se intensificou, não conseguindo mais administrá-lo. Nesse momento, Renata acreditou ter passado pelo primeiro episódio mais grave do seu transtorno alimentar, que envolveu uma séria depressão e quando só a comida lhe proporcionava prazer.

*“...eu acho que foi quando eu morava, eu morei nos EUA. Que aí eu acho que eu tive assim uma depressão séria e aí realmente o meu prazer só vinha da comida. Tava naquela coisa, né, a gente chegava do trabalho, ia pra casa com uma sacolinha cheia de comida e ficava quietinha esperando o outro dia pra ir trabalhar de novo, entendeu? Então, eu acho que foi isso, ... acho que foi a primeiro episódio assim grave disso.”*

Diante disso, Renata resolveu procurar um tratamento especializado nos Estados Unidos que a ajudou a entender e lidar melhor com o seu problema alimentar e a

emagrecer, começando a perceber a íntima relação do seu padrão compulsivo de alimentação com determinados estados emocionais, principalmente, com estados depressivos.

*“... foi aí que eu comecei a fazer terapia. Aí comecei a perceber que existia um nome praquilo que eu tinha, existiam pessoas iguais a mim e realmente eu percebi que eu precisava de ajuda. E aí eu fui melhorando, e aí, quer dizer, na verdade eu fui melhorando emocionalmente, por que eu estava muito deprimida e aí veio a melhora com a comida e aos poucos fui emagrecendo e tudo mais.”*

Contudo, Renata ainda não compreendia a dimensão do seu transtorno alimentar naquele momento, ainda não o percebia como uma doença. Acreditava que era uma dificuldade específica e momentânea que ela vivenciava em relação à sua alimentação enquanto morava nos Estados Unidos.

*“... dessa vez dos EUA, eu procurei ajuda, uma ajuda realmente focada nisso, entendeu? Só que eu também achava naquele momento que era uma coisa assim muito pontual, achei que era uma coisa meio de americano que tem um nome pra aquilo, lá, ‘binge’. Então eu achei que era uma coisa meio de americano, eu não conseguia, eu não consegui naquele momento perceber que aquilo era uma doença, eu achava que era uma coisa muito ali daquele momentinho, né?”*

Depois desse episódio mais grave do seu transtorno alimentar quando morava nos Estados Unidos, Renata relatou outros dois momentos difíceis pelos quais passou, quando morou em São Paulo e com a morte de seu pai, que também a levaram a se sentir bastante deprimida, a comer demais, a voltar a engordar e a novamente buscar tratamento.

*“E aí, de lá pra cá, talvez eu tenha tido, sei lá, mais uns dois episódios mais sérios assim...”*

*“... aí depois, acabou coincidindo, alguns meses depois da morte do meu pai, eu comecei a engordar de novo, comecei a engordar de novo, isso. É, mas essa teria sido uma terceira vez, e uma segunda foi em São Paulo, que eu também precisei procurar ajuda.”*

*“... foi essa vez em São Paulo ... que foi a primeira vez que eu tomei anti-depressivo, que eu comecei a tomar a fluoxetina. E aí era depressão mesmo, assim, sabe, tipo muita tristeza, muita melancolia, sabe, não via nada na frente, uma coisa meio assim.”*

*“Assim, essas duas vezes, foram vezes que assim, foram muito, muito, muito deprimida mesmo. Eu tava muito mal e eu via uma ligação muito ali junto com a comida.”*

Nesses episódios mais críticos do seu transtorno alimentar, Renata se deu conta, então, de que precisava buscar ajuda para esse seu problema e percebeu mais claramente a íntima relação entre determinados estados emocionais e o seu padrão compulsivo de alimentação.

*“... foram os momentos que eu procurei ajuda e foram momentos que eu associei muito o meu estado de espírito com a comida. Assim, as coisas estavam muito interligadas, eu tava nitidamente deprimida, confusa e, conseqüentemente, eu tava comendo mais.*

Assim, Renata foi percebendo que buscava a comida diante de qualquer estado emocional com o qual não conseguia se relacionar, ou seja, que a forma que encontrava para lidar com esses sentimentos que a desestabilizavam era buscando a comida, um mecanismo que ela percebe como automático e compulsivo.

*“Pois é, tudo, talvez tristeza, ansiedade, frustração, raiva, qualquer coisa me levava a comer, talvez algumas coisas me levavam a mais, outras coisas me levavam a menos.”*

*“... é alguma coisa que acontece na minha vida assim que eu não sei me relacionar muito, né, seja uma tristeza, seja tá puta com alguma coisa. E aí eu não processo aquilo, aí entra e sai sob a forma de eu pegar alguma coisa pra comer.”*

*“Mas eu acho que, assim, se tem alguma coisa em comum em tudo, é entrar num mecanismo assim de ansiedade, de uma coisa automática, de não pensar e ir fazendo, uma coisa meio compulsiva de comportamento.”*

Renata percebe também que nessas situações ela buscava na comida alguma forma de conforto para esses sentimentos com os quais não sabia lidar, sobretudo com os estados depressivos que a faziam usar a comida na busca por aconchego, o que nos remete aos significados familiares que atravessaram a construção da sua relação com a comida, como vimos anteriormente.

*“... se estou me sentindo assim deprimida e tal, uma coisa assim de aconchego, eu acho. De, é essa coisa mesmo, aquela coisa que você não tem, aquela coisa de ficar encolhidinha comendo...”*

*“... eu tinha esses episódios assim do comer buscando aconchego assim, buscando, uma coisa...”*

É interessante ressaltar, ainda, que, embora Renata tenha relatado ao longo da entrevista que essa percepção da associação entre sua alimentação e seus estados emocionais foi construída a partir desses momentos mais críticos e depressivos pelos quais passou e desses tratamentos com os quais se envolveu, fica claro que essa sua percepção foi fortemente influenciada pelo sentido que a sua mãe atribuía ao seu ganho de peso e à sua alimentação compulsiva, de que eles representavam um termômetro para seu estado emocional.

*“Eu sabia disso, que tinha uma associação do comer demais para eu não estar bem. Até porque foi isso que eu aprendi em casa, a minha mãe sempre disse. Eu acho que era um termômetro pra minha mãe também, né? ‘Ah ela não está bem, ela está comendo ou ela engordou’. Então assim, isso era um termômetro pra minha casa.”*

*“...era como se, olhando o que eu estava comendo antigamente, você pudesse dizer o que eu estava sentindo.”*

Em função de suas próprias vivências e percepções e dessa relação entre comer demais e determinados estados emocionais, Renata também atribui à obesidade/excesso de peso um sentido de depressão, de solidão e de tristeza, de tal modo que quando vê uma pessoa gorda se sente identificada e com compaixão por ela.

*“Pra mim, assim, significa tristeza, depressão, entendeu? Pode ser até que exista, assim, mas eu não conheço assim pessoas muito gordas que estejam, que tenham uma atitude legal. Assim, eu enxergo assim, a pessoa ou meio que deprimida, ou nessa coisinha da comidinha escondidinha, da solidão que é uma coisa depressiva.”*

*“... eu me sinto com muita compaixão, com identidade... eu me identifico com aquilo, fico com compaixão... eu acho que eu sei como aquela pessoa se sente, se sente muito solitária, eu acho, acho uma coisa muito de solidão, é isso de tristeza, de solidão, de melancolia,, entendeu?”*



*“Porque eu acho que o, parece coisa de boi, (risos) mas o processo de engorda, é uma coisa assim, uma coisa muito, é muito solitária, eu acho.”*

*“... é muito triste assim, eu não sei, acho que eu me identifico, me vejo ali, entendeu, me vejo naquilo. Pra mim, foi assim, o meu processo de engorda foi uma coisa muito triste, foi acompanhado de muito sofrimento, assim, uma coisa de escape, de solidão, você está se sentindo só ali, entendeu?”*

Renata começou, então, a perceber que o comer demais e o excesso de peso não são uma simples questão de falta de força de vontade, mas questões relacionadas a processos afetivo-emocionais. Com isso, Renata define o seu transtorno alimentar como uma doença, como uma seqüela das dificuldades pelas quais passou na vida, como uma expressão de traumas, de frustrações, que vêm tanto da família quanto do meio. Assim, Renata considera que seu transtorno alimentar funciona como uma válvula de escape para suas angústias e dificuldades, ao mesmo tempo que representa seu desafio, na tentativa de mantê-lo sob controle.

*“Assim, hoje que eu entendo mais a doença...”*

*“...é quase como se fosse uma neurose, sabe, que cada um manifesta. Não é um desvio, mas fica uma seqüela da vida da gente de alguma coisa, a minha ficou da comida. Eu tenho esse entendimento, assim, é uma seqüela de um, sei lá, de uma vida, né? De um, disso mesmo, dos traumas, dos, das frustrações, do sei lá o que que a gente fica, que vem da família, que vem do meio. Assim, o meu ficou com essa coisa de comida, entendeu?”*

*“Eu acho que é assim, é aonde, o meu calo dói (risos). É, assim, eu acho que é, sei lá, todo mundo tem alguma coisa, a válvula de escape por onde, sei lá, as dificuldades que você teve, seus traumas, suas dificuldades, vão se expressar. Acho que a minha é isso, é por aí. Então é meio que assim, ao mesmo tempo que é o meu calo, é meio que o meu desafio, eu acho.”*

Consideramos importante ressaltar nos trechos acima que Renata acredita que, assim como ela, todas as pessoas têm alguma forma de expressar essas dificuldades, traumas e frustrações da vida, e que o dela é o seu padrão compulsivo de alimentação. Inclusive, considerou que existem formas de expressão que julga piores que a sua, comparando o seu uso compulsivo da comida, por exemplo, com o uso de cocaína.

*“... não vejo assim um peso muito, eu acho até assim, tem coisas bem piores (risos). Pra ser sincera, ‘ai meu Deus, ainda bem, assim, ainda bem que não é cocaína’ (risos), sabe, eu falo assim: ‘nossa, deve ter coisas bem piores’,...”*

É possível, então, perceber que essa visão de Renata, de que todas as pessoas também têm a sua “válvula de escape” e, sobretudo, de que a dela não é das piores possíveis, contribuiu para que ela não atribuísse um sentido tão negativo ou pessimista ao seu transtorno alimentar e se sentisse até aliviada de que a sua compulsão seja por comida e não por algo que considera pior.

*“... eu não tenho, não coloco uma coisa muito pesada não, não me sinto colocando de uma forma muito pesada, eu acho até que tem uma coisa meio otimista, ... podia ter coisas bem piores, entendeu, eu me sinto assim.”*

Além disso, outro aspecto apresentado por Renata que parece contribuir para que se sentisse aliviada e até confortável diante do seu quadro de compulsão alimentar é saber o que ela tem, saber que existe um nome e tratamento para o seu problema alimentar. É interessante apontar que esse foi o aspecto que emergiu na configuração da sua rede de significações diante da pergunta sobre como se sente tendo um transtorno alimentar.

*“Ah, eu me sinto, assim, eu acho que eu me sinto muito aliviada na verdade, por saber o que eu tenho, né?! Porque você sabe que tem nome, aquilo tem um tratamento, que é uma coisa que você acredita. Então assim, na verdade eu me sinto muito, muito confortável.”*

*“Eu acho, assim, não tenho problema de falar sobre isso, né? Fala: ‘eu tenho uma desordem alimentar, eu tenho’. Eu não me sinto assim, não ponho um cartaz dizendo pra todo mundo, mas assim, eu não tenho problema mais com isso, eu me sinto muito, muito aliviada de saber o nome do que eu tenho, pra ser sincera.”*

Assim, auxiliada por vários recursos, como livros e internet, por seu próprio amadurecimento e por seus tratamentos psicoterápicos, é possível perceber que Renata estava transformando a sua relação com a comida e em processo de construção de novos sentidos para o seu transtorno, que a permitem desmistificá-lo e se sentir melhor nesta condição.

*“... é, acho que foi uma junção de coisas, uma coisa assim, de eu realmente ter amadurecido a idéia de que eu, que isso é uma questão, eu via na Internet, que hoje existe um nome mesmo pra isso, esse tal do “binge” que eu aprendi lá trás, tem um nome, é uma coisa, e com o fato, assim, de estar preparada para ver de frente, eu acho, entendeu?”*

*“... aí, depois com os livros que ela (psicóloga) indicou, eu fui percebendo que, assim, é uma coisa muito mais comum do que eu imagino, né?”*

*“... ajudou a que eu desmistificasse o que eu tenho, entendeu? Talvez por isso eu fale confortavelmente, assim, eu não me sinto mal de dizer, entendeu?”*

*“Hoje eu já tô me sentindo assim, eu já não me sinto ‘desadequada’, eu não me sinto desconfortável.”*

Renata relatou, então, que a sua alimentação estava muito melhor na época de sua entrevista. No entanto, ainda se sente insegura, com medo de voltar a comer de maneira compulsiva, pois não sabia ao certo o quanto dessa melhora estava relacionada ao uso da sibutramina, medicamento que estava tomando por indicação de sua endocrinologista para o tratamento da sua compulsão alimentar e para auxiliar o seu processo de emagrecimento.

*P: “Que avaliação você faz hoje da sua alimentação?”*

*R: “Ah, eu acho que tá ótima! Eu só fico com aquela dúvida, né? Ai, qual a participação da sibutramina nisso, né? Eu fico um pouco em dúvida, mas na verdade eu acho que no fundo eu sei que não é tanto a sibutramina, né? Eu fico com medo assim, de repente eu parar e assim, vir aquela fome voraz, aquela coisa louca.”*

Além da insegurança, Renata também percebe que, apesar da significativa mudança no seu padrão alimentar, ainda está em processo de recuperação, já que, em algumas situações, sua alimentação envolve descontrole, envolve comer sem fome e mais do que precisava e envolve comer para lidar com alguns estados emocionais .

*“Tá ótimo porque, se pegar 100% das minhas refeições, ou 100% dos momentos em que eu tô comendo hoje em dia, 70% eu tô comendo porque eu tô com fome, porque eu tô a fim de comer aquilo, entendeu? Não tô comendo porque eu tô nervosa, porque eu tô tensa, porque eu tô triste, porque eu tô isso. Porque ainda têm uns 30% aí que eu acho que existe de que eu comer mal, de ter momentos que eu como mal, ... que eu tô sentindo*

*que tô indo muito pela comida, pra comida, tá comendo sem fome, tá comendo para me afogar, ... aquele comer que vem em momentos que você não pode controlar, entendeu? Mas são episódios bem menores.”*

Além disso, Renata, que estava com seu IMC na faixa da obesidade, apontou, em vários momentos, que também almeja emagrecer um pouco mais neste seu percurso, embora tenha ressaltado estar se sentindo bonita e confortável com o seu corpo atualmente.

*“Eu me sinto bem, eu me olho, me acho bonita, eu acho assim, ‘ah, eu podia emagrecer um pouco mais’, mas assim, não está desconfortável pra mim, né?”*

*“...hoje eu tô me sentindo ótima, entendeu, então eu não sei nem te dizer muito, às vezes, quando eu falo: ‘ai eu tenho que emagrecer 20 quilos’, eu não consigo nem me imaginar muito bem como é que eu vou ficar, como é que vai ser isso.”*

*P: “Você se sente satisfeita com a sua imagem corporal hoje?”*

*R: “Sinto, eu gostaria de melhorar, mas assim, eu não me sinto desconfortável dentro do meu corpo não, eu acho que eu me visto bem, assim, eu, eu, vestindo roupa, eu me visto bem, eu encorpo bem, tô me sentindo bem, tô numa fase em que eu tô me sentindo bem.”*

Considerando este último relato, de que Renata estava numa fase em que se sentia bem, achamos importante sinalizar que, na ocasião dessa entrevista, ela estava fazendo uso da sibutramina e estava engajada num programa de reeducação alimentar, ou seja, estava, de alguma forma, regulando a sua alimentação e em processo de emagrecimento, conseguindo exercer um certo controle sobre si mesma. E, levando em conta o seu relato do quanto a sua auto-avaliação já esteve tão fortemente influenciada por seu comportamento alimentar, nos questionamos se esta influência ainda permanece atualmente e poderia estar contaminando essa sua avaliação a respeito do seu corpo, da sua imagem corporal.

Renata relatou que, há mais tempo atrás, se sentia constrangida e tentava se adequar ao padrão de beleza do contexto sócio-histórico no qual está inserida, que não só rejeita as pessoas gordas, como concretamente não foi feito para elas. Mais uma vez, isso reflete o

quanto a relação de Renata com o seu corpo foi atravessada pelos significados sócio-culturais relacionados a esse padrão de beleza. No entanto, ela relatou não buscar mais se adequar a esse padrão, se sentindo muito mais tolerante com sua imagem corporal atualmente.

*“... então assim, antigamente eu me sentia muito constrangida, muito mal de entrar na loja, as roupas não darem em mim, hoje em dia isso não me incomoda.”*

*“... então hoje eu não tenho, não me sinto mais perseguindo muito assim nenhum modelo, muito assim.”*

*“Ah, eu acho que sou, hoje em dia, muito mais tolerante com a minha imagem corporal, eu acho, eu acho que eu já fui muito, muito dura, né?”*

*P: “Dura como?”*

*R: “Dura assim, de eu ter que obedecer a um determinado padrão, assim.”*

Assim, embora tenha relatado que não tenta mais se adequar ao modelo de beleza atual que supervaloriza a magreza, Renata deseja emagrecer um pouco mais, sobretudo, porque com isso ela se sentiria mais leve e mais confortável com o seu corpo, se sentiria mais livre para se vestir, para ir à praia, e porque isso significaria que ela estaria tendo uma relação melhor com a comida e também porque se sentiria mais bonita.

*“...eu acho que eu podia emagrecer um pouco mais, sabe, ficar mais leve, mais coisas darem em mim. Porque é um problema, parece que não é, mas assim, poucas lojas vestem pessoa maior, é um saco, aí você veste e não é tudo que cai bem, entendeu?”*

*“... eu acho que eu ia me sentir mais confortável com o meu corpo, ... assim, tipo tá na praia, porque você também de roupa, você fica melhor do que na praia você está na praia se sentindo melhor, né? Você sente assim uma coisa de mais de liberdade...”*

*R: “Ah, pra mim, se eu fosse magra eu acho que eu seria mais livre, eu me sinto assim.”*

*P: “Por que?”*

*R: “Porque ia representar tanta coisa, sabe? Ia representar que a comida não é tão importante pra mim, ia representar que eu ia poder vestir várias*

*coisas e não só o que desse, sabe? Tem a coisa da liberdade, quase que física mesmo, corporal. Você tá mais magra, você tá mais leve, você tem mais mobilidade, você é mais ágil, entendeu?”*

*“... sempre quando eu estou mais magra, eu estou mais bonita, isso eu não tenho a menor dúvida”.*

É interessante destacar também o sentido que Renata atribui à aparência física, pois considera que ela expressa e é expressão de quem você é e de como você se sente e se posiciona no mundo, tendo, portanto, bastante importância na sua vida. Isso parece mostrar que a construção desse sentido foi atravessada por significados sócio-culturais da nossa sociedade que supervaloriza o corpo e a aparência física e os considera como reflexo de nossa forma de ser e de estar no mundo.

*“... a aparência física ela expressa e ela é expressão meio que do, de como você tá.”*

*P: “Você acha que a aparência física é importante na vida das pessoas?”*

*R: “Acho.”*

*P: “Por que?”*

*R: “Porque eu acho que ela diz muita coisa assim, é, de quem você é, de como você tá com você, de como você, é, se posiciona no mundo, de como você se sente...”*

*“... eu acho que sim, eu acho que você vê muito da pessoa ali, na atitude, aparência física é atitude, é tudo, acho que tem importância sim, acho que eu dou bastante importância.”*

Embora Renata perceba seu progresso e se sinta mais confortável em relação ao seu corpo e à sua alimentação, fica claro que alguns dos sentidos que ela atribui, e que a fazem se sentir desconfortável e envergonhada, ainda estão presentes e emergem nas configurações da sua rede de significações em algumas situações, relações ou contextos, como, por exemplo, no relato que se segue.

*“...talvez o fato da Camila (psicóloga) ser uma pessoa que trata disso ajudou muito. Porque se fosse pra uma outra terapia normal, se eu ia ter coragem de: ‘olha, eu to aqui porque eu como muito, eu tenho episódios que eu como muito e isso me faz muito mal, eu como até explodir, enfim, no*

*outro dia seguinte eu fico deprimida'. Eu não sei se eu também conseguiria, acho que o fato dela ser uma pessoa que lida com isso facilitou a coisa pro meu lado, entendeu?*

Renata apontou, então, que ainda tem muitas conquistas a realizar nesse seu processo de transformação e de construção de novas formas de lidar consigo mesma, com seu corpo e com sua alimentação, muitos sentidos e relações a serem desconstruídos e muitos a construir neste seu percurso.

*"... tem um longo caminho a percorrer, no sentido assim de: 'olha você pode comer pão, torta, enfim, e você não vai, né, tá pecando por causa disso', né?"*

*"... como eu sempre associei que eu tava de dieta e tava bem, então assim, eu tô tendo que desconstruir isso, que eu posso comer e num, num tô pecando, num tô fazendo nada demais, entendeu?"*

*"... eu acho que isso vai ser uma coisa que vou ter que trabalhar muito, principalmente assim, quando eu tiver mais perto do meu peso, digamos assim, porque aí é que eu vou ver realmente, 'olha você tá vendo, você tá comendo, mas como você não tá comendo muito, você não tá engordando, entendeu, você pode continuar assim sempre'."*

*"... eu ainda tô no meio do caminho, assim, eu ainda tô numa zona, assim, que não sei muito bem qual é, assim."*

Renata almeja atingir um ponto onde o seu comportamento alimentar não seja mais um problema em sua vida, não seja mais uma questão com a qual se preocupar, se culpar, se angustiar, como já foi por muito tempo e, de alguma forma, ainda é atualmente. Percebe, no entanto, que vai precisar estar sempre atenta ao seu comportamento alimentar.

*"Eu acho, por exemplo, que a primeira coisa que eu ambiciono, que é uma coisa até que eu acho que eu tô numa fase um pouco assim, que assim, a comida ficar deixando, deixar de ser uma preocupação."*

*"... quando a comida deixar de ser um assunto, entendeu, deixar de ser um assunto assim na minha vida."*

*"...acho que ela vai estar legal quando, assim, aquela coisa da comida não for, hum, não uma preocupação, né?"*

*“... acho que eu vou tentar estar sempre atenta, entendeu, eu estar sempre meio que me policiando um pouco, prestando atenção, não sei nem se é me policiando, mas prestando atenção.”*

Para finalizar, podemos dizer que os sentidos que Renata atribui ao seu transtorno alimentar, à sua alimentação e ao seu corpo foram construídos e reconstruídos ao longo de sua história, a partir de suas vivências e percepções e de suas trocas em uma extensa rede social, que inclui significados do seu contexto sócio-histórico e significados trazidos, por exemplo, pela família nuclear, pela sua família extensa, pelos diversos profissionais de saúde e grupos de apoio com os quais já conviveu. Assim, Renata parece conviver com diversos sentidos a respeito dessas questões, alguns inclusive contraditórios, num processo dinâmico, fluido e em clara transformação.

## **5.2. Caso 2 - “Adriana: supervalorização da magreza”**

O segundo caso a ser apresentado neste estudo é o de Adriana, uma mulher de 31 anos, moradora da cidade do Rio de Janeiro (RJ), casada, sem filhos, com 3º grau completo, cuja profissão era de fisioterapeuta. Adriana tem 1,59 m de altura e pesava 57 kg, estando, portanto, com um Índice de Massa Corporal (IMC) de 22. Com esse índice, Adriana se encontrava na faixa de normalidade dessa classificação e apresentava um quadro de transtorno da compulsão alimentar periódica. Por anos fez uso de diversos medicamentos para controle da alimentação e do peso. Na época da sua entrevista, ela estava em tratamento com uma psicóloga e uma nutricionista.

Na sua entrevista, Adriana relata ter um transtorno alimentar e, para ela, isso significa comer de maneira compulsiva e querer comer demais. No entanto, ela passou a perceber que é mais do que isso, que é ter a sua vida girando em torno da comida. Assim, seu transtorno alimentar foi considerado, por ela, como um problema que a cansa e em relação ao qual ela considera não conseguir se libertar.



*P: Você considera que tem um transtorno alimentar?*

*A: “Tenho, eu tenho.”*

*“Eu achava que assim, que o transtorno era é, comer compulsivamente, querer comer o mundo, entendeu? Hoje em dia, eu já vejo que não é só isso, que, pra mim, tudo gira em torno da comida.”*

*“Eu passo muito tempo do dia pensando nisso, se eu vou fazer alguma coisa, e isso é um transtorno para mim, isso cansa.”*

*“Então, isso pra mim é um transtorno, eu não me liberto disso...”*

Descrevendo, então, o quanto a sua relação com a comida e com o seu corpo permeia intensamente a sua vida, Adriana relatou que sair de casa tornou-se uma preocupação bastante limitadora. É uma preocupação diante da expectativa de não conseguir controlar ou restringir a sua alimentação e diante da expectativa de que as pessoas a vejam gorda. Essa expectativa parece indicar que Adriana acreditava que as pessoas gordas sejam mal vistas, algo que, em função de uma forte preocupação com a sua aceitação social, lhe parecia ameaçador ao ponto de não querer sair de casa. Parece indicar também que o sentido que Adriana atribui ao seu corpo foi atravessado por significados sócio-culturais sobre a gordura, magreza, beleza, como poderemos confirmar mais adiante em sua entrevista.

*“Se eu tenho que sair de casa, se eu tenho que ir numa festa, aí, primeiro, se eu estou conseguindo fazer o regime eu penso: ‘caramba, e a comida, eu não vou conseguir’...”*

*“...eu não consigo: ‘Vamos sair? Vamos. Ah, e comida? Ah, esquece, a gente come lá, ou então, como na volta’.”*

*“... e, ‘caramba, e a roupa’, mas não é porque eu não tenha roupa, é porque gira em torno do meu corpo, entendeu? E as pessoas vão ver que eu tô gorda e eu não quero sair de casa.”*

Contudo, nem sempre Adriana percebeu e vivenciou o seu transtorno alimentar desta forma. Pois, até recentemente, ela recorria regularmente ao uso de diversos medicamentos para emagrecer. Acreditava, com isso, que seu padrão compulsivo de

alimentação não era um problema na sua vida, já que bastava tomar algum desses medicamentos que conseguia perder o peso ganho com a superalimentação.

*“Não era um problema pra mim. Porque, o que que eu fazia, eu ligava pra uma médica, que eu tenho acesso a ela, pedia um, já tomei tudo, Isomeride, Plenti, Reductil, Fenproporex, Triac, Fluoxetina, eu fiquei anos tomando Fluoxetina.*

*“Então assim, eu não assumia o problema, entendeu? Não era um problema, o único problema era ligar para a médica e ir lá, entendeu?”*

*“Meses que eu passava, que eu ficava sem tomar os remédios, eu voltava a engordar um pouquinho, entendeu? Aí meses, aí eu falava: ‘não, beleza, quando eu quiser, eu consigo emagrecer’, óbvio, quando eu quiser ligar pra ela, e ela me dava o remédio sempre, eu conseguia emagrecer...”*

É importante ressaltar aqui a facilidade com que Adriana tinha acesso a esses medicamentos através de um profissional de saúde. Podemos pensar que essa facilidade de acesso, aliada ao potencial de abuso, ou seja, à capacidade de induzir dependência, de alguns desses medicamentos, sobretudo dos derivados anfetamínicos, tenha, então, contribuído para que ela permanecesse utilizando-os como recurso para emagrecer por muito tempo.

Embora considere que o uso desses medicamentos a ajudavam a administrar o seu comer compulsivo e a perder o ganho recorrente de peso, chegou um momento, no ano de 2005, que Adriana, percebendo-se irritada e cansada desse recurso e acreditando estar se intoxicando com tais medicamentos, resolveu parar de usá-los.

*“Ajudavam, os remédios me ajudavam. Eles me davam uma boa segurada, me ajudavam muito.”*

*“... só que esse ano (2005) eu falei: ‘não, chega, eu tô cansada disso, eu tô me intoxicando’. E assim, numa irritação, eu andava numa irritação, num troço, aí eu resolvi parar...”*

A partir desse momento, Adriana passou por um período bem difícil, chegando a acreditar que pudesse “surtar” ou “enfartar de cabeça”, por exemplo, de tanto pensar em comer, como consequência da sua abstinência em relação aos medicamentos para

emagrecer. Adriana passou, então, a experimentar muita dificuldade para emagrecer e a vivenciar um grande conflito diante dessa sua decisão de parar com os medicamentos.

*“... aí que ferrou tudo mesmo (risos), né? Quando eu parei foi pior.”*

*“...eu sei o que que aconteceu comigo quando eu parei, eu achei que eu fosse surtar, eu achei que eu fosse enfartar, eu tava a ponto de enfartar no início desse ano. Não sei se enfartar fisicamente, porque eu não tenho nada, já fiz um monte de exame e eu não tenho nada, graças a Deus. Mas, enfim, enfartar de cabeça, de tanto pensar em comer, pensar em, sei lá, um monte de coisa.”*

*“Tá difícil (risos), eu tô há, desde janeiro tentando emagrecer e tá difícil.”*

*“... sabe, às vezes eu fico pensando assim, imaginando que eu to chegando na cozinha e tomando um remédio, que tudo aquilo que eu to sentindo vai passar, entendeu? Mas, tem um lado meu muito forte que quer, mas outro que não quer, eu não quero mais isso.”*

Esse conflito de Adriana envolve, por um lado, valorizar a sua capacidade de permanecer sem os medicamentos, assim como de se questionar e recorrer a outros recursos que possam auxiliar no seu processo de emagrecimento, como a atividade física, por exemplo. Isso parece, então, estimular Adriana a não tomar os medicamentos novamente, fazendo com que acredite que esse é o lado positivo do seu conflito e o que está sobressaindo.

*“Assim, (risos) um lado meu tem uma coisa assim muito vitoriosa, né? Pô, eu to conseguindo ficar esse tempo todo sem os remédios, essa coisa toda.”*

*“Então, tem um lado que tá ali me segurando de: ‘pô não toma, você tá conseguindo, você vai, vai ter um momento que você vai conseguir’, né?”*

*“Não é possível que as pessoas só consigam emagrecer assim.”*

*“... eu acho que esse meu lado, que eu considero ele o bonzinho, tá, ele tá sobressaindo, porque eu até vou entrar numa academia agora, pra ver se eu faço aula de spinning, pra que, pra aumentar o metabolismo, trabalhar o sistema cárdio-vascular, exercício aeróbico, pra ver se eu consigo perder peso com isso, né?”*

Por outro lado, em alguns momentos, sente-se péssima em relação à sua alimentação e à sua imagem corporal, se envolvendo em pensamentos bastante depreciativos sobre seu corpo e não tendo vontade de fazer nada. Mais uma vez se evidencia no seu relato que o fato de perceber-se gorda, inclusive de uma maneira bem pejorativa, contribui para que sua auto-estima fique bastante comprometida e para que não queira sair de casa, pois isso implica em se relacionar e ser vista pelas pessoas, algo que ela prefere evitar.

*“Mas outro lado que, eu me olho no espelho e falo: ‘cara, eu to uma vaca, uma vaca’, eu to me sentindo a pessoa mais, nossa! Se eu pudesse hoje, principalmente porque esse final de semana eu exagerei um pouquinho, se eu pudesse hoje não ter que sair de casa pra nada, não ter que trabalhar, não ter que fazer nada eu agradeceria, entendeu? Mas não tem como.”*

Adriana, que, anteriormente, não assumia a sua alimentação compulsiva e não a via como um problema, começou, então, a perceber e a vivenciar o seu transtorno alimentar de maneira diferente, dando-se conta de como era fácil esquecê-lo com o uso dos medicamentos. Com isso, Adriana passa, em 2005, a assumir o seu padrão compulsivo de alimentação e resolve procurar ajuda psicoterápica especializada.

*“Ai, porque aí você começa a ter que assumir a coisa, é mais fácil esquecer, né, com o remédio, né? O remédio é mais fácil.”*

*“Assim, que eu assumi que eu tenho, é, compulsão por comida, que eu assumi, foi esse ano (2005). Tanto é que eu resolvi procurar uma terapeuta especialista nisso, que trabalha especificamente com isso.”*

É importante ressaltar que esse processo de assumir o seu transtorno alimentar e procurar uma psicoterapeuta foi auxiliado pelas orientações da profissional de nutrição com quem ainda estava em tratamento na época da entrevista e envolve uma percepção mais ampla do seu padrão compulsivo de alimentação, que, como veremos também mais adiante, acontece, em geral, à noite e onde a comida é usada com outra função que não a satisfação da fome fisiológica, como, por exemplo, para relaxar, para anestesiá-lo.

*“Eu fui numa nutricionista e conversando isso com ela, que de noite eu comia pra caramba, que é o momento que eu estou em casa, é o momento que eu quero relaxar e a comida me relaxa, a comida me anestesia, né? E, aí ela comentou comigo, ela falou: ‘olha, existem tratamentos pra compulsão e a terapia ajuda, não sei quê’.”*

Todo esse processo de ampliar e transformar a sua compreensão sobre o seu transtorno alimentar parece, então, estar sendo também auxiliado por sua psicoterapeuta.

*“E, aí eu percebi que, eu fui, conforme eu vou conversando com ela, com a minha terapeuta, eu vou percebendo a cada dia o que que é que tá envolta disso, entendeu? ... até então eu não achava que era o que eu acho que é hoje. ...”*

Com isso, Adriana passa a perceber que, embora tenha assumido o seu padrão compulsivo de alimentação há pouco tempo, esse padrão veio sendo construído “desde que nasceu”, considerando que algumas dificuldades nas relações familiares, sobretudo com o seu pai, podem estar na base dessa construção.

*“E, agora desde quando, assim, desde quando eu como desse jeito, não tenho assim um data, desde que eu nasci.”*

*“Eu acho que foi, eu não tenho muita certeza, mas eu acredito sim, que tenha sido por aí, que tenha começado com o meu pai, entendeu?”*

*“É, eu acho, assim, mas pelo que eu tenho visto, eu acho que o meu péssimo relacionamento com o meu pai, eu acho que começou tudo aí, entendeu?”*

Essas dificuldades familiares envolvem a preferência que Adriana acreditava que sua mãe e principalmente seu pai tinham em relação à sua única irmã, que era mais velha que ela. Segundo sua avaliação e, provavelmente, segundo a avaliação dos seus pais, sua irmã era melhor que ela em quase tudo. Assim, na comparação com sua irmã, ela vivenciava um forte sentimento de inferioridade.

*“Porque ele, ele sempre, ele e a minha mãe também, mas ele meu pai mais, sempre preferiu a minha irmã do que eu, a minha irmã sempre foi melhor do que eu.”*

*“Então na época ela tinha o cabelo mais bonito do que o meu, na época ela era mais magra do que eu, ela dançava melhor do que eu, tinha notas melhores do que a minha e eu não tinha nada, eu era nada, entendeu? Com comparação, com a questão de, de me sentir inferior, porque tudo dela era melhor, entendeu? Essas coisas todas que envolvem coisa de irmão mesmo, entendeu?”*

Foi, então, através da alimentação que Adriana tentou chamar atenção e agradar aos pais, já que “comer tudo” e “comer bem” era algo estimulado e valorizado nesta família e parecia uma forma de se sobressair em relação à irmã que não se alimentava direito.

*“...a minha irmã, ela tinha um problema que ela não comia direito, então, talvez pra eu chamar a atenção, eu comia tudo, eu limpava o prato, entendeu? É, e assim eu achava que eu conseguia chamar a atenção deles, né?”*

*“Então, pelo menos comer eu tinha (risos) que comer bem, né? Que era uma coisa que a minha mãe elogiava.”*

Assim, enquanto sua irmã não se alimentava tão bem, Adriana passou a comer de tudo, algo que ela associa ao seu contexto familiar e que ela considera como bastante positivo na sua história alimentar, embora também tenha se tornado um problema.

*“... a minha irmã não gosta de um monte de coisa, ...”*

*“Eu gosto de comer, qualquer que seja a coisa, pra mim não tem tempo feio.”*

*“... e isso foi uma coisa boa da minha casa, entendeu? Porque eles sempre falavam: ‘não, experimenta, não sei o que, é bom’.”*

*“Eu não tenho frescura com comida, tem jiló, eu vou comer e eu gosto, esse é que é o problema.”*

No entanto, parece que a tentativa de agradar seus pais através da alimentação funcionou apenas por algum tempo na vida de Adriana, pois, chegou um momento em que o comer tudo que estava no prato ao invés de ser valorizado passou a ser desqualificado por eles.

*“Só que depois teve uma época que eu limpava o prato e eles já achavam horrível. Então (risos), é difícil você conseguir agradar, né?”*

É interessante apontar que esse estímulo e valorização dos pais de Adriana para o comer tudo e o comer bem, é algo bastante presente em muitas famílias e direcionado principalmente para as crianças, envolvendo significados sócio-culturais sobre a alimentação e o corpo, como, por exemplo, que comer tudo e de tudo significa crescer forte e saudável, algo que, como veremos adiante, participa da construção do sentido que Adriana atribui à alimentação. Contudo, esse estímulo e valorização parecem também, muitas vezes, ter um limite, seja quando a criança já está crescida, seja quando a sua alimentação vai muito além daquilo que os pais propõem, seja quando a criança começa a engordar, passando, então, em muitos casos, a ser vista como gulosa e a ser desqualificada no seu padrão alimentar, o que pode confundir e ajudar na construção de uma relação ambígua e contraditória com a comida.

É importante ressaltar também que, embora Adriana tenha apontado para o relacionamento com seu pai como estando, possivelmente, na origem do seu problema de alimentação compulsiva, fica claro na sua entrevista que a sua mãe também teve um papel fundamental na construção do seu padrão alimentar. Pois, além de elogiar e estimular Adriana a comer de tudo, parece que a mãe de Adriana usava a comida como uma forma de demonstrar atenção e afeto e compensar a sua ausência em casa. Assim, na tentativa de amenizar o sofrimento que Adriana vivenciava por ela trabalhar fora e a culpa que, em função disso, ela parecia sentir, sua mãe trazia todo dia chocolate para casa. Além disso, o chocolate era também usado por sua mãe como forma de recompensá-las quando comiam tudo na hora do jantar.

*“... minha mãe sempre falou pra gente comer legumes e folhas e feijão.”*

*“... era uma coisa que a minha mãe elogiava.”*

*“Por exemplo, ela trabalhava fora, então eu acho que ela ficava arrasada, porque todo dia eu chorava pra ela não trabalhar fora, pra ela me levar pra escola, não sei que. Aí ela: ‘ai, não fica assim, ... quando eu chegar em casa eu vou trazer chocolate pra você, se eu não trabalhasse fora eu não ia*

*poder trazer o chocolate, não sei que’, e todo dia a minha mãe trazia chocolate.”*

*“Então a gente tinha que jantar a comida toda, pra aí sim poder comer o chocolate de sobremesa, entendeu? Então era mais ou menos assim, dessa forma que funcionava.”*

Adriana percebe, ainda, que para sua mãe tudo girava em torno da comida e que, embora se controlasse e tivesse, segundo Adriana, um corpo bonito e normal, sua mãe era gulosa por doce, o que talvez justifique o uso do chocolate com aquela função afetivo-emocional.

*“... a minha mãe também, é, tudo dela também girava em torno da comida.”*

*“A minha mãe é gulosinha, mas ela se controla bem, ela é gulosa com doce. ...você olha e ela é uma pessoa normal, não tem barriga, tem o braço grossinho, mas tudo no lugar, entendeu? Tem um corpo bonitinho a minha mãe.”*

Podemos dizer, então, que esses hábitos, valores e sentidos atribuídos por seus pais sobre a alimentação parecem ter participado da construção da relação que Adriana estabelecia com a comida. Esta relação foi se configurando ao longo da sua história de tal modo que o sentido que ela atribui à alimentação é de que ela é vida, é tudo, de que ela é fundamental para ter força, para sustentá-la.

*P: “E o que significa a alimentação pra você?”*

*A: “A vida, se você não come, você morre. Alimentação é tudo.”*

*“Ah, eu não sei dizer assim, mas, é o que eu penso, você precisa comer (riso) pra ficar forte, entendeu? Pra conseguir vencer as coisas, entendeu? Tanto é que eu penso assim, é, às vezes eu quero sair de casa, tô um pouco atrasada, eu falo: ‘não, não vou tomar o café da manhã, não vou tomar lá a vitamina’, aí eu falo: ‘não, se não chega na metade do dia eu não tô agüentando mais, entendeu? Eu preciso comer, acho que eu tô agüentando, mas (riso) eu preciso comer.”*

*“Que ela vai me dar uma força. É, que eu não vou, não vou cair, entendeu, de alguma forma.”*

*“... comida é tudo pra mim, comida é tudo.”*



Assim, Adriana foi construindo uma relação com a comida, onde, além da sua função nutricional, ela é usada com várias outras funções, sobretudo como fonte de prazer e para anestesiá-la ou entorpecê-la. Com isso, Adriana faz uma comparação do seu padrão compulsivo de alimentação com o uso de álcool e drogas, como a maconha que ela já experimentou. No entanto, embora relate que gostaria de se relacionar dessa forma com outro objeto, ela ressaltou que era com a comida que ela estabelecia essa relação tão intensa de prazer e de dependência.

*“E eu uso a comida pra tudo. Se eu tô chateada, eu falo pra Gláucia (psicóloga), quando eu como compulsivamente, sem, sem tá na minha dieta bonitinha, é, eu sinto, a impressão que eu tenho é que eu tô anestesiada, a impressão que eu tenho é que, eu acho que é como droga mesmo, porque eu já fumei, entendeu?”*

*“E é essa a sensação de tá li, anestesiada, só que eu não gosto de fumar, eu não gosto de beber, eu gosto de comer! Comer me dá um prazer, o prazer daquilo na boca, o prazer do cheiro, o prazer de olhar, não é o prazer de ver um cigarro de maconha, ah, fala sério! Eu gosto de comer.”*

*“... tudo bem que viciado e drogado seja a mesma coisa do que eu vou falar agora, ...”*

*“Eu não tenho nenhum outro relacionamento assim, com ninguém (risos), com nada, com bebida, com drogas, bem que eu queria, entendeu, como eu tenho com a comida.”*

É importante destacar também que, além de anestesiá-la e de ser uma fonte de prazer, a comida também é usada por Adriana para estar sozinha, como uma forma positiva de vivenciar a solidão, fazendo da comida sua companheira. Vale lembrar, então, que comer demais e/ou estar se sentindo gorda contribui para que Adriana, muitas vezes, não queira sair de casa, não queira se relacionar com as pessoas. Assim, podemos pensar que a comida, nesses momentos, exerce essa função de acompanhar, de fazer companhia, já que a comida não a critica, não a controla, não a rejeita, não a julga, como as pessoas, na sua avaliação.

*“Tá, oh, primeira coisa, tá, primeiro, prazer, é, depois estar sozinha. Eu não sei assim como é que seria, mas não é solidão, uma solidão ruim, entendeu? Uma solidão boa, que eu posso tá ali, eu consigo e a comida que me faz companhia, (riso) muita companhia. E isso pra mim é uma coisa boa, eu não vejo isso assim de forma ruim, não.”*

No entanto, nessa relação simbólica que Adriana construiu com a alimentação, onde a comida é usada para sua auto-satisfação, ela acaba, em muitos momentos, comendo demais e não tendo controle sobre o que, quando e quanto come, o que caracteriza o seu transtorno alimentar e contribui para seu recorrente ganho de peso. Em função disso, Adriana também apontou para o sentimento de culpa que ela vivencia ainda mais fortemente em relação à sua alimentação compulsiva e para o sentido de fracasso e de descontrole que atribui ao seu transtorno alimentar.

*“Mais culpa do que prazer, mais culpa, mais sentimento de fracasso, mais culpa. Fico muito culpada.”*

*“Ai, significa que, um fracasso pra mim. ... Então, pra mim, ter um transtorno, ter isso, é, significa um fracasso, entendeu? Porque eu não consigo, não consigo olhar e falar: ‘não, não vou comer’. Mais forte do que eu, é.”*

*“É descontrole! É descontrole!”*

É importante apontar que o sentimento de culpa que Adriana vivencia e o sentido de fracasso que ela atribui ao seu padrão compulsivo de alimentação estão fortemente relacionados à sua crença de que ela é a única responsável por esse seu comportamento alimentar, parecendo uma questão de fraqueza e/ou incompetência pessoal não conseguir se controlar em relação à alimentação.

*“Porque ... cara, eu não controlar o que eu ponho na minha mão e que levo pra minha boca! Sou eu, não é ninguém fazendo nada comigo! Entendeu? Sou eu que não consigo controlar isso!”*

*“Bom, porque não é ninguém, ... é aquilo que eu falei, não é ninguém que tá colocando comida goela abaixo, né? Sou eu, eu que pego e eu que como, então, eu me sinto culpada por fazer isso, entendeu?”*

Aqui, fica mais uma vez evidenciado o quanto a construção desse sentido que ela atribui ao seu transtorno alimentar foi atravessado por significados do contexto sócio-cultural contemporâneo que envolvem a valorização do auto-controle e do auto-aperfeiçoamento, enquanto conquistas individuais e que significam competência, sucesso e felicidade. Assim, não alcançar esse ideal é hoje sinônimo de inaptidão, falha e fracasso pessoal e leva a culpabilizar e responsabilizar a pessoa nessa condição. Nessa perspectiva, Adriana associa o seu comer compulsivo à falha, preguiça, descuido e medo de mudança.

*“Porque é, porque sou eu que faço isso, não é ninguém. Não é que Deus me deu isso, entendeu? Sou eu que cuido mal do meu corpo, sou eu que me alimento mal, que não faço nada pra modificar, sou eu, o problema é meu, entendeu? Então isso pra mim significa que eu sou fracassada.”*

*“É, eu acho que é, uma falha, um erro, uma falta de cuidado, entendeu? Que eu deveria modificar e eu tô sempre protelando e não faço nada.”*

*“Preguiça. Medo de mudar também. É isso, eu acho que é isso.”*

Adriana descreveu, então, que o seu padrão de alimentação se caracteriza por fases. Assim, há uma fase em que ela consegue se controlar e comer de acordo com a indicação da sua nutricionista. Esta fase, em que Adriana se avalia positivamente, envolve uma alimentação rica em alimentos de baixo valor calórico, como verduras e legumes, e segue um certo padrão em cada refeição. Mas há também a fase em que ela não está de dieta e come compulsivamente. Esta fase, em que Adriana se desqualifica, envolve comer em excesso e/ou comer alimentos de alto valor calórico, como guloseimas e alguns alimentos gordurosos. É interessante apontar os adjetivos que ela usou para discriminar essas fases, principalmente, os de que estava “bonitinha” ou “feia” nessas fases, usados, em geral, na avaliação da aparência física.

*“Tá, eu vou te dizer quando eu tô ‘bonitinha’ e quando eu tô ‘má’ (risos).”*

*“Quando eu tô bonita eu como o que a nutricionista passou pra mim... Aí eu almoço muita salada, muita coisa verde, que eu gosto, muito verde,*

*muito, muito, mais salada, mais folha do que legume, mas eu como uns leguminhos, mas eu como mais folha. ... Isso é quando eu tô bonitinha.”*

*“Agora quando eu não estou fazendo regime. Ah, de manhã eu como vários pães, ... com muita manteiga e queijo. Então, na hora do almoço, eu posso comer, assim, quando eu não tô fazendo regime eu posso comer arroz ... Feijão com mais azeite, frango com mais azeite, porque eu gosto de almoçar, eu gosto de comer comida,... eu como sanduíche, mas eu gosto de comida, eu sinto falta da comida. Aí eu posso lancher uns salgadinhos, posso passar na padaria comprar um monte de coisas com salsicha que eu adoro, aí assim vai, hambúrguer, ... aqueles sanduíches naturais que eu gosto, folheado, ai, qualquer coisa, biscoito, ai.”*

*“... porque, quando eu tô feia eu como um monte de fritura, entendeu?”*

Considerando, assim, os momentos em que consegue se controlar e comer de acordo com a sua prescrição nutricional, Adriana considera que se cuida e se alimenta bem, se sentindo satisfeita em relação à sua alimentação, sobretudo, em função de uma avaliação qualitativa daquilo que ela consome.

*“É, é. Eu acho assim que eu me alimento bem, muito bem aliás, entendeu?”*

*“É, mas eu acho que a minha alimentação é boa, eu como fruta, como muita folha, eu como feijão, como carne, como essa quantidade toda de grão. Eu, eu fico feliz assim, com essa alimentação que eu tenho, eu acho que eu me cuido bem.”*

Adriana faz também essa avaliação sobre a sua alimentação considerando os bons resultados dos seus exames laboratoriais que indicavam sua boa saúde física, embora ela se questione sobre um possível efeito prejudicial de seu padrão alimentar à sua saúde, sobretudo, quando percebe sua gordura corporal.

*“Eu vejo isso pelos exames todos que eu faço de sangue, que eu tenho feito, que, apesar dessa quantidade toda de fritura, ... apesar disso tudo, o meu colesterol tá 160, então tá um colesterol ótimo, meu HDL que tem que estar acima de 40, que é o colesterol bom, tá 80!”*

*“ ... então, assim, quando eu fiz esses exames, foi uma coisa até que eu falei: ‘cara, o que que eu tô fazendo comigo’, né? Eu fico me perguntando, porque, eu posso tá com gordura aqui (corpo), mas lá por dentro tá tudo limpo ainda, né? Então, que que eu to fazendo?”*

Contudo, nos momentos em que se alimenta compulsivamente, Adriana se sente bastante “deprimida”, principalmente pelos sentidos que, como já vimos, ela atribui ao seu comer compulsivo e pela expectativa de que não conseguirá ou terá muita dificuldade para regularizar a sua alimentação .

*“Ih, não, ai eu fico tão deprimida. ... Ah, eu fico sim, pô, primeiro, vou cair de novo, entendeu? E levantar é um sacrifício. Toda vez que eu paro pra recomeçar é difícil. É muito difícil, então, já me deprime por isso. Aí já começa aquele sentimento de fracasso, de: ‘cara, não vou conseguir’, entendeu?”*

Adriana relatou, então, que existem alguns contextos, momentos e/ou situações que parecem contribuir para seus episódios de compulsão alimentar, como, por exemplo, quando chega em casa à noite querendo relaxar e está sozinha, não tendo ninguém para controlar sua alimentação. Assim, nesses momentos, a comida é consumida de maneira excessiva e usada, como já vimos, para relaxar, para fazer companhia, para anestesiá-la, de tal modo que ajuda, inclusive, Adriana a dormir melhor, apesar do desconforto e da dor de tanto comer.

*“Tem, de noite, quando eu chego em casa, de noite que eu digo é 6 horas, assim, é o momento que eu chego em casa e que eu estou sozinha, então é o momento que ninguém vai controlar”.*

*“Mas é esse horário, é o horário que eu tô sozinha, é o horário que eu, ai, cheguei em casa e quero relaxar, quero ver a novela. Então é bom sentar na cama com um monte de coisa pra comer e ver a minha televisão, entende? E poder comer, comer, comer, comer. E eu gosto de comer até ficar com dor, com dor, assim, dor de desconforto, sabe? E eu gosto de dormir assim, com a pança bem cheia mesmo, eu gosto disso.”*

*“É, eu tenho um sono mais gostoso, ai não, dormir com o estômago vazio, eu passo mal. Nossa, eu fico bem anestesiada, eu vou direto. É muito bom.”*

Além disso, Adriana afirmou que a sua tensão pré-menstrual (TPM), as situações que a irritam e que fogem do seu controle, também contribuem para que tenha episódios de compulsão alimentar.

*“Assim, a TPM pra mim, eu tenho essas crises compulsivas, e se acontece alguma coisa, porque assim, eu tenho, eu tenho muita coisa de controle assim, controle do meu dia, então se eu faço alguma coisa que foge do controle, que me irrita, entendeu? Ai eu como.”*

É importante ressaltar, então, que o elemento que emergiu na configuração da sua rede de significações para dar sentido e exemplificar esse processo de se alimentar de maneira compulsiva nessas situações foi uma vivência em relação ao seu marido em que se sentiu preterida por ele em relação a uma outra pessoa e isso a deixou com muita raiva, evidenciando claramente o conteúdo afetivo-emocional dessa sua vivência que a levou a comer demais.

*“Por exemplo, aconteceu semana passada um negócio, que um pessoal foi lá pra minha casa e o meu marido deu mais atenção, num é atenção de dá mole não, é deu atenção pra uma menina... pra uma pessoa que tava lá. ... todo mundo lá em casa, eu tinha feito uma cesta de café da manhã pra ele, que foi aniversário dele, eu fui com a cesta pra dentro do banheiro ..., eu comi a cesta inteira, inteira.”*

*“Então assim, eu sei, eu precisava daquilo, eu ia explodir, e olha que eu falei com ele, eu subi na cama e falei: ‘você tá achando o que? Não sei o que’. Eu coloquei pra fora a raiva que eu tava. ‘Pô, qual é, vai só ficar conversando com ela, dando atenção só pra ela, qual é, não sei que’. Falei assim, mas não foi suficiente, eu precisei comer.”*

Adriana percebe que fez uso compulsivo da comida como forma de tentar lidar com os sentimentos que experimentou naquele momento, onde a comida funcionou, como já vimos, para fazer passar, para anestesiá-la diante daquela experiência.

*“Pra anestésiar, pra passar, tanto é que no dia seguinte a gente conversou normalmente, eu falei: ‘Flávio (marido)’, ele: ‘Adriana, você acha que eu vou dar mole?’ Umas coisas que não tem nada a ver (riso), entendeu?”*

Ainda sobre essa questão, Adriana percebe também a clara associação desta situação que a levou a comer demais com suas vivências e percepções nas relações familiares, onde a desatenção que se sentiu vivenciando em relação ao seu marido foi semelhante ao sentimento que vivenciava quando, como já vimos, seu pai dava, e ainda dá, mais atenção para sua irmã, na sua avaliação.

*“... eu tava até conversando isso com a Gláucia (psicóloga), que assim, a sensação que eu tive foi de quando eu era pequena, que meu pai dava mais atenção pra minha irmã.”*

*“... assim, que eu sei que é, não é a questão, se fosse qualquer outra pessoa ali, ou qualquer outro homem ou qualquer outra mulher, eu ia agir da mesma forma, porque é isso que eu sinto, entendeu? Que eu vejo lá com o meu pai e com a minha irmã, entendeu? Que até hoje é assim.”*

Embora Adriana utilize a comida com um recurso para sua auto-satisfação ou para se reequilibrar diante de situações difíceis, ela se deprecia bastante por se envolver nesse mecanismo de comer demais e escondido, como nesta situação com o seu marido.

*“Me sinto ridícula de tá comendo escondido, sabe? Nossa, deprimente ali aquela cena lá no banheiro, eu sentada no banheiro comendo a cesta de café da manhã.”*

Diante disso, Adriana relata que gostaria de ter uma outra relação com a alimentação, uma relação em que ela tenha mais poder sobre o que, quanto e quando come e, principalmente, que ela não fique pensando o tempo todo em comida.

*“Eu gostaria de ser assim, é, de olhar a comida, vou te dar um exemplo. Eu comprei a cesta pro meu marido, né? Ele olhou ali: ‘ah tá, vou tomar um toddynho, comer um pãozinho com mortadela’, que ele adora, e acabou, ... eu comi a cesta inteira e ele nem me perguntou o que aconteceu com as coisas da cesta, entendeu? Eu queria ser assim, eu queria ser isso, eu queria olhar às vezes as coisas e falar, ‘ah, aquilo ali, ah, eu como mais tarde’, e não ficar, o problema é que eu fico pensando em comida o tempo inteiro, entendeu? Eu não queria isso, pensar em comida o tempo inteiro.”*

Assim, Adriana almeja ter mais controle sobre seu padrão alimentar para conseguir restringir sua alimentação por mais tempo do que tem conseguido ultimamente e, com isso, conseguir emagrecer, que é o seu principal objetivo. Considera, então, que a sua dificuldade em alcançar esse emagrecimento é por estar “enrolando” para fazer dieta, acreditando que a solução para emagrecer é “fechar a boca” e fazer uma atividade física.

*“Meu objetivo é, sei lá, meu objetivo é emagrecer (riso), não é só ficar um mês, entendeu? É conseguir ver resultado e realmente eu não vou conseguir ver resultado em 15 dias. Eu tenho que fechar a boca mais tempo e fazer exercício, né?”*

*“Tô há meses enrolando, eu tô levando, enrolando mesmo, tô empurrando com a barriga, porque não tem um, não tem um mês que eu consiga falar: ‘eu fiz o mês inteiro de dieta’, entendeu? Eu não tô conseguindo fazer.”*

Fica claro na sua entrevista o quanto esse seu objetivo de emagrecer está diretamente relacionado às percepções, ao sentimentos e aos sentidos que Adriana vivencia e produz em relação ao seu corpo, à sua aparência física. Pois, Adriana se sente bastante insatisfeita com sua imagem corporal, se achando feia e, principalmente, gorda, apesar de gostar de algumas partes do seu corpo.

*P: “Como é que você se sente em relação à sua imagem corporal?”*

*A: “Insatisfeita.”*

*P: “Por que?”*

*A: “Porque eu não gosto, não gosto do meu peito pra baixo, eu não gosto, tirando o meu pé, que fica embaixo, mas eu não gosto, não gosto do meu corpo.”*

*“Eu gosto do meu peito pra cima, o resto eu odeio. Eu gosto do meu pé também, não tenho nada contra o meu pé, não, mas o resto, nossa!”*

*“... porque eu olho, eu vejo, eu acho assim, não era o corpo que eu quero, não era o corpo que eu quero.”*

*“Eu acho feio, eu acho gordo e isso não me pertence.”*

*P: “E como é que você se vê?”*

*A: “Gorda! É, com culote enorme, que é o meu maior problema.”*

*“... eu odeio sentar e ter um monte de banha, eu odeio, odeio, eu odeio isso.”*

Como vimos nos trechos acima, Adriana, se vê gorda e cheia de gordura, algo que pode indicar algum grau de distorção da sua imagem corporal, considerando que o seu IMC estava dentro da faixa de normalidade, e que merece atenção já que representa um dos critérios diagnósticos para a anorexia nervosa, de acordo com a CID-10. Em função disso, chega ao ponto de odiar e rejeitar intensamente o seu corpo, querendo conquistar, portanto, um corpo magro, que ela considera como sendo o corpo normal.



*“Eu não queria ter aquele, também peito, aquela barriga assim não, eu queria ser uma pessoa magra, normal.”*

*“... eu queria poder botar uma saia aqui em cima, entendeu? Com a perna bonitinha e não com isso aqui.”*

*“Eu acho que eu queria ter uma cintura, em cima eu queria ser assim do jeito que eu sou, mas, é, eu queria ter uma cintura muito fina, é, e sabe aquela, a perna das pessoas assim que é reta igual de homem, que a mulher tem essa curvinha, mas têm algumas mulheres que não têm, que chega a ser fundo aqui o glúteo, eu queria ser assim, o joelho bem magrinho, assim, sabe?”*

*“Porque eu acho que isso é bonito!”*

É importante destacar que esse modelo de corpo que Adriana quer atingir, que ela acha bonito, que ela gosta e valoriza, se enquadra completamente no padrão contemporâneo de beleza feminina, que envolve a supervalorização do corpo magro e sem gorduras, quase como o corpo de um pré-adolescente.

*“Mulher bonita? Ah, assim como eu falei, sem culote, com a perna retinha assim, que é do jeito que eu gosto, o joelho também sem nada, sem gordura, eu gosto de uma perna fina, sem varize, que eu tenho um monte, sem nenhuma gordura localizada, também que eu tenho um monte, a barriga também bem sequinha. Mas eu não, eu não gosto de tanquinho, essas coisas assim bem musculosas. Seca de magra, seca de ruim, magra de ruim (risos). Eu gosto disso, é isso que eu acho bonito. ... Tipo aquele corpo de modelo, que não tem nada?! Isso que eu acho bonito.”*

Percebe, então, que o seu corpo é bem diferente desse modelo que ela valoriza e bem diferente dos corpos de muitas mulheres, já que, na sua avaliação, várias delas são loiras, magras, saradas e lipoaspiradas. É interessante apontar que Adriana situa essa sua avaliação aqui no Rio de Janeiro, onde ela mora e que, sendo uma cidade balneária, os corpos, em geral, são muito expostos. Com isso, se sente desconfortável e não acolhida nesse contexto, desejando morar num lugar que, talvez, não valorizasse tanto esse modelo de beleza.

*“Porque aqui (Rio), primeiro, as mulheres todas são loiras, entendeu? ... Todo mundo com um peito desse tamanho, tudo cheio de lipo, ratas de academia, e é totalmente o contrário do que eu sou...”*

*“Eu gostaria de morar num lugar que não, que não fosse assim, entendeu? Pra, mas até pra eu me sentir melhor, entendeu? Mais acolhida.”*

Assim, no que diz respeito à atratividade sexual, Adriana se sente em desvantagem em relação a essas mulheres, pois considera que esse modelo de mulher é que atrai e é desejado pelos homens, e que, como seu corpo não segue esse padrão, não é, portanto, nem um pouco atrativo.

*“Então você fica se sentindo em desvantagem, porque é claro que, sexualmente falando, é mais atraente aquilo ali, aquele corpo feito ali, do que eu, cheia de banha, entendeu? Sexualmente falando, é, agora o que vai rolar depois, se vai ter alguma coisa pra conversar, se tem alguma coisa pra acrescentar na sua vida, pô (risos), aí, aí é outra história. Mas pra coisa do sexo, eu tenho plena convicção que não, né? (risos) Que não atrai nenhum pouco o meu tipo físico.”*

*“...pra mim beleza, se eu fosse homem, me atrairia por mulheres assim, entendeu?”*

*“... não gosto do meu corpo, não acho que eu vou atrair alguém, entendeu?”*

Nesse contexto, Adriana não gosta do seu corpo e não o acha atraente, já que, se definindo como gorda nesse momento, considera que ele está fora do ideal de beleza atual. Com isso, ela não se considera uma mulher bonita, sobretudo de corpo, e mesmo em relação ao rosto, ela só gosta e o acha bonito quando está mais magra. Assim, os momentos em que já se achou mais bonita, foram nos períodos em que esteve mais magra, o que evidencia a clara relação que ela estabelece entre beleza física e magreza.

*P: “Você se sente uma mulher bonita?”*

*A: “Às vezes eu acho que eu sou, de rosto, assim. De corpo não, nenhum pouco.”*

*P: “E, por que?”*

*A: “Ah, porque meu corpo é muito esquisito.”*

*P: “Fora daquilo que você entende como ideal?”*

*A: “É, é, muito fora!”*

*P: “Sempre se sentiu assim?”*

*A: “Não.”*

P: *“Quando era diferente?”*

A: *“Quando eu tava mais magra.”*

P: *“Você se sentia uma mulher mais bonita?”*

A: *“É, me achava, me achava.”*

*“E o rosto assim, tem épocas que, por exemplo agora, eu tô, eu tô mais gorda, ele tá mais inchado, entendeu? Eu não gosto dele assim do jeito que ele tá, isso aqui pra mim tá enorme, entendeu? Então, quando eu tô mais magra o meu rosto fica mais bonito, porque seca aqui, eu gosto assim. Então tem épocas que eu gosto e tem épocas que não.”*

*“Teve fases, assim, que eu já fiquei mais magra, que eu tava fazendo exercício, que melhora um pouco, entendeu? Melhora um pouco, é.”*

Com isso, a magreza é tudo que Adriana almeja, de tal modo que mesmo quando esteve muito magra (com um IMC de 18,5, ou seja, no limite inferior da faixa da normalidade) e isso não era bem visto pelas pessoas a sua volta, ela se sentia ótima, com a auto-estima elevada ao ponto de considerar a crítica dessas pessoas um elogio. Mais uma vez é importante aqui salientar que essa supervalorização e conquista de um baixo peso num determinado período da vida de Adriana podem indicar uma proximidade com padrões anoréxicos que merece atenção.

P: *“E a magreza? O que ela significa pra você?”*

A: *“Ai, meu Deus, magreza, era tudo que eu queria ser.”*

*“Ah, porque as pessoas não iam falar: ‘caramba, olha quanta celulite!’ As pessoas iam falar: ‘caramba que magra! Coisa horrível!’, e eu ia tá me sentindo o máximo. Porque quando, uma época que eu fiquei muito magra, que eu cheguei a pesar 47 kilos, as pessoas falavam: ‘Adriana, você tá parecendo aidética’, eu tava me adorando, entendeu? Pra mim, dizer que eu tava aidética era um elogio, entendeu? Dizer que eu tava muito magra, que eu tava horrível, aquilo pra mim, a pessoa tava me elogiando.”*

Adriana atribui a esse seu ideal de magreza os sentidos de felicidade e liberdade, pois a permitiria, por exemplo, usar outros tipos de roupa e ir à água na praia, evidenciando que a construção desses sentidos foi fortemente marcada por valores e significados do contexto sócio-cultural contemporâneo.

*“Ai, porque as pessoas magras devem ser mais felizes, entendeu? ... era o que eu queria ser, entendeu? Eu acho que, pra mim, magreza significa liberdade.”*

*“Então eu acho isso, eu acho que ia me dar uma liberdade que eu não tenho, liberdade de usar uma saia aqui, Mas eu acho que me daria liberdade pra fazer um monte de coisa.”*

*“Liberdade de eu poder fazer hidro, liberdade de eu poder tá na praia e falar, ai tá com muito calor, vou na água, entendeu? E poder levantar e ir na água, é essa liberdade que eu nunca tive, entendeu? De fazer essas coisas, sabe?”*

*P: “Você acha que seria mais feliz?”*

*A: “Eu acho que sim. Pelo menos um pouco, né? Mais feliz.”*

Adriana acredita que ser mais magra a ajudaria sobretudo nas relações sociais, pois se sentiria mais confortável para se relacionar com as pessoas, com o mundo. Esse seu ideal de magreza daria a ela coragem e liberdade para fazer coisas que não se permite, pois não quer expor o seu corpo para as pessoas, sobretudo, em situações com pessoas que ela percebe como tendo um corpo maravilhoso, diferente de como ela percebe o seu. A expectativa dessa exposição do seu corpo, na forma como ela o percebe, ou seja, gorda, parece bastante ameaçadora e limitadora para ela, pois traz à tona o sentido de fracasso que, como vimos, ela vivencia intensamente em relação ao seu padrão compulsivo de alimentação e à sua imagem corporal.

*“Não sei, mas eu tô dizendo assim, pra mim, é, socialmente. Eu acho que, de repente, eu conseguiria ter uma relação que eu, com as pessoas, com o mundo, fazer um cruzeiro, uma coisa assim que eu não tenho coragem de fazer hoje em dia. ... eu já fico pensando, caramba, eu num cruzeiro, fechado ali naquele lugar, eu vou ter que pegar sol, vai ter um monte de gente com um corpo maravilhoso, e eu assim, vou ter que tirar a canga e deitar assim e não vou poder andar para pegar uma cerveja ali no bar, pra pegar a cerveja no bar eu tenho que me fechar toda pra ninguém ver nada, entendeu?”*

*P: “Se as pessoas te virem, como é que você acha que...”*

*A: “Eu morro! Não vai acontecer nada, porque já me viram, entendeu? Mas, (risos) mas eu não quero, eu não quero me expor desse jeito, ... porque pra mim isso é um fracasso, entendeu?”*

Podemos perceber também que essa importância que Adriana atribui à magreza, sobretudo nas relações sociais, está diretamente relacionada ao sentido que ela atribui à aparência física. Pois para Adriana, o corpo é a forma de se relacionar e se comunicar com as pessoas e com o mundo. Assim, se está se sentindo bem com a sua aparência ela se sente a vontade e disponível para estar e se comunicar com as pessoas, caso contrário, prefere não se relacionar, não sair de casa, não se expor.

*“Porque o meu corpo é a forma que eu tenho de me relacionar com as outras pessoas, com tudo, de me relacionar com o mundo todo. Por isso que eu acho que é tudo.”*

*“... eu acho que é forma de você se comunicar com o que tá fora, e, se eu tô inteira aqui, se eu tô bem fisicamente, eu me comunico melhor, entendeu?”*

*“E assim, e quando eu tô, eu tô me sentindo mal, como eu tô agora, eu não quero me relacionar então com ninguém, não quero sair de casa, quero ficar em casa com os meus gatos, que não olhar se eu tô com culote, se eu engordei eu não engordei, entendeu?”*

Dessa forma, Adriana considera que a aparência física é fundamental na sua vida e na das pessoas em geral. Associando ao sentido que atribui à comida, ela considera que a aparência física é tudo, considerando, inclusive, que todo mundo está atualmente tendo uma relação compulsiva também com a aparência física.

*“Eu acho que aparência é tudo! Isso, isso sim eu acho que é tudo.”*

*“É, eu acho que é tudo, igual a comida.”*

*“A aparência física é (fundamental). A aparência eu acho que é.”*

*“Não sei, mas eu acho que todo mundo tem compulsão por (risos) aparência física, eu acho que sim.”*

Assim, fica claro que essa visão sobre a compulsiva com a aparência física que ela considera que todas as pessoas têm foi atravessada por significados sócio-históricos que envolvem cultivar o corpo e fazer da aparência física um marketing da pessoa, já que é vista como um reflexo de seu estilo de vida e de sua identidade.

Além disso, essa relação que Adriana construiu com a sua aparência física, que envolve uma constante busca pela magreza, envolve também uma forte rejeição à gordura e ao excesso de peso, em função dos sentidos que ela construiu e que, mais uma vez, reproduzem intensamente os valores e significados sócio-culturais de nossa sociedade lipofóbica. Para Adriana a gordura é, então, o que há de pior no mundo, é algo horrível e disforme, que lhe dá nojo e que ela odeia.

*P: “E a gordura e o excesso de peso, o que significam pra você?”*

*A: “Ai, acho que é a pior coisa do universo, isso.”*

*P: “Por que?”*

*A: “Porque é horrível, eu acho horrível.”*

*“Feio, muito feio, horrível. Feio é pouco.”*

*“Ah, troço mais disforme que existe na face da terra.”*

*“Aquilo tudo, aquela gordurada toda, eu acho, nossa, é nojento, eu tenho nojo, eu acho horrível, me dá ódio disso.”*

Adriana também associa ser gordo com ter muitos problemas, pois, partindo de sua própria experiência, acredita que não saber lidar com seus problemas leva a pessoa a comer demais e, conseqüentemente, a engordar. Em função disso, ela relatou ter pena das pessoas gordas e considera que essa questão da obesidade é muito mais séria do que parece para muitas pessoas, que não é só uma questão a ser tratada com lipoaspiração ou com cirurgia de redução do estômago, é preciso cuidar também da “cabeça”, ou seja das questões psicológicas, que, por não conseguir administrá-las levam a comer demais.

*P: Quando você vê uma pessoa gorda, o que você acha dessa pessoa?*

A: “Engraçado, quando eu vejo uma pessoa assim, eu tenho pena, entendeu?”

P: “Por que?”

A: “Porque, porque eu acho que isso é sério, entendeu? (risos) E as pessoas ainda não, não têm noção, acham que é só fazer um coisa de estômago, uma redução de estômago, entendeu? E, cara, é muito além disso, não sei também o que que é, mas é muita coisa além disso, entendeu? E o governo fica com essa coisa de, vamos agora abrir para reduzir estômago de todo mundo, pô (risos) e a cabeça das pessoas, entendeu? O que que é que vai acontecer, ficar mutilando um monte de corpo.”

“E, então, eu tenho pena, porque deve, se eu tenho esse problema, e assim eu não sou considerada obesa, eu sou considerada uma pessoa, posso até tá acima do meu peso, mas eu não sou obesa, entendeu? E eu tenho esse monte de problema, imagina uma pessoa gorda mesmo! Obesa!

P: “Você imagina que ela tem um monte de problemas?”

A: “Ah, ela deve ter pelo menos mais uns 10 além dos meus, né? E deve ter problema de saúde, que eu não tenho nenhum.”

P: “Quanto maior a pessoa, mais problema tem?”

A: “(risos) É. Provavelmente, né?”

P: “E, por que? Por que que você acha que ela deve ter mais problemas?”

A: “É como se fosse assim oh, é, o que você não consegue administrar você come, entendeu? E aí você engorda. E eu como, por isso, é isso aí. Então, quanto maior é a pessoa, caramba (risos), ela comeu tudo, porque ela deve ter muito problema, entendeu?”

Assim, Adriana não acredita na possibilidade de uma pessoa gorda ser feliz, muito menos de ser bonita ou atraente fisicamente, já que, como vimos, beleza para ela está associada à magreza, à ausência de gordura, que ela considera não ser a sua condição no momento.

P: “Você acha que ela poderia ser uma pessoa feliz?”

A: “Ai, não sei, eu acho que não.”

P: “Por que não?”

A: “Ah, porque, vou dizer, não sei, sei lá. Será que ela se sente atraente assim? Será que ela olha no espelho e gosta do que ela tá vendo?”

P: “Você acha que é possível?”

A: “Eu acho que não. Ela até pode dizer que é e ser realmente feliz com isso, mas, pra mim isso não funciona, não pode ser. Eu acho que isso não existe.”

P: “Você acha que uma pessoa gordinha pode ser bonita fisicamente?”

A: “Não.”

P: “Pra ser bonita fisicamente, precisa ser magra?”

A: “Pra mim tem que ser magra.”

P: “Sequinha?”

A: “É. Sem gordura. Se tiver um musculinho pequenininho, até fica bonitinho, né? Que pelo menos não cai nada.”

P: “Não pode é cair, não pode é ter gordurinha?”

A: “Não, gordura e varize! Que é o que eu mais tenho, não.”

Para finalizar, podemos dizer que os sentidos que Adriana atribui ao seu transtorno alimentar, à sua alimentação e ao seu corpo foram construídos ao longo de sua história, a partir de suas vivências e percepções e de suas relações sociais, e incluem os significados trazidos, por exemplo, por sua família nuclear e pelos profissionais de saúde com os quais conviveu. No entanto, fica bastante claro que a construção desses sentidos foi também fortemente atravessada por significados sócio-culturais contemporâneos, já que os sentidos que Adriana atribui à alimentação e ao corpo envolvem uma supervalorização da magreza e uma aversão à obesidade, tão presentes em nosso contexto atual. Esses sentidos comprometem intensamente a sua auto-estima e o seu bem-estar neste momento, levando-a a se engajar numa busca pelo corpo extremamente magro, podendo, inclusive, deixá-la a sombra de quadros mais graves como da bulimia nervosa ou da anorexia nervosa.

### **5.3. Caso 3 - “Carla: cultura da comida x cultura da dieta”**

O terceiro caso a ser apresentado neste estudo é o de Carla, uma mulher de 30 anos, moradora da cidade do Rio de Janeiro (RJ), casada, com uma filha de 3 anos, com 3º grau incompleto, cuja profissão era de comerciante. Carla tem 1,72 m de altura e pesava 81 kg, estando, portanto, com um Índice de Massa Corporal (IMC) de 27. Com esse índice, Renata se encontrava na faixa de sobrepeso dessa classificação e apresentava um quadro de



bulimia nervosa do tipo sem purgação. Já fez psicoterapia e usou diferentes medicamentos para controle da alimentação e do peso. Na época da sua entrevista, ela estava em tratamento com uma endocrinologista e fazendo uso de sibutramina.

Na sua entrevista, Carla relatou que tem um transtorno alimentar e que isso significa viver a vida inteira sendo capaz de comer em excesso num dia e no dia seguinte, para controlar, não comer nada, reconhecendo, assim, que não tem uma alimentação normal, equilibrada.

*“Eu acho que eu sou totalmente capaz um dia de comer 15 pães franceses, totalmente capaz, isso não é um problema pra mim e no dia seguinte passar fome. Estou com algum problema, não pode caber no meu estômago 15 ou eu consigo... Como é que eu consigo ficar de pé no dia seguinte sem nada? Mas é assim que vivo a minha vida inteira, pra conseguir controlar, então eu tenho consciência que eu tenho um transtorno alimentar, não é normal, eu não tenho uma coisa equilibrada.”*

Considerando, então, que seu transtorno alimentar envolve o consumo excessivo e descontrolado de comida, por um lado, e o uso de dietas restritivas e da prática de jejum como método compensatório, por outro, Carla relatou que, desde a sua adolescência, está sempre engordando e emagrecendo, já tendo feito uso de todo tipo de dieta e de diferentes medicamentos para emagrecer, considerando-se, assim, um caso clássico de quem passou a vida controlando seu peso.

*“Então, desde que eu sou adolescente, que eu vivo engordando e emagrecendo. Passei por todas as fases, a fase aquela que você tem fé, que é a fase da fé, que você faz dieta da alga, dieta da lua, dieta, todas ... e aí passei por todos os remédios que você pode imaginar... pra emagrecer, tudo que você pode imaginar.”*

*“Eu acho que eu sou um caso clássico, assim, todas as coisas que você marca com um X na vida de uma pessoa que passou a vida controlando peso, sou eu.”*

Contudo, Carla passou, com o tempo, a ter alguns problemas de saúde, como uma grave gastrite e uma anemia, que ela mesma percebe como resultantes dos seus

comportamentos alimentares desequilibrados, sobretudo dos métodos para compensar o peso ganho com a superalimentação, como as dietas e o hábito de fazer jejum.

*“E aí começou assim, aí quando eu tinha uns vinte e poucos anos comecei com uma gastrite muito braba, que é certamente ansiedade, mas mais do que isso é a minha mania de chegar no trabalho pra passar fome, coca diet, coca diet e jejum, era o dia inteiro coca diet, ... Então, assim, eu já sinto, eu comecei a sentir o meu corpo cobrando com juro o que eu estava fazendo.”*

*“Tenho uma anemia braba, que com certeza também foi por causa das minhas dietas, é... Eu acho que eu mexi muito cedo com tudo, tomei remédio muito cedo, ... E isso, vendo o histórico de tudo, tudo é por causa de, de uma forma ou de outra, mas por causa do transtorno alimentar. Porque eu não como o que eu tenho que comer, na hora que eu tenho que comer.”*

Descobriu, ainda, que desenvolveu Tireoidite de Hashimoto, que é uma doença auto-imune que provoca uma inflamação crônica na tireóide, podendo levar a uma diminuição do seu funcionamento (hipotireoidismo) e, conseqüentemente, poderia contribuir para um pequeno ganho de peso (Czepielewski, 2003). Associado a esses problemas de saúde, Carla ressaltou que, ao longo do tempo, foi também amadurecendo e tendo mais consciência de que havia algo de errado com o seu padrão de alimentação, que envolvia comer demais em alguns momentos e não comer nada em outros.

*“... aí descobri um negócio lá de ‘Hashimoto’, não sei o que, que justifica, mas aí vai junto assim que você vai amadurecendo e aí você começa a, você começa a ter uma coisa de consciência, de que tem alguma coisa errada, não posso ficar passando fome assim, então você olha e fala ‘não é possível que eu consiga comer, 10,’ eu como, sempre como 5 pães franceses e não levanto cheia, levanto por culpa, porque se deixar eu continuo ali.”*

No entanto, o que parece ter contribuído de maneira decisiva para que Carla percebesse que as coisas estavam mudando em relação ao seu corpo e ao seu padrão alimentar, foi quando, num determinado momento, passou a engordar e a não emagrecer mais tão facilmente. Sobretudo depois que chegou aos 30 anos e teve uma filha, quando considera que a sua situação se complicou. Pois, o seu padrão alimentar, que envolvia ser

capaz de perder peso com muita rapidez e facilidade e que a permitia comer demais e engordar, para depois voltar a emagrecer, passou a não funcionar mais da mesma maneira, gerando, assim, uma grande frustração.

*“Aí chega uma hora que você, que eu comecei a engordar e não perder com tanta facilidade, começa a sentir que as coisas estão diferentes, ...”*

*“E aí, aí eu tive a Márcia (filha), têm três anos e aí depois que eu fiz trinta anos lascou-se. Porque assim, aí que, aí que, o que eu fazia antes de comer muito pouco não resolve mais. ... se antes eu perdia quatro quilos, eu podia comer pra engordar quatro quilos na semana seguinte, então, eu comia com culpa, mas comia tranqüila, porque eu sabia que na semana seguinte eu zerava isso, agora não zera mais, ... eu perco um quilo na semana, é muito frustrante.”*

Com isso, Carla passou a não esperar mais uma semana para restringir sua alimentação depois que come demais, fazendo uso, sobretudo, da prática de jejum já no dia seguinte, como um mecanismo claramente compensatório e inadequado, que marca o seu quadro bulímico do tipo não purgativo.

*“... eu não espero uma semana mais, o dia seguinte, mas aí o dia seguinte eu passo fome.”*

Assim, Carla se sente como uma alcoólatra, que, em alguns momentos, precisa evitar completamente o contato com os alimentos que podem levá-la à compulsão, caracterizando uma espécie de “abstinência” desses alimentos. Percebendo-se há vinte anos nesse processo de recorrer às dietas, sem ver muita perspectiva de mudança desse padrão alimentar, Carla considera, então, o seu transtorno alimentar como uma doença que se aproxima do alcoolismo, onde em alguns momentos consegue manter o controle, em outros não.

*“.. é igual um alcoólatra, eu me sinto uma alcoólatra, tem coisas que quando eu estou de dieta eu não, não vou chegar perto, porque um pedaço não vai me satisfazer, então eu prefiro não chegar perto.”*

*“Tem só vinte anos que eu faço dieta e não vejo perspectiva de parar com dieta não. Eu acho que é um problema, eu me sinto doente, pra mim é uma doença que hoje pra mim é controlada, é como, eu me sinto alcoólatra, pra*

*mim a coisa mais próxima do que eu tenho hoje é o alcoolismo, as vezes fica tudo sob controle, as vezes não.”*

Para Carla, o seu transtorno alimentar teria começado na sua adolescência, com 12 anos, percebendo claramente que vários fatores parecem ter contribuído para o seu desenvolvimento, como a sua ansiedade, a genética, já que havia pessoas gordas na sua família, e, principalmente, os hábitos, valores e significados do seu contexto familiar em relação à alimentação.

*P: “Essa relação com a alimentação, que caracteriza o seu transtorno, teria começado quando?”*

*C: “Na adolescência, 12 anos.”*

*“Na verdade é uma família que tudo é muito em cima da comida, tudo é motivo pra comer, aí junta com a coisa genética, junta com a minha ansiedade, então junta tudo.”*

Assim, Carla relatou que sempre foi gulosa, mas parece atribuir isso também ao seu contexto familiar, já que considera que a sua família era gulosa, além de gorda. Relatou, então, que a comida era usada na sua família para reunir as pessoas e estava sempre disponível em grande quantidade. Contudo, não era só uma questão de quantidade, mas também de qualidade e variedade na alimentação, de modo que tudo girava em torno da comida. Além disso, Carla também percebe que a comida era usada como forma de recompensa mas, principalmente, como fonte de prazer.

*“Eu sempre fui gulosa, mas isso, não só eu sempre fui gulosa, como a minha família, a minha família é muito gorda, em todos os sentidos, ...”*

*“... e a minha família é assim, ninguém chama ‘vamos lá em casa pra gente conversar’, é ‘vamos lá em casa lanchar’, ‘vamos lá em casa jantar’. O Natal é aquela comida que você tem comida pra cinco vezes pode aparecer lá mais gente que tem comida.”*

*“... e não é só porcaria não, a gente come muito tudo, meu pai tinha um sítio a gente sentava e ficava chupando cana e comendo tangerina, a gente sempre gostou de ir pra cozinha todo mundo, a gente sempre, então é muito envolta de comida, muito.”*

*“... nossa recompensa sempre foi comida, é, mas não era só por uma coisa de, eu acho que era prazer de comer.”*

Carla construiu, portanto, uma relação com a alimentação claramente marcada pelos hábitos e significados de origem familiar, de modo que o sentido que ela atribui à alimentação é de intenso prazer, tanto pela sensação que experimenta quando come, quanto por associar a alimentação a momentos agradáveis, que envolvem, por exemplo, reunir os amigos. Essa forte relação da alimentação com prazer se construiu de tal maneira que considera que a sua vida perde muito a graça quando faz dieta, e faz com que a comida seja tudo para ela.

*“Um prazer, um prazer. Primeiro porque que eu tenho sensação de prazer mesmo, assim, tipo eu botar uma coisa na boca que eu estou com vontade... E segundo que eu associo comida a momentos de prazer, sentar na mesa com amigos, eu gosto muito. Eu sou canceriana, eu adoro ir pra cozinha, aí levo as coisas e faço um prato legal, vai Paulo (marido) e chama os amigos, aí vamos abrir um vinho comer uns queijos, então prazer, comida pra mim é tudo, tudo que, eu penso em comida eu penso em prazer totalmente.”*

*“Pra mim, quando eu faço dieta, minha vida fica muito sem graça, sabe, eu sair de noite e não poder estar numa mesa com os amigos beliscando, é chato.”*

Embora esse prazer com a comida esteja, em muitos momentos, relacionado a estar reunida com pessoas, Carla considera que comer é o único prazer que ela pode se proporcionar sozinha, entendendo que é um movimento egoísta, de auto-satisfação através do prazer com a comida. Ressalta, então, que não gosta de ficar sozinha, mas, quando precisa estar sozinha, a comida é a sua principal fonte de prazer, não encontrando a mesma satisfação em outras atividades.

*“Acho que é o único prazer que a gente tem sozinho, pelo menos que eu tenho sozinho, ... sexo a gente precisa de outra pessoa, conversar eu preciso de outra pessoa.”*

*“... mas sozinha, estou sozinha em casa, eu paro: ‘o que que eu estou com vontade, o que que vai me dar prazer?’, eu penso: ‘o que que eu estou com vontade de comer?’, então pra mim é uma coisa, sozinha é o que me faz*

*feliz. Sabe, é um prazer que só o egoísmo pode te dar, porque tem um troço que você gosta de comer sozinha (muitos risos).”*

*“... eu não tenho saco pra pegar um livro, morro de inveja, a minha irmã, Paulo (marido), pegam um livro e ficam felizes, ... Eu não tenho esse prazer, eu gosto de estar com gente, eu gosto de gente, eu não gosto de ficar sozinha, tipo assim, eu estou sozinha em casa, aí ver televisão, aí que saco.”*

Além do prazer que a comida lhe proporciona, Carla considera ter aquilo que chamou de uma “cultura da comida”, que ela também atribui ao seu contexto familiar. Essa “cultura da comida”, que envolve gostar de provar, experimentar e comer coisas novas, a levou, inclusive, a montar uma loja de alimentos (*delicatessen*), na qual ela adora trabalhar, e a faz preferir, por exemplo, gastar dinheiro num supermercado do que num shopping center.

*“Então, além de eu ser gulosa, eu tenho uma cultura de comida, que eu acho que tem muito assim da minha família.”*

*“Eu tenho a cultura da comida, sabe? ... eu gosto de comer coisa nova, de experimentar fruta nova, eu gosto de comer, eu gosto de ficar provando, toda hora eu vou lá e ...”*

*“... não é à toa que eu fui ter uma loja de comida e eu adoro, eu adoro o meu trabalho, minha curtidão.”*

*“... aí estou na loja, eu adoro o meu trabalho, uma coisa que eu faço com prazer.”*

*“Se você perguntar assim: ‘Carla, eu te dou o cartão de crédito sem limite, você vai pro shopping ou você vai pro supermercado?’ Eu vou pro supermercado.”*

Outro fator, também relacionado ao seu contexto familiar, que parece ter participado da construção da sua relação com a comida, foi o fato de Carla não ter sido amamentada pela mãe e ter sido tirada de perto dela logo que nasceu, em função de uma doença grave que a sua mãe teve durante sua gravidez. Desde muito novinha, então, Carla

não comia e odiava mamadeira, isso contribuiu para que sua família lhe desse comida o dia inteiro, na tentativa de fazê-la se alimentar de alguma forma.

*“Não mamei, quando minha mãe ficou grávida de mim ela teve uma doença muito grave, uma coisa super rara hoje, naquele tempo então! É um câncer piorado no intestino e ela descobriu isso grávida de mim. Então, os médicos fizeram tudo para levar a gravidez dela até o final, foi tudo bem, mas assim, eu nasci e me tiraram rápido de perto dela.”*

*“A minha mãe estava com a saúde muito ruim e eu não comia, odiava mamadeira, é, não comia e aí, como eu odiava mamadeira e não comia, ficavam o dia inteiro me empurrando comida.”*

Com isso, Carla acredita ter sido forçada a se alimentar mesmo quando estava sem fome. Como não comia ou comia pouco, sua família lhe dava uma alimentação reforçada e estimulava constantemente Carla a se alimentar, pois acreditavam que ela precisava comer para não adoecer.

*“... então eu acho que eles devem ter muito me forçado, eu lembro muito disso, assim ‘ah, estou sem fome’, ‘não, mas tem que comer’, sempre assim.”*

*“... porque era aquela coisa assim, ‘ah não comeu, então vai ter que dar a mamadeira’, aí pega aquela mamadeira, bota cinco colheres de leite Ninho, uma de Sustagem, uma de leite não sei o que, uma coisa grossa. E então, como eu comia pouco, eles ficavam toda hora me dando comida e sempre muito açúcar, muita sustância, até para aproveitar as poucas horas que eu comia.”*

*“Sempre estimulando, sempre, ‘tem que comer, se não comer fica doente’ e aí, se você está com pouca fome, dá aquela reforçada em tudo, nescau com açúcar pra reforçar, sempre foi muito, ...”*

Carla ressalta, portanto, que, no seu contexto familiar, gordura corporal significa saúde e que, em função disso, eles vão estimulando a alimentação até o limite em que a pessoa se tornou gorda, limite esse que ela considera acima do que é normal. Para exemplificar essa visão familiar, ela comenta que a sua família acha que a sua filha Márcia está magrinha, enquanto que Carla considera que ela está com um corpo ótimo. Fica claro, com isso, que no seu contexto familiar circulavam alguns significados sócio-culturais sobre

a alimentação e o corpo que estimulavam a alimentação, sobretudo das crianças, para que cresçam fortes e saudáveis.

*“Na minha família sempre teve isso, gordura na minha família é sinal de saúde. Então assim, eles vão, vão, vão, vão, vão, aí chega uma hora que ultrapassou aquele limite e a pessoa ficou gorda, mas aí o limite deles é bem acima do que é nosso, do que é normal.”*

*“... então assim, minha filha tem um corpo lindo, ... e aí assim, e a minha família fala ‘ela está magra’ e não está, tá linda, ela é braçudinha, coxudinha, mas pra minha família é assim.”*

Contudo, embora a sua relação com a comida tenha envolvido muitos estímulos à alimentação, sobretudo, do seu contexto familiar, a construção da sua relação com o seu corpo também passou a influenciar seus comportamentos alimentares. Mas essa influência se deu no sentido do controle e da restrição alimentar, quando seu corpo começou, desde muito nova, a ser visto e vivenciado como um problema, como veremos a seguir.

Sobre essa questão, Carla relata que sempre foi uma menina grande, pesada, maior do que as meninas da sua idade, mesmo sendo magra. Com isso, o seu tipo físico, que ela considera como “corpo pêra”, com muito bumbum e muita coxa, foi considerado perigoso, por exemplo, por sua professora de ginástica rítmica, quando tinha nove, dez anos. Assim, como ela já era pesada, não poderia engordar, pois isso dificultaria a realização dos movimentos dessa modalidade de atividade esportiva e fez com que essa professora a colocasse para fazer mais atividade aeróbica do que outras crianças.

*“... eu sempre fui pesada, mesmo quando eu era magra eu sempre fui uma pessoa pesada.”*

*“Eu lembro, eu fazia ginástica rítmica e tinha uns nove, dez anos e eu já era mais, eu não era, eu não era gorda de forma nenhuma, mas eu sempre tive um corpo pêra, então eu sempre fui assim, eu tinha mais bumbum e mais coxa do que as meninas, então a professora já falava: ‘toma cuidado que o seu tipo de corpo já era perigoso’, eu já ouvia isso dela, isso com uns nove, dez anos.”*

*“Porque eu fazia ginástica rítmica e não podia ficar pesadona, por causa do tipo de movimento. Ela falava ‘toma cuidado, você tem que fazer mais*



*aeróbica que as outras', então tinha uma turminha que eu tava entre, que ela sempre botava mais pra correr mais, pra não sei o que mais, pra ficar mais leve."*

Outro exemplo em relação ao seu corpo que parece ter marcado a sua história e contribuído para a forma como vivencia o seu corpo foi um comentário pejorativo que seu pai fez quando tinha doze, treze anos. Dessa forma, podemos perceber que algumas pessoas do seu convívio social parecem ter reforçado a necessidade de preocupação, cuidado e controle em relação ao seu corpo, seja para facilitar a prática esportiva, seja por uma questão de estética.

*"Eu lembro uma vez eu tinha doze, treze anos, meu pai falou pra mim, 'você está correndo como um saco de batata'. Eu nunca esqueci disso!"*

Possivelmente influenciada por essas situações e/ou pessoas, Carla relatou desde muito cedo começou a se preocupar com o seu corpo, percebendo-se fora do padrão corporal da maioria das meninas da sua idade. Assim, mesmo percebendo, atualmente, que não havia nenhuma necessidade, já que não era um menina gorda, Carla passou, por volta dos treze anos, a fazer dietas para emagrecer e a fazer uso de laxante.

*".. hoje, eu pegando as fotos de quando eu comecei a fazer dieta, meus treze anos, eu vejo que não tinha a menor necessidade, eu acho que era por isso, acho as pessoas eram mais magras, mas as pessoas não eram mais magras, as pessoas eram menores e tinha a coisa das amigas. Então metia lacto purga, ih já fiz muito, metia lacto purga pra dentro."*

Assim, Carla percebe que, mesmo não sendo gorda, começou a se envolver com esses comportamentos para perder ou evitar o ganho de peso, principalmente, na frente das amigas e por uma questão de vaidade, evidenciando uma preocupação com sua imagem corporal e com a sua aceitação social. Esses comportamentos envolviam uma certa moda de comida saudável e de restringir a alimentação, que ela chamou de "cultura da dieta".

*"... eu acho que, hoje, com o corpo que eu tenho, eu vejo que, no começo, foi vaidade boba, eu não era gorda."*

*“No começo, era uma, era bobeirinha, ... era até mais na frente das amigas, ‘não, não pode comer muito doce’, aquela coisa da idade todo mundo descobre, quero ser vaidosa, quero não sei o que.”*

*“...achava legal comer salada, tinha a fase ‘sabor e saúde’ estourando, aí: ‘ah vai ser legal comer natureba’.”*

*“... então, eu acho que é isso, acho que eu comecei mais pela cultura da dieta do que por ser gorda.”*

Com isso, Carla acredita que talvez tenha criado o seu problema com alimentação e com corpo a partir dessa “cultura da dieta”, já que começou com o esquema que caracteriza hoje o seu transtorno alimentar, de comer demais e depois restringir sua alimentação e mesmo passar fome, enquanto mecanismos compensatórios da superalimentação, sem que tivesse um problema real de peso.

*“Então eu acho que era mais a cultura da dieta do que um problema real. Talvez eu tenha criado o meu problema.”*

Assim, parece que Carla percebe que o contexto sócio-cultural contemporâneo, com seu culto ao corpo e sua supervalorização da magreza e de uma alimentação controlada e saudável, que ela chama de “cultura da dieta”, pode realmente contribuir para comportamentos alimentares inadequados. Pois, os atuais padrões, hábitos, valores e significados sócio-culturais em relação à alimentação e ao corpo, têm estimulado a busca por um modelo ideal de alimentação e, sobretudo, de corpo que, para muitas adolescentes, como Carla, é inatingível.

Assim, parece que Carla percebe que o contexto sócio-cultural contemporâneo, com seu culto ao corpo e sua supervalorização da magreza e de uma alimentação controlada e saudável, que ela chama de “cultura da dieta”, pode realmente contribuir para comportamentos alimentares inadequados. Pois, os atuais padrões, hábitos, valores e significados sócio-culturais em relação à alimentação e ao corpo, têm estimulado a busca

por um modelo ideal de alimentação e, sobretudo, de corpo que, para muitas adolescentes, como Carla, é inatingível.

*“... por mais que a gente emagreça, por mais que a gente luta, mas eu sou uma pessoa grande, então tem coisas que não mudam no meu corpo, então isso é meio desmotivante também.”*

O uso de comportamentos alimentares compensatórios contribuiu, então, para que Carla acreditasse que poderia manipular o seu peso corporal, se permitindo, como vimos anteriormente, comer bastante e engordar, já que depois conseguiria perder o peso ganho com muita rapidez e facilidade, entrando num ciclo vicioso de dieta-gula difícil de desconstruir e que, ao longo do tempo, vai perdendo sua eficácia.

*“Ah, eu descobri que eu consigo agora engordar três quilos numa semana, mas eu também descobri que eu consigo perder três numa semana, então dá para ganhar quatro porque na semana seguinte...”*

*“... e aí você vai indo, aí você descobre que engordou um pouquinho, aí depois você engordou mais um pouquinho e aí o que era normal de engordar um, dois quilos, começa a ser três, quatro e aí você vai.”*

*“... um dia isso não funciona mais, pior, funciona, você continua conseguindo ganhar três numa semana e não consegue mais perder os três na outra semana, a matemática muda.”*

Embora considere ter começado a se envolver com métodos para controle do peso e da alimentação, mesmo antes de ser gorda, Carla relatou nunca ter se sentido bem em relação ao seu corpo, mesmo na adolescência. Ao longo da sua vida, sempre se sentido maior, mais gorda e mais mole que as outras pessoas, provavelmente, já contaminada pelos atuais modelos e significados sócio-culturais em relação ao corpo. Isso contribuiu para que se sentisse desajeitada e desconfortável com o seu corpo de tal forma que nunca colocou um short em toda a sua vida.

*“É, mas eu também, ao mesmo tempo, não me lembro de nunca ter estado bem com o meu corpo. Nunca, nunca, nunca, nunca. Desde que eu me conheço por gente, eu não me lembro de botar um biquíni e ir pra praia feliz, sempre foi um problema pra mim.”*

*“Desajeitada, minha bunda era grande, gostava de ficar andando de kanga, sempre me sentia mais gorda que as pessoas, mais mole que as pessoas, nunca foi uma coisa boa pra mim, nunca.”*

*“.. eu sempre fui muito coxuda, eu tinha trauma, eu nunca usei short na minha, eu nunca botei um short na minha vida, nunca, nunca, nunca, sempre me senti muito coxuda, sempre achei que minha coxa era mole.”*

Essa insatisfação está, então, diretamente relacionada ao fato de seu corpo estar fora do padrão de beleza valorizado em nosso contexto sócio-cultural, que, em geral, é um modelo bastante magro como de um pré-adolescente. Com isso, considerando que sempre teve um corpo maior, com mais bumbum e mais coxa que os das outras meninas/mulheres, mesmo quando estava magra, Carla nunca se sentiu “encaixada” nesse padrão.

*“... eu estou tentando achar a palavra, não é desengonçada, mas é, é como se é como se eu não me sentisse encaixada, é como se eu fosse sempre maior do que eu queria ser e eu não estou falando só de gordura, isso sempre foi um problema que eu tive.”*

Contudo, essa insatisfação pode ser também atribuída à outros fatores, como o fato de se perceber muito exigente e perfeccionista, sobretudo consigo mesma, que Carla acredita que, associado ao problema de baixa auto-estima, piora a relação que tem com o seu corpo, pois parece sempre encontrar um defeito, um problema no seu corpo, na sua aparência física.

*“... eu não tenho uma relação boa com o meu corpo, mas eu tenho um problema associado que é o problema de estima que agrava isso, ... eu sou muito perfeccionista pra tudo, eu sou muito exigente, muito, muito, muito, muito.”*

*“... e aí e eu me sinto mal, eu sempre acho alguma coisa, então, então assim, eu já sou muito exigente.”*

Carla reconhece claramente essas suas características quando, olhando para fotos de momentos anteriores e se vendo mais magra e/ou mais bonita, percebe que, mesmo naquela época, não gostava do seu corpo. Isso contribui, então, para que ela considere que

nunca gostou plenamente do seu corpo e que já se limitou bastante por causa sua preocupação, insatisfação e não aceitação do seu corpo.

*“ ... mesmo nas fases que depois que eu pego uma foto e ‘ai eu era feliz e não sabia’, eu não tive fase nenhuma que eu tivesse gostado do meu corpo, eu nunca gostei do meu corpo.”*

*“... apesar de em alguns momento eu pegar uma foto minha e ‘caramba como eu estava bonita!’ e muitas vezes eu lembrar daquele evento de eu estar com vergonha, de eu estar me tapando, de eu podia ter botado uma roupa mais abertinha e não ter botado e, mas aí já passou né? Aí já era, mas eu deixei de aproveitar muita coisa por causa do meu corpo, mas muita coisa.”*

Tudo isso, portanto, parece contribuir para que Carla acredite que nunca vai se sentir satisfeita com o seu corpo, mesmo que emagreça ou use outros recursos para aperfeiçoá-lo, definindo-se como uma pessoa insatisfeita. Assim, Carla considera que já teve um corpo legal, mas não conseguia percebê-lo dessa forma, seja por sempre ter se visto fora do padrão ideal de beleza, seja por seu alto grau de exigência consigo mesma, associado à baixa auto-estima.

*“Nunca, nunca e a impressão que eu tenho é que eu nunca vou, mesmo que eu emagreça, faça lipo, plástica, a impressão que eu tenho é que eu nunca vou me sentir satisfeita.”*

*“... eu acho isso porque eu já tive um corpo legal e não e não via isso, não me sentia bem, eu acho que eu sou uma pessoa insatisfeita mesmo.”*

Além disso, Carla considera também não ter sido capaz de cuidar do seu corpo e da sua aparência física ao longo do tempo. Ela acredita que “Deus” foi bom com ela ao nascer uma mulher bonita e com um tipo de corpo legal. Para retribuir, ela só precisaria “tomar conta”, mas só fez “maltratar” o seu corpo, sentindo-se portanto, ingrata com “Deus”, em função da sua falta de paciência e disponibilidade para os cuidados diários com o seu corpo, como, por exemplo, para malhar.

*“É, eu acho que Papai do Céu foi bom comigo e eu não retribuo. Eu acho que assim, que eu nasci é, eu sou uma pessoa bonita que tem um corpo, que tem tudo pra ser legal, porque é um formato de corpo que é legal, ...”*

*“Cara, Deus me deu tudo e eu sou ingrata.”*

*“... quer dizer, Ele me deu tudo certinho e falou ‘agora tu toma conta’, é só manter e eu maltrato, maltrato, ... eu não tenho paciência pra malhar, eu engordo e emagreço, então fica mole, então, então eu não gosto, assim.”*

Carla já recorreu a alguns dos diversos recursos disponíveis atualmente para aperfeiçoamento do corpo, como, por exemplo, a lipoaspiração que fez e que considera ter melhorado muito a sua vida, já que hoje consegue colocar roupas que antes não conseguia por causa do seu culote, embora tenha recuperado parte do peso perdido. Esteve também num SPA, mas entende que, de alguma forma, esses são cuidados paliativos e, na maioria dos casos, não duradouros.

*“Aí fiz lipo, que melhorou muito a minha vida, porque na verdade eu tinha muito culote, então o culote era um inferno, porque eu botava a roupa e eu ficava sempre quadrada, sempre, mesmo quando eu estava magra eu me sentia sempre uma pipa. E o culote agora, mesmo eu estando com o peso acima, eu engordei agora de novo três quilos, eu boto roupas que eu antes não botava.”*

*“...mas também eu já fui pra spa e aí funciona meio ... só que você volta e fica com aquela vida assim. ... eu também já passei por isso e isso é paliativo.”*

No entanto, Carla percebe que é uma mulher muito “prática” e que não tem “saco” para se cuidar diariamente, já que essa não é uma característica que ela considera “natural” nela. Assim, relatou que têm coisas que são muito difíceis para ela, que são uma “tortura”, e que, exatamente por ser algo difícil e não natural para ela, esses cuidados com seu corpo a cansam bastante.

*“Eu não tenho muito saco de me cuidar, eu não, nunca tive, ... eu sou, eu não sou masculina, mas eu sou muito prática”.*

*“... não é uma coisa natural em mim, me cuidar.”*

*“Tem coisas que ainda são muito difíceis pra mim, muito. ... ‘ai que saco’, pra mim é tortura.”*

*“Então, pra mim esse esforço de me cuidar, essa coisa que não é natural me cansa muito.”*

Carla percebe, então, que não consegue e está também cansada de tentar se engajar em cuidados diários para aperfeiçoar e manter o seu corpo, algo que ela julga como tão óbvio e tão simples, como malhar, por exemplo. Chega, com isso, a se odiar pela forma como deixou o seu corpo, em função da sua falta de cuidado, sentindo-se péssima, se culpando e com vontade de se matar.

*“... é uma coisa tão óbvia e tão simples, né? Se eu malhar três vezes por semana, o dia tem vinte quatro horas, eu tiro uma hora pra malhar, uma hora de sacrifício e três por semana, ... é só tentar. Eu não consigo, não consigo e estou cansada, chega uma hora que você cansa.”*

*“... aí, eu não odeio o meu corpo, eu me odeio, porque eu gosto do meu corpo do jeito que ele foi feito e odeio a forma que eu deixei ele, a falta de cuidado que eu tenho com ele, então na verdade sou eu, entendeu, não é ele, é isso.”*

P: *“E como é que você se sente?”*

C: *“Ah péssima! Chicote, chicote, vontade de me matar.”*

Assim, para não se odiar, Carla tem feito um grande esforço para se cuidar, insistindo em colocar esses cuidados diários na sua rotina. Nesse seu esforço, quando Carla consegue, eventualmente, cuidar do seu corpo, da sua aparência física, seja fazendo a sua unha, seja fazendo uma drenagem linfática, seja malhando e/ou restringindo bastante a sua alimentação por alguns dias, ficando bastante feliz com o resultado, chegando, mesmo, a achar bonito o seu corpo.

*“... e aí, então, pra eu não me odiar, eu me forço a fazer esse tipo de coisa ‘... não, eu vou botar na minha rotina, é hábito, eu botei tanta coisa na minha rotina, eu tenho que botar’, mas é difícil pra mim, é difícil, é difícil.”*

*“Eu vou pro salão me carregando, ‘cara que saco, que perda de tempo, ficar meia hora com aquele negócio gastando dinheiro, pagar pra mulher ficar arrancando meus pelos, pagar pra sentir dor’, mas eu saio de lá legal, assim, bem feliz.”*

*“... quando assim, às vezes eu fico uns três dias comendo pouco, comendo quase nada, quatro dias, aí faço uma drenagem linfática, ... eu estou fazendo caminhada, ... aí eu me olho no espelho e falo: ‘cara, que corpo bonito’, claro que faço, dou aquela empinadinha, não sei o que, e falo ‘ai que legal’, ...”*

Embora o resultado desses cuidados com o corpo a deixe feliz, isso também lhe faz muito mal. Pois, percebendo que tem um corpo legal e que seu corpo responde bem rapidamente aos recursos para seu aperfeiçoamento, Carla acredita que precisaria de pouco para conquistar o corpo que ela almeja, e, nem assim, ela consegue se motivar o suficiente para conquistá-lo e/ou mantê-lo.

*“... porque as minha celulites de trás da perna não são, não são aquelas definitivas, são aquelas de flacidez, que quando você corre um pouquinho elas somem.”*

*“... meu corpo pega músculo rápido, o formato do meu corpo ajuda,...”*

*... então isso é uma coisa, eu ter nascido com um corpo legal é uma coisa que faz mais mal ainda pra mim, porque eu falo ‘cara eu preciso de tão pouquinho’.”*

*“ ... mas isso, se por um lado me deixa feliz, também me deixa mal porque eu vejo que é muito fácil eu ter o corpo que eu queria ter e nem isso me incentiva a ter.”*

Carla acredita, ainda, que essa sua dificuldade em se cuidar, também está relacionada ao seu transtorno alimentar, pois ele contribui para o seu ganho de peso e, sentir-se gorda a desestimula, por exemplo, a comprar roupa, pois as roupas não encaixam bem nela e isso afeta sua auto-estima, reforçando ainda mais sua pouca disponibilidade para cuidar da sua aparência física.

*“E isso tudo eu acho que vem também do transtorno alimentar, porque foi onde eu descobri, porque existe uma coisa que é você não gostar de passar batom, e outra coisa é você se sentir gorda, mal arrumada, porque eu não tenho prazer de comprar roupa pra mim, então eu pego uma roupa ‘ah vou com essa roupa mesmo’.”*



*“... você não compra roupa porque você não tem prazer de ir ao shopping, porque as roupas não encaixam em você e aí isso mexe com a estima então uma coisa vai puxando a outra.”*

Diretamente relacionada aos cuidados diários com seu corpo e ao seu transtorno alimentar, Carla percebe que também não cuida muito da sua alimentação, seja por falta de paciência, por preguiça e/ou por ansiedade. Assim, na maioria das vezes ela não almoça e acaba preferindo pegar algo da loja para comer, ao mesmo tempo em que está fazendo outras coisas do seu trabalho. É bom lembrar que ser dona de uma *delicatessen* implica em estar diariamente num contexto de grande disponibilidade, variedade e facilidade de acesso a alimentos, que pode estimular o seu consumo, principalmente para uma pessoa com alimentação compulsiva.

*“Porque eu não tenho paciência, muitas vezes eu como, aí eu falo assim: ‘ah, não vou comer isso não’, mas estou sem saco de pegar uma salada, ‘vou comer, vou comer isso aqui mesmo’.”*

*“... como é difícil fazer um prato de salada, apesar de eu adorar, preguiça.”*

*“Às vezes eu me pego de bobeira, eu estou na loja, lá vende frios, ‘pô, corta um Parma aí pra mim’, eu fico fazendo alguma coisa comendo Parma, uma coisa eu nem gosto tanto, preguiça,...”*

*“... a maioria das vezes eu não almoço, porque eu fico na loja até três horas. Então, quando eu como, eu como fazendo outras coisas juntas, ansiosa,...”*

*“...a grande maioria dos dias eu faço isso, eu abro alguma coisa da loja, um queijo minas quando chega fresquinho, ou as vezes tem alguma festa pra ser entregue então chega pão quentinho, ciabatta quentinho, aí eu abro, boto duas fatias de queijo, duas de presunto, vou comendo enquanto vou fazendo conta.”*

Dentro dessa dinâmica, Carla, acostumada com o hábito de fazer jejum e restringir sua alimentação, fica, algumas vezes, muitas horas sem comer, chegando até a se esquecer de se alimentar, não parando nem mesmo para perceber que está com fome. Carla relatou,

então, que perdeu um pouco a noção clara da sensação de fome, ao longo da sua história com seu transtorno alimentar, já que, em geral, ela se alimentava antes de sentir fome e não se alimentava quando estava com fome.

*“... quando eu percebo, eu: ‘gente, eu não comi!’.”*

*“Não, eu até às vezes fico sem comer, ... eu esqueci de comer, se eu parar e me concentrar no meu estômago, eu vou ver que ele está vazio e que eu estou com fome, mas eu convivo há tanto tempo, eu perdi um pouco a noção disso.”*

*“... eu não lembrava o que que era sentir fome, porque eu comia muito antes da fome chegar.”*

*“... eu não como quando eu estou com fome, não preciso comer quando eu estou com fome, como não preciso estar com fome pra comer, uma coisa não tem nada a ver com a outra, entendeu? (risos)”*

Com isso, sua alimentação parece estar bastante dissociada das suas necessidades fisiológicas de alimento, estando muito mais associada à vontade de comer, ou seja, ao prazer de se alimentar, vontade esta que ela percebe aumentar quando está ansiosa. Carla relatou que ela precisa parar e se forçar a se alimentar em função da sua fome, mas que isso só acontece quando seu estômago já está incomodando muito. Assim, fome para Carla é para pessoas “sãs”, não para ela que tem um transtorno alimentar.

*“Então, a comida pra mim nunca foi uma coisa associada à necessidade fisiológica, nunca foi.”*

*“...aí eu olho uma coisa gostosa, aí me dá vontade de comer, aí eu como. Eu como por vontade, quando eu estou ansiosa eu tenho muito mais vontade, ...”*

*“... a fome eu passo batido, pra eu ter que parar e me forçar ‘vou comer’, a coisa tem que estar me incomodando, meu estômago tem que estar em ebulição, ‘faz alguma coisa por mim, socorro’.”*

*“... mas fome pra mim, não sei nem o que é isso, sabe? Isso é coisa de gente sã, não é coisa de... (muitos risos).”*

Carla relatou, então, que, principalmente até a hora que sai da sua loja, por volta de quatro horas da tarde, a sua alimentação é um inferno, sem nenhuma regra, ou seja, podendo ser de um jeito diferente a cada dia. Acredita, com isso, que seu corpo deve ter ficado “doido”, ou seja, desregulado e perdido, com essa sua forma de se alimentar, deve estar pedindo “socorro”.

*“...até quatro horas da tarde minha vida gastronômica é um inferno, eu como o que, cada dia, não tem regra nenhuma, meu corpo deve ficar ‘socorro!’, porque cada dia é de um jeito.”*

*“Eu acho que essa alimentação desregada deve ter deixado o meu corpo muito doido, muito desregulado.”*

*“Tem horas que ele recebe muito, tem horas que ele não recebe nada. Então eu acho que o meu corpo não sabe como se comportar, meu corpo fica doidão comigo: ‘para, pelo amor de Deus!’, aí no dia seguinte: ‘manda alguma coisa!’.”*

Embora considere ter melhorado muito, ao longo dos anos, em função da consciência que adquiriu e do esforço que tem feito, Carla se considera uma pessoa desleixada consigo mesma e acredita que essa é uma característica sua “bem gorda”, já que o sentido que Carla atribui ao excesso de peso é de desleixo.

*“É um desleixo comigo, com certeza.”*

*“Com certeza, eu sou desleixada comigo, eu sou muito melhor do que eu era há dez anos atrás, do que eu era há cinco anos atrás, porque eu tomei consciência disso e eu me forço, mas não é uma coisa natural.”*

*“Eu sou desleixada, isso é uma característica bem gorda minha, gordo pra mim é a coisa desleixada, a pessoa é desleixada, a pessoa pode não ser, mas gordo pra mim passa uma coisa de desleixo.”*

Esse sentido de desleixo que Carla atribui ao excesso de peso está, então, diretamente relacionado àquela falta de cuidado com o corpo e com a alimentação que ela reconhece em si mesma. Partindo da sua própria experiência, Carla considera que esse

desleixo é uma questão de falta de amor próprio, que a pessoa ama mais a comida e a sua compulsão do que a si mesma.

*“Então, eu acho que assim, que comer pra ela (pessoa gorda), como é pra mim, estou falando inclusive de mim, ela tem mais amor pela comida, pela compulsão, pela doença do que a ela, do que à felicidade dela, então eu acho que isso é uma forma de falta de amor próprio, de desleixo com você.”*

*“Então, eu acho que é desleixo, falta de amor a ela, porque não pode amar, como eu amo uma comida, mais do que você se ama, ...”*

Carla considera, ainda, que a gordura também traz algumas conseqüências que contribuem para essa aparência desleixada. Reconhecendo em si mesma esses “defeitos” e considerando-se bastante preconceituosa com gordo, Carla considera que a pessoa gorda costuma suar mais e acaba colocando roupas que não lhe caem bem, ou largas demais, para não marcar e se esconder, ou justas e também inadequadas.

*“A gordura, com raras exceções, traz umas coisas, por exemplo, gordo, eu sou super preconceituosa com gordo, mas começa porque eu sinto esses defeitos em mim. Quando eu engordo, então, tipo assim, quando eu engordo mais, eu começo a suar mais, eu odeio, é uma coisa que é sinal pra mim, quando eu me olho no espelho e eu estou com aquela coisinha de suor aqui (buço), acho isso muito de gordo, muito. Eu acho assim é, aí você ou bota roupa muito larga, que é que te envelhece, que a pessoa fica sem forma, pra não te marcar e aí você tem a impressão que a pessoa está se escondendo, ou a pessoa bota uma roupa justa que não é adequada, ...”*

Além disso, Carla considera que a gordura incomoda e é desconfortável e que tudo fica mais difícil quando está mais gorda. Carla relata, então, que a gordura deixa o seu corpo mais pesado, sem firmeza e com uma maior dificuldade para se movimentar, além de restringir bastante a sua liberdade para comprar e usar as roupas que quer.

*P: “O que que a gordura significa?”*

*C: “Incômodo, incômodo.”*

*P: “Por que?”*

*C: “Porque é desconfortável, essa coisa da roupa que você quer botar e não caber, coisa dobra na barriga, é, o peso.”*

*“... então é um peso, é um peso que faz com que eu, quando eu estou atrasada pra alguma coisa e eu corro, eu sinto que eu não corro tanto quanto eu podia correr, é uma coisa que faz quando eu corro, quando eu subo, que a coisa balança, eu não sou, eu queria, é a falta da firmeza, sabe, você sente assim, você corre e você sente fazer ploc ploc ploc...”*

*“... a coxa, você sente a gordura ploft, ploft, ploft. Então, é uma coisa da sua mobilidade, do seu do seu eu com o mundo, sabe, de tudo que você quer fazer é mais, você quer dar uma cambalhota, é mais difícil, você quer rolar no chão com a Márcia (filha) é mais difícil, você quer subir uma escada. Assim você sente um peso, tudo é eu sinto isso, eu sou pesada, então, você perde a leveza com as coisas, sabe, as coisas são mais difíceis, acho que é isso.”*

Carla considera também que a pessoa gorda fica desproporcional, assimétrica e muito cheia de curva, de modo que as roupas não lhe caem bem. Assim, acha difícil uma pessoa gorda ser agradável de olhar, ser bonita, sobretudo se for mulher.

*P: “Você acha que uma pessoa gorda ou com excesso de peso pode ser bonita?”*

*C: “Homem eu acho possível, mulher eu não acho, acho que eu nunca vi mulher gorda bonita, aquela pessoa assim agradável de olhar, uma pessoa agradável de olhar, mas eu não conheço uma mulher gorda ou obesa bonita.”*

*P: “Por que?”*

*C: “... a pessoa fica assimétrica, a pessoa fica normalmente muito cheia de de curva, né? Você bota o sutiã, aí aperta em cima, aperta embaixo, aí tem a coisa da saia e da calça que fica, aquelas coisas assim...”*

*“As roupas não ficam bonitas, a pessoa fica desproporcional, fica com a cabeça pequena, a proporcionalidade do corpo.”*

Carla reconhece, portanto, que, no contexto sócio-histórico em que vivemos, é muito difícil uma pessoa ser vista e se sentir bonita e confortável com a sua aparência quando está com um corpo fora do padrão atual de beleza. Pois, diante do “fuzilamento” de informações de tudo que está à nossa volta, das revistas, da televisão, dos outdoors, da internet, só mostrando mulheres magras e lindas, só estimulando a perda de peso, só mostrando roupas que não lhe cabem, fica praticamente impossível, na sua avaliação, a pessoa se sentir linda e segura, só se morasse numa ilha sem contato com essas

informações. Gostaria, então, de ter nascido em outra época, como na de Marilyn Monroe, por exemplo, onde acredita que seu tipo de corpo seria o mais valorizado.

*“... eu acho que é muito difícil, pela quantidade de informação que a gente recebe, é difícil a gente se sentir segura, linda e poderosa com um corpo que não seja dentro daquele padrão, ...”*

*“... a gente contra esse fuzilamento de informação que a gente ganha, de roupa, como é que a gente vai se sentir linda se a gente vai no shopping e não acha uma roupa? Como é que a gente vai se sentir linda se todos os outdoors, todas as mulheres que a gente vê, todos os filmes, tudo que a gente vê é de mulher magra?”*

*“... é muita informação, e a gente está ligada a isso o tempo todo, né? Hoje em dia na internet, ‘perca peso agora’, ‘diminua medidas’, aí na televisão só tem mulher linda e gostosa. Então, ... é muita informação pra alguém com seu, a não ser que ela more numa ilha, vai morar numa ilha, não veja nada disso.”*

*“Eu tinha que ter nascido há 20 anos no tempo da Marilyn, no tempo da Marilyn eu ia ser ‘a mulher’, né, coxão. Nascer no tempo de Gisele Bündchen é uma sacanagem, covardia (risos).”*

Reconhecendo novamente que ela própria é bastante preconceituosa com gordo, Carla também acredita que nenhuma pessoa gorda consegue ser feliz nesse contexto, mesmo que tenha uma “cabeça” legal. Pois, Carla percebe que tudo à nossa volta foi feito para pessoas magras, como, por exemplo, as roupas, as cadeiras e as roletas dos ônibus, contribuindo para que as pessoas gordas, além de não se sentirem bonitas, se sintam sempre fora de contexto.

*“Mas eu sou super preconceituosa, eu sou preconceituosa com gordo.”*

*“Eu acho que é cruel, que é preconceituoso, mas eu não acho que ninguém consiga ser feliz gordo.”*

*“Ah, por isso tudo, porque as roupas não ficam boas, porque, por mais que ela tenha uma cabeça boa, tudo que você vê é de gente magra, porque as roupas são feitas pra gente magra, porque as cadeiras são feitas pra gente magra, é, o troço do ônibus é feito pra gente magra, então, você se sente sempre fora de contexto, fora de contexto. Então eu acho muito difícil ser feliz.”*

Para Carla, a pessoa gorda não está feliz nessa condição e sabe muito bem o que a deixaria feliz, ser mais magra, sobretudo, para caber nas roupas. Carla acredita, portanto, que emagrecer vai trazer felicidade para a pessoa gorda, mas que, por falta de força de vontade, por desleixo, pela falta de amor próprio, a pessoa acaba não conseguindo emagrecer e se mantém desse jeito, embora infeliz.

*“... é porque ela não está feliz daquele jeito e ela sabe exatamente o que que a deixaria feliz, fosse ser um pouco mais magra, ainda que não seja a Gisele Bündchen, mas emagrecer pra caber nas roupas, ela sabe exatamente qual o caminho, no entanto, não tem força, como eu não tenho, pra chegar a aquilo, não tem por desleixo por si, por você, por falta de amor.”*

*“... eu acho que a pessoa não é feliz e se mantém daquele jeito, ...”*

Assim, embora Carla perceba que a dificuldade de uma pessoa gorda se sentir bonita e feliz no contexto sócio-cultural em que vivemos está também relacionada aos valores, significados e padrões de comportamento contemporâneos, ela acredita que o emagrecimento é uma conquista que só depende dela, não é um problema que outras pessoas possam resolver por ela, e que, por isso, parece mais fácil. Com isso, na medida em que só depende dela conseguir se engajar nos métodos que podem levá-la ao emagrecimento, quando ela não consegue, isso afeta fortemente a sua auto-avaliação, a sua auto-estima.

*“...é tão mais fácil ter problemas que dependam dos outros, né? Você fala: ‘resolve pra mim, eu pago’, ‘eu faço’. Quando a coisa está só em você, depende só de você, dá uma sensação de não força, de se sentir uma merda. Acho que esse é o problema da gordura, porque você engorda uma vez, quer emagrecer e não consegue e você fala ‘cara, eu sou uma merda!’.”*

Mais uma vez Carla ressalta que Deus não foi injusto ou cruel com ela e que, portanto, não tem ninguém para culpar pela forma como ficou o seu corpo ou sua aparência física. Sendo ela a única culpada, se odeia e se culpa diariamente por não conseguir fazer diferente.

*“Deus não foi injusto, Deus não foi cruel, é, enfim, não sofreu um acidente, não está cheio de cicatriz, não tem ninguém pra culpar, é você com você e você não consegue, é a única culpada, você pega o chicote diariamente e se odeia cada vez mais por não conseguir.”*

Fica claro, portanto, que esses sentidos que Carla construiu sobre o corpo e aparência física, onde a gordura/excesso de peso significam desleixo, falta de amor próprio e falta de força de vontade, onde a magreza é associada à felicidade e onde a pessoa é a única responsável pelo cuidado e controle do seu corpo, foram fortemente atravessados pelos valores e significados sócio-culturais de nossa sociedade lipofóbica que supervaloriza a magreza e o auto-aperfeiçoamento corporal, valores e significados que ela própria é capaz de perceber.

Contudo, embora considere ser muito difícil, nesse contexto, que uma pessoa gorda seja bonita e feliz, Carla acha possível que, em algumas situações, o tipo físico das mulheres gordinhas, seja valorizado, seja considerado bonito. Com isso, Carla, que se considera gordinha atualmente, nem sempre se vê como uma mulher bonita, só em 50% das vezes. Isso parece depender, então, das situações ou dos contextos onde o seu tipo de corpo é mais ou menos valorizado, de modo que, em alguns momentos, seu corpo, sua aparência física, significa um trunfo, em outros, significa um problema.

*“... gordinha eu acho que é possível (ser bonita) e em algumas situações especiais. ... Gordinha sim, gorda não.”*

*P: “Como você se vê?”*

*C: “Eu me vejo gordinha.”*

*P: “Se vê como uma mulher bonita?”*

*C: “Às vezes, não sempre, 50%.”*

*P: “O que o seu corpo, a sua aparência física, significa pra você?”*

*C: “Às vezes, um trunfo, às vezes, um problema.”*

Na sua loja, por exemplo, Carla percebe que seu tipo físico é valorizado, já que é um ambiente, predominantemente, de homens de uma classe economicamente



desfavorecida e que, segundo Carla, gostam de mulheres gordinhas, com coxões. Com isso, Carla acredita que, nesse ambiente, sua aparência física torna-se um trunfo, ajudando-a a conseguir o que quer.

*“Na loja, pra mim, é um trunfo. Porque como é um universo de homem, ... e na loja não só os meninos (funcionários), mas os fornecedores são de uma outra classe social.”*

*“... eu faço estilo de porteiro e caminhoneiro, são aqueles coxões, aqueles que gostam de carne, que gostam de mulheres gordinhas, sou eu, então ali pra mim é um trunfo, ... eu consigo muita coisa e eu sinto isso claramente.”*

Já em outro contexto, como numa festa da empresa do seu marido, por exemplo, onde as mulheres, na sua avaliação, estão bem cuidadas e dentro do modelo ideal de beleza feminina, ela considera que sua beleza é “brega”, é “over”, de modo que nesse contexto sua aparência física, seu corpo, é um problema.

*“O Paulo (marido) é jornalista, então o meio dele é diferente, as mulheres são magérrimas, elegantérrimas, infernais.”*

*“Quando eu estou numa festa da empresa dele, alguma coisa, lá me sinto um peixe fora, é um problema. Ali a minha aparência e até o meu tipo de beleza, o meu tipo de beleza eu sinto que ali é brega, porque eu sou over, ...”*

*“... são aquelas mulheres de cabelo curtinho, aquele narizinho, aquela maquiagem chanel, aquelas mulheres super fashion, é aquela mulher que fica bem cuidada, e que a minha beleza é over, sabe, que eu sou ‘too much’, que eu gesticulo muito, que eu sou meio ‘Tancinha’, sabe, muito grande.”*

Contudo, Carla considera que, para ela, sozinha, ou seja, fora dos diferentes contextos ou situações e das relações sociais, a gordura/excesso de peso significam um “carma”, que, para ela, é mais do que um problema, é algo diário que ela tem a impressão que vai ter que carregar até a morte.

*P: O que a gordura, o excesso de peso, significam para você?*

*C: Ah, tá! Essa palavra chave, carma.*

*P: “O que que é exatamente carma?”*

*C: “Uma coisa que você carrega diariamente, carma é assim, um problema, um problema você vai lá e resolve, eu já achei que a gordura era um problema, hoje a gordura não é um problema é um carma, uma coisa que eu nasci com e a impressão que eu tenho é que eu vou levar para o túmulo, é uma coisa diária.”*

*“Mas pra mim sozinha diariamente é um carma.”*

Esse sentido parece ter sido construído ao longo da sua história com um transtorno alimentar, sobretudo, em função das suas vivências de emagrecer e continuar insatisfeita ou voltar a engordar e da sua percepção de que não é um problema que vai ser resolvido, mesmo que algum dia conquiste o corpo dos seus sonhos.

*“Eu emagreci várias vezes, emagreci, cheguei a um peso próximo, mas aí não deixou de ser problema pra mim, porque eu continuava insatisfeita e aí depois quando eu achava que estava tudo mais ou menos equilibradinho, acontecia alguma coisa na minha vida, era uma virada e eu engordava. Então é uma coisa diária, sabe, é uma coisa, fases mais, fases menos, mas não é um problema que eu vou lá e eu vou resolver, ‘ah, vou lá vou emagrecer, acabou’, não acabou, ainda que eu tenha o corpo dos meus sonhos.”*

Dessa forma, Carla considera que vai precisar estar sempre atenta e cuidando da sua alimentação para não engordar. Volta, então, a se comparar com uma pessoa alcoólatra, que ela acredita que nunca vai poder ter uma relação despreocupada em relação à bebida, assim como ela em relação à comida.

*“É uma coisa que eu vou ter que estar sempre cuidando, nunca vai ser uma coisa natural pra mim ter uma alimentação ok. Bem como eu falei da outra vez, que eu acho que pra um alcoólatra nunca vai ser possível sentar num bar e: ‘ah vou tomar uma dose de scotch pra relaxar e vou dormir’.”*

Embora perceba que já melhorou bastante ao longo do tempo e que ainda pode melhorar alguns aspectos da sua relação com a comida e com seu corpo, como, por exemplo, diminuindo sua ansiedade, Carla considera que essa questão de peso e,

consequentemente, de alimentação, não é um problema “resolvível”, é algo que vai carregar por toda sua vida, como um “carma”, buscando, no máximo, fazer isso da forma menos pesada possível.

*“Eu acho assim, que eu posso melhorar, como eu acho que eu melhorei muito, eu acho que eu vou melhorar mais com algumas coisas que eu sei que eu tenho que fazer, diminuir a ansiedade blelerelelele. Mas acho que eu diminuo, controlo, mas eu não acho que seja um problema resolvível, eu acho que é um carma, uma coisa que eu tenho que botar na minha mochilinha e carregar e tentar fazer isso da forma menos pesada possível, mas é uma coisa que eu tenho consciência que eu vou carregar pro resto da minha vida.”*

Percebendo, então, a sua melhora, Carla considera que hoje está administrando melhor o seu transtorno alimentar e atribui essa melhora ao seu aprendizado, ao longo do tempo, e, principalmente, ao uso da sibutramina. No entanto, percebe que, apesar dessa melhora, seu padrão alimentar não é o ideal, não é o saudável, que é ainda bastante caótico, mas é a melhor forma com a qual consegue administrar o seu transtorno alimentar atualmente.

*“Eu acho que hoje eu administro melhor, porque, primeiro porque eu tomo sibutramina, que eu me achei na vida com a sibutramina (risos) e segundo porque eu acho eu acho que você vai aprendendo, né?”*

*“Então, hoje não é o ideal, sei que não é o ideal, mas é como eu consigo me administrar hoje.”*

*“Sei que não é legal, sei que não é o saudável, mas é o que eu consigo. ... a melhor forma que eu tenho hoje de administrar é esse caos, mas pra mim é um caos administrável.”*

Carla relatou, então, que a sua alimentação é um “caos”, considerando que ainda é muito difícil para ela estabelecer regras alimentares e que a sua alimentação depende muito do seu humor, onde o seu trabalho na loja torna-se um agravante. Com isso, acredita que sua forma de se alimentar se aproxima de tudo aquilo que um médico não recomendaria.

*“Então a minha alimentação é caótica, é tudo que qualquer médico falaria ‘não faça isso’.”*

*“... mas regra pra mim é muito difícil, depende do meu humor, depende, e como meu trabalho agrava isso, porque eu não tenho hora de almoço, é, vai indo.”*

Contudo, Carla tem procurado ter mais consciência em relação ao que come, buscando consumir alimentos mais nutritivos e comer aquilo que ela acha que precisa, como, por exemplo, em relação à sua anemia. Assim, há dois anos, Carla tem se forçado a tomar um bom café da manhã, como uma das poucas refeições saudáveis que ela considera estar fazendo atualmente.

*“O que eu procuro fazer, assim, comer o que eu preciso comer. Tipo assim, eu não gosto de comer carne, tem muitos anos sem comer carne nenhuma vermelha, agora até que eu estou comendo mais, ‘ah, então come feijão’. Então, tem dias que chego no fim do dia, caraca, eu não comi nada hoje, eu comi porcaria, porcaria no sentido de não, só pão e queijo, aí fico com anemia, aí eu vou pego um potinho de caldo de feijão manteiga, boto no microondas e como um tablete de caldo de feijão, então eu procuro só assim, dar o mínimo de, ter o mínimo de consciência nesse sentido, de comer um pouquinho, fruta eu como muito, toda hora eu, maçã eu como muito, eu como quatro maçãs, cinco maçãs por dia.”*

*“Então, hoje em dia, de uns dois anos pra cá, eu tomo café, geralmente fruta ou então eu tomo leite com corn flakes e morango e água, é o que eu gosto, mas eu não acordo com fome, eu me forço a comer, mas café hoje em dia eu tomo, normalmente um café legal, uma das poucas refeições que faço, assim, é saudável.”*

Carla relatou que é raro ela comer “porcaria” atualmente. Para ela, “porcaria” são, por exemplo, os alimentos industrializados, como biscoitos, *fast foods*, frituras, salgadinhos, ou seja, alimentos de altíssimo valor calórico, que ela adora e hoje já não consome tanto, pois está conseguindo selecionar melhor a sua alimentação.

*“Agora assim porcaria, isso é muito raro eu comer.”*

*P: “O que que é porcaria, por exemplo?”*

*C: “Biscoito, pegava um pacote daquele biscoito Bono. Mais, incontáveis vezes que eu pegava ele e comia sozinha, é, comer três queijos coalho na praia, comer BigMac no McDonald’s, eu não tenho mais essa.”*

*“Ah mas eu comia muita porcaria, fritura, eu adoro fritu... risole, haaaaaaaam adoro!”*

*“Então, eu comia muita porcaria, adoro salgadinho, salgadinho à quilo, pastelzinho, agora não, agora eu como milho, adoro milho, então eu dei uma uma selecionada.”*

Carla considera, então, que a sibutramina, que estava tomando há cinco meses, na época dessa entrevista, contribuiu de maneira decisiva para que ela pudesse estabelecer essa nova relação com a comida. Percebe que, com o uso desse medicamento, ela hoje consegue ter mais escolha, mais consciência e mais controle sobre a sua alimentação, ficando mais “sã” diante da comida, mesmo nas fases compulsivas.

*P: “Tem quanto tempo que você está com a sibutramina?”*

*C: “Cinco meses. Cinco meses. Me deu uma equilibrada boa.”*

*“Eu tenho um pouco, a sibutramina me deu um pouco mais de escolha, como se eu ficasse mais sã quando eu visse comida, eu não fico com aquele: ‘ai, vou comer depois eu dou um jeito’, eu fico mais sã, mais consciente.”*

*“É, me deu controle, meu deu controle da situação, mesmo quando eu falar: ‘eu preciso comer’, quando eu estou com muita vontade de comer alguma coisa, eu consigo escolher um pouco mais, então tem dias que eu ai, eu estou compulsiva, mas eu, às vezes, já aconteceu de eu comer três maçãs e uma banana, num intervalo de dez minutos, mas eu consegui escolher e comer a maçã e não pegar um pacote de biscoito, que eu faria antigamente, e comer.”*

Com isso, Carla considera que a sua alimentação se dividiu em duas etapas, antes sibutramina, quando ela comia de maneira muito mais voraz, e depois da sibutramina, que ajudou a equilibrar sua alimentação.

*“Aí, tinha dois momentos, tinha um antes da sibutramina, que aí eu chegava em casa com toda a voracidade que eu não tinha comido e atacava a geladeira e comia.”*

*“Minha alimentação tem antes da sibutramina e depois da sibutramina, a sibutramina me deu uma equilibrada legal.”*

Além da sibutramina, Carla relatou também que há oito anos tem tomado o chá da herbalife. Carla considera que esse chá, que ela gosta bastante e consome todos os dias e em grande quantidade, acaba tirando a sua fome, controlando também a sua alimentação, principalmente, durante o dia.

*“... tem uns oito anos que eu descobri o chá herbalife. Então independente de dieta, eu amo ele, eu acho ele, ele é gostoso, eu criei o hábito de tomar ele.”*

*“... eu chego na loja eu pego uma garrafa de um litro e meio, faço o chá e fico na loja bebendo. Então, eu tomo duas garrafas dessa, de nove às duas e meia, eu bebo três litros d’água desse chá e isso me tira a fome. Então, se deixasse eu ficava até quatro horas da tarde sem comer nada, só tomando chá.”*

Assim, Carla está achando ótimo tomar o chá e a sibutramina juntos. No entanto, ela percebe que é a sibutramina que lhe dá mais controle e consciência para se alimentar, dissipando a “nuvem” que não a deixava “raciocinar” diante da comida. É a sibutramina que lhe permite, por exemplo, escolher e controlar melhor o que come quando, por exemplo, vai sair para comer pizza com o seu marido.

*“Os dois juntos estão ótimos, mas a sibutramina me deu muito mais controle, o chá eu controlava durante o dia, de noite era um inferno, a sibutramina me deu um controle de tudo eu acho, assim, de escolha, não tira a fome, o que me tira a fome, o que controla a fome é o chá. A sibutramina me deixa consciente, a impressão que eu tenho é que aquela nuvem que entrava na minha frente várias vezes do dia, quando eu via uma comida eu falava “ah eu sei que não faz bem, mas eu vou”, alguma coisa que não me deixava raciocinar, sumiu com a sibutramina.”*

*“Quando eu saio com o Paulo pra comer pizza, eu estou totalmente consciente de que eu estou indo comer uma pizza, não está uma coisa, ‘ah,*

*só hoje', não tenho mais essa ilusão. Então, eu vou comer uma pizza hoje e estou bem com isso e aí chego lá, eu falo: 'ah não vou comer uma pizza de quatro queijos, portuguesa não, vou comer uma marguerita', aí cosinhas que são pequenininhas, mas que ajudam a manter um controlezinho, que me fazem bem por eu sentir que eu estou no controle, ou não pedir sobremesa."*

Com isso, Carla percebe que ela come muito menos do que comia antigamente, mas se sente totalmente dependente do chá e da sibutramina, principalmente, do chá, embora, como vimos, perceba que a sibutramina tem sido bastante decisiva para conseguir administrar o seu transtorno alimentar.

*"... eu não como hoje um décimo do que eu comia. A sibutramina me segurou muito e esse chá também. Agora, eu sou totalmente dependente, me tira o chá, mais do que a sibutramina, me tira o chá."*

Além dessa maior consciência e controle da sua alimentação, Carla acredita estar conseguindo administrar o seu transtorno alimentar, atualmente, também em função de estar mantendo um certo limite de peso que ela considera aceitável. Pois, no seu processo de engordar/ emagrecer, o limite de ganho de peso que ela se permite é de cinco quilos, acreditando que, dentro desse limite, ela consegue manter um certo controle.

*"E aí ficava assim, eu sempre tive, cinco quilos sempre foi o que me permitia, então assim, eu perdia cinco quilos em uma semana, totalmente capaz, ... era totalmente fácil pra mim, eu passava cinco dias sem quase nada, água, coca-cola diet e depois, três semanas depois, eu engordava cinco quilos, aí eu sempre tive assim, mais ou menos dentro do controle, cinco quilos."*

Carla relatou, então, que já engordou mais de cinco quilos em dois momentos da sua vida, um deles na gravidez, e que faz qualquer coisa para nunca mais experimentar isso novamente. Pois, para ela, passar desse limite, significa passar a ser vista como uma mulher gorda e não mais como gordinha, fofinha ou forte, o que lhe parece muito assustador, sobretudo, se recuperarmos os sentidos que ela atribui à pessoa gorda, que envolvem uma visão bastante preconceituosa. Assim, Carla afirmou que passar desse

limite é a pior coisa que lhe pode acontecer, seu mundo cai. Ela não consegue fazer mais nada, se esconde, fica com a auto-estima muito comprometida, não quer sair de casa, e tudo isso só contribui para que ela tenha ainda mais vontade de comer e se sinta perdendo totalmente o controle da sua alimentação. Portanto, Carla faz de tudo para manter-se dentro desse limite de ganho de peso, acreditando que, dessa forma, mesmo aos “trancos e barrancos”, está mantendo o controle, está administrando o seu transtorno alimentar.

*“... eu passei duas vezes, eu engordei uma vez mais e essa da Márcia (gravidez). Eu pago o preço que for preciso pra não passar por aquilo, ... pra mim, se eu engordar mais cinco quilos, se eu ficar muito gorda, eu fico muito mal.”*

*“... não tem nada no mundo que me faça mais mal do que passar daquele limite, limitezinho que é tipo: ‘ah, a Carla está gordinha, a Carla engordou um pouquinho, a Carla é fofinha, a Carla é forte’ , do: ‘cara que mulher gorda!. ... se eu passar dele, meu mundo cai, cai.”*

*“Isso pra mim, isso eu vejo no olho das pessoas, eu vejo na minha roupa, eu me olho no espelho e não agüento me olhar, isso me enlouquece, isso faz com que eu não consiga fazer nada na vida, eu não consigo, me escondo, não vou pra onde eu tenho que ir, recuso convite.”*

*“Além disso tudo de ruim, eu fico tão ruim que eu perco o controle, aí a coisa sai totalmente do controle, porque eu fico muito mal, fico com a minha estima ruim e aí eu não quero sair, aí fico em casa fazendo o que? Aí, dá vontade de comer. Então, você entra naquele ciclo e aí eu perco o controle. Então, hoje, de alguma forma, aos trancos e barrancos eu estou dentro de uma faixa de controle. ... quando eu entro naquela fase, eu não administro mais.”*

Carla considera, então, que ter um transtorno alimentar significa um carma. Pois, semelhante ao sentido atribuído à gordura/ao excesso de peso, é um problema diário que, depois de vários recursos e várias tentativas, inclusive com psicoterapia, ela se percebe cansada e não se sente mais capaz de resolver, no máximo administrar.

*P: “O que significa pra você ter um transtorno alimentar?”*

*C: “Ah é um carma, um carma, a palavra mais apropriada é um carma (risos).”*

*P: “ Por que é um carma?”*



*“Porque é diário, é uma coisa..., eu sempre achava que era um problema que eu tinha que o dia que eu me empenhasse eu ia resolver. Esgotaram todas as possibilidades, todas, eu fiz todas as dietas que você pode imaginar, eu não sou uma pessoa que gosta de fazer exercício, e não me sinto capaz de resolver...”*

*“Então, isso é uma coisa que é diário, de já ter feito terapia, e aí eu falei ‘aí cansei’, porque eu fico vasculhando, procurando e fico, a sensação é de cansaço, hoje eu sinto cansaço.”*

Assim, apesar de sua disponibilidade para participar dessa entrevista e falar de suas vivências e percepções em relação ao seu transtorno alimentar, Carla relatou que prefere não falar muito sobre isso, não se lamentar o tempo todo e usar roupas que considera mais apropriadas para o seu tipo de corpo, por exemplo. Carla procura, então, ter uma postura “mais prática”, que envolve fazer uso da sibutramina, não viver em função disso e evitar fazer contato com essa questão na sua vida, já que, quanto mais pensa sobre seu transtorno alimentar, mais isso gera ansiedade e mais ela fica infeliz.

*“Assim, pra mim, agora a melhor coisa que eu quero fazer é não falar sobre isso, não quero ficar mexendo nisso, ...”*

*“...eu comecei a usar roupas que eu me sinto mais apropriadas, que eu não fico puxando, que eu não fico esticando e não fico mais ‘oh vida, oh azar’ o tempo todo, sabe, eu vou indo, mas é um carma, diário, diário, diário, ... mas eu tento não viver muito em função disso não.”*

*“... eu vou tocar a vida assim, mais prática, assim. Então, eu tento tomar uma cápsula de sibutramina e pensar o menos possível nisso, porque quanto mais eu penso, mais isso me gera ansiedade, mais eu fico insatisfeita com o meu corpo, mais eu fico infeliz. Então, eu meio que fujo mesmo de tudo..”*

Para finalizar, podemos dizer que os sentidos que Carla atribui ao seu transtorno alimentar, à sua alimentação e ao seu corpo foram construídos ao longo de sua história, a partir de suas vivências e percepções e de suas relações sociais, sobretudo, no seu contexto familiar. Fica bastante claro na sua entrevista, que a relação que Carla construiu com a sua alimentação e com o seu corpo foi fortemente marcada por aquilo que ela denominou de “cultura da comida” e “cultura da dieta”, que parecem ter contribuído de maneira decisiva

para a configuração do seu quadro de bulimia nervosa. Assim, podemos dizer que essa construção na história de vida de Carla foi atravessada por significados sócio-culturais contemporâneos, pois, de um lado, percebemos em nosso contexto um forte apelo e estímulo ao consumo de alimentos, sobretudo, os industrializados (“cultura da comida”), e de outro, um intenso e constante estímulo ao controle e à restrição alimentar, na busca pelo corpo ideal (“cultura da dieta”).

## **6 – Discussão**

A partir das entrevistas realizadas, vários aspectos emergiram da produção de sentidos das mulheres participantes do nosso estudo. No entanto, considerando o objetivo deste trabalho, que é de compreender as vivências e percepções dessas mulheres enquanto portadoras de transtornos alimentares, buscando, sobretudo, identificar os significados sócio-culturais a eles relacionados, alguns desses aspectos nos pareceram de maior relevância e precisam ser apontados e discutidos.

Para contextualizarmos nossa discussão, se faz necessário começar apontando alguns aspectos relativos ao perfil que as participantes do estudo apresentavam na época de suas entrevistas. As nossas entrevistadas eram todas mulheres na faixa dos 30 anos, casadas, moravam do município do Rio de Janeiro (RJ), exerciam alguma atividade profissional, possuíam renda familiar variando entre cinco e dez mil reais e apresentavam nível de escolaridade superior (em um caso, incompleto).

É importante ressaltar que não foram estabelecidos previamente outros critérios para a seleção das participantes que favorecessem essa homogeneidade, apenas que fossem mulheres jovens adultas com diagnóstico de transtorno do comportamento alimentar. Contudo, algumas das semelhanças encontradas podem ter sido facilitadas pela forma como foi realizada esta seleção, através da indicação de profissionais de saúde com os

quais elas estavam em tratamento. Pois, o fato de tais profissionais prestarem atendimento no município do Rio de Janeiro, facilita, principalmente, o acesso e a procura de pessoas que residem neste município. Além disso, visto que suas consultas são particulares, demanda, em geral, um bom nível sócio-econômico de seus pacientes.

Essa homogeneidade no perfil de nossas entrevistadas sugere contextos sócio-econômico-culturais e condições de vida semelhantes e apontam, portanto, para semelhanças em alguns dos elementos pessoais, relacionais e contextuais que compõem as redes de significação das nossas entrevistadas. Isso nos parece relevante na medida em que ajuda a contextualizar as vivências e percepções dessas mulheres, nosso objeto de estudo, e contribui para uma melhor compreensão de algumas das semelhanças encontradas nos seus relatos e, sobretudo, de alguns significados que elas parecem compartilhar, como discutiremos mais adiante.

Outro aspecto relativo ao perfil de nossas entrevistadas que merece ser destacado são os Índices de Massa Corporal (IMC) que elas apresentavam na época de suas entrevistas. Cada uma delas se encontrava numa faixa distinta desta classificação, de modo que uma se encontrava na faixa de obesidade (grau I), outra na faixa de normalidade e a terceira na faixa de sobrepeso. É importante considerar que essa diferenciação também não foi intencional no processo de seleção das participantes, mas acreditamos que ela tenha contribuído no enriquecimento do nosso estudo, na medida em que nos ofereceu diferentes possibilidades de relações dos IMC dessas mulheres com os seus quadros de transtorno alimentar e com as suas vivências e percepções sobre seu peso e imagem corporal, como também discutiremos mais adiante.

Mais um aspecto que precisa ser considerado nessa contextualização de nossa discussão é o diagnóstico de cada uma das mulheres entrevistadas. Tivemos em nosso estudo, dois casos cujo diagnóstico era de transtorno da compulsão alimentar periódica

(Renata e Adriana) e um caso com o diagnóstico de bulimia do tipo sem purgação (Carla). É preciso também assinalar que trabalhamos com os diagnósticos propostos pelos profissionais de saúde especialistas no tratamento de transtornos alimentares e que prestavam atendimento a essas mulheres, já que não era nosso objetivo fazer uma avaliação diagnóstica em nossa investigação.

Contudo, os relatos de nossas entrevistadas acabaram confirmando vários dos critérios necessários para os diagnósticos propostos. Apenas um dos casos nos chamou mais atenção a esse respeito, o de Adriana. Pois, apesar do quadro apresentado na sua entrevista se aproximar claramente do transtorno da compulsão alimentar periódica, com a descrição de episódios de comer compulsivo, do descontrole, desconforto e culpa experimentados diante de tais episódios, partes de seu relato sugerem algumas características propostas para os quadros de anorexia nervosa e/ou bulimia nervosa.

Como vimos ao longo de sua entrevista, o quadro de Adriana aponta para um forte impulso para a magreza e uma possível perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, que estão relacionados aos quadros de anorexia nervosa, além da influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, que está relacionada tanto aos quadros de anorexia nervosa, quanto aos de bulimia nervosa. Além disso, Adriana relatou já ter atingido, num outro período de sua vida, um peso que a deixou no limite inferior da faixa de normalidade da classificação pelo IMC, algo que foi bastante valorizado por ela e que chamou nossa atenção.

Em nosso entendimento, essas questões confirmam a complexidade e a dificuldade do diagnóstico dessas síndromes, já que apontam, por um lado, para uma aproximação do quadro de Adriana com padrões anoréxicos e/ou bulímicos de relação com a alimentação e com o corpo que merece ser melhor investigada e acompanhada. Por outro lado, apontam para a necessidade de uma revisão dos critérios diagnósticos do transtorno da compulsão

alimentar periódica, na perspectiva da inclusão de outros critérios ainda não propostos nas classificações atuais, e, portanto, para a importância de novos estudos sobre essa categoria diagnóstica que, como vimos, é recente e muito controversa.

Teixeira (2003) também apontou para essa necessidade de ampliação da investigação sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica e, particularmente, sobre seus critérios diagnósticos, na pesquisa qualitativa que realizou com mulheres obesas portadoras do transtorno da compulsão alimentar periódica. Pois, essa autora encontrou nos relatos das mulheres que participaram do seu estudo algumas características propostas como critérios diagnósticos apenas para os quadros de anorexia nervosa e/ou bulimia nervosa, como distorção da imagem corporal e sofrimento psíquico em relação ao tamanho e forma do corpo.

O primeiro aspecto dos relatos das mulheres entrevistadas no nosso estudo que consideramos relevante destacar é que todas elas se percebiam como portadoras de um transtorno alimentar. Contudo, nem sempre elas se perceberam dessa forma. Fica claro, ao longo de suas entrevistas, que essa percepção foi sendo construída ao longo do tempo, a partir, sobretudo, das suas vivências na relação com alimentação e com o corpo.

É uma percepção que merece ser ressaltada na medida em que pode contribuir para que as pessoas que sofrem de transtornos alimentares tenham uma melhor compreensão a respeito dos seus distúrbios e procurem uma ajuda especializada. Isso se evidencia, então, nos casos de todas as nossas entrevistadas, sobretudo nos relatos de Renata e Adriana. Pois, todas elas estavam sendo acompanhadas, na época de suas entrevistas, por profissionais de saúde especializados no tratamento de transtornos alimentares, apesar de diferenças nas suas formas de perceber e vivenciar o seu transtorno alimentar, assim como do momento em que procuraram ajuda e do tempo em que se encontravam em tratamento.

Essa percepção também nos parece fundamental na medida em que participa da construção das subjetividades e identidades dessas mulheres. Assim, o modo como elas definem e, sobretudo, os sentidos que elas atribuem aos seus transtornos alimentares, que veremos adiante, vão contribuir para a forma como elas se auto-avaliam e se sentem na relação consigo mesmas e com o mundo, considerando a sua condição de portadoras de um transtorno alimentar. Sobre esse aspecto, é interessante destacar a experiência de Renata, que relatou que a descoberta de que seu problema alimentar tinha um nome e tratamento, no qual ela acreditava, contribuiu para que se sentisse mais confortável nessa condição.

Outro aspecto a ser destacado é que, apesar das suas diferenças diagnósticas, todas as nossas entrevistadas apresentavam e percebiam o comer compulsivo como um dos sintomas centrais do seu transtorno alimentar. Descrito como episódios de comer em excesso num curto período de tempo, associados à sensação de falta de controle do seu comportamento alimentar (Apollinário In: Nunes *et al.*, 1998), o comer compulsivo pode aparecer enquanto uma síndrome isolada, que caracteriza o transtorno da compulsão alimentar periódica, mas também pode aparecer enquanto um sintoma nos quadros de bulimia nervosa, e até mesmo nos de anorexia nervosa. Parece-nos, portanto, um fenômeno importante e bastante freqüente nos casos de transtornos alimentares atualmente.

Esses aspectos que caracterizam o comer compulsivo aparecem, portanto, nas descrições que as mulheres participantes do nosso estudo fazem de seus transtornos alimentares ao longo de suas entrevistas. Nessas descrições, elas apontaram para alguns fatores que parecem ter contribuído para a construção de seus padrões compulsivos de alimentação. Assim, encontramos relatos que indicam fatores genéticos, familiares, psicológicos e sócio-culturais como possíveis influências para os seus comportamentos alimentares.

Quanto aos fatores genéticos, destacam-se os relatos de Renata e de Carla que fazem referência à obesidade em suas famílias. Atualmente, o componente genético da obesidade é indiscutível. Estudos demonstram, inclusive, que o número de genes e outros marcadores associados à obesidade humana chega a mais de 200 e que a contribuição da genética no desenvolvimento da obesidade seria de aproximadamente 25%, enquanto que os outros 75% estariam ligados a fatores ambientais e sócio-culturais (Fonseca, Silva e Félix In: Fonseca *et al.*, 2001).

Considerando, então, que estudos epidemiológicos demonstram a presença do transtorno da compulsão alimentar periódica em 30% dos casos de obesidade que procuram tratamento (Appolinário In: Nunes *et al.*, 1998), seria interessante conhecer melhor a ação desses fatores genéticos da obesidade no comportamento alimentar, para que possamos pensar a contribuição da genética, mais especificamente, no comer compulsivo e, assim nos quadros de nossas entrevistadas.

Como vimos anteriormente, alguns estudos com gêmeos também apontam para fatores genéticos na etiologia dos transtornos alimentares, embora só tenhamos encontrado na literatura pesquisada investigações sobre a contribuição genética nos quadros de anorexia nervosa e bulimia nervosa, provavelmente por ser o transtorno da compulsão alimentar periódica uma categoria diagnóstica recente. Esses estudos têm demonstrado uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos alimentares em pessoas com parentes de primeiro grau que sofrem desses problemas do comportamento alimentar (Silva, 2005). Os estudos de Bulik *et al.* (2000 *apud* Morgan, Vecchiatti e Negrão, 2002) concluem, inclusive, que há seguramente uma contribuição genética nos casos de bulimia nervosa, com uma hereditariedade que varia entre 31% a 83% dos casos estudados.

Com isso, é importante ressaltar que, embora haja relatos de obesidade nas famílias de Renata e de Carla e esta última considere que sua família é “gulosa” como ela, nenhuma

de nossas entrevistadas relatou possuir parentes com transtornos alimentares. Esses dados parecem sugerir, então, uma possível hereditariedade para a obesidade, mas não deixam clara essa predisposição genética especificamente para transtornos alimentares.

Contudo, precisamos destacar, ainda, que a predisposição genética para a obesidade é, atualmente, considerada um dos fatores predisponentes ao desenvolvimento de transtornos alimentares (Silva, 2005). Pois, a tendência a engordar, em nossa sociedade obesofóbica, pode comprometer a auto-estima e aumentar a pressão social para emagrecer, contribuindo para hábitos alimentares anormais e o uso de métodos inadequados para perda de peso, que representam comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (Morgan e Azevedo In: Nunes *et al.*, 1998). Este fato é demonstrado num estudo realizado por Fairbur (Silva, 2005) que encontrou a tendência à obesidade, a vivência de serem alvos de comentários depreciativos sobre suas aparências e a tendência para fazer dietas entre pessoas com bulimia nervosa e com transtorno da compulsão alimentar periódica.

Sobre esse aspecto é interessante destacar o caso de Carla onde isso parece se evidenciar. Carla, que sugere uma predisposição genética para o ganho de peso, relatou em sua entrevista pelo menos duas situações, em relação ao seu pai e à sua professora de ginástica rítmica, que envolveram, de alguma forma, a depreciação de seu corpo. Segundo seu relato, essas situações a marcaram bastante e a estimularam a fazer uso de métodos para perda de peso desde que era bem nova, potencializando, possivelmente, sua vulnerabilidade ao desenvolvimento do seu quadro de bulimia nervosa.

Faz-se necessário, contudo, considerar a dificuldade de separarmos a influência de fatores genéticos dos contextos familiares e sócio-culturais nos quais as pessoas se desenvolvem e que tanto influenciam os hábitos alimentares. Inclusive, os fatores mais apontados pelas nossas entrevistadas em relação à origem de seus padrões compulsivos de



alimentação remetem, sobretudo, aos valores, significados e hábitos de seus contextos familiares em relação à alimentação.

Todas as nossas entrevistadas relataram terem crescido em contextos familiares marcados pela valorização e pelo estímulo à alimentação, tanto no que diz respeito à quantidade como à qualidade dos alimentos consumidos. Elas destacaram, sobremaneira, o estímulo da família para que experimentassem alimentos novos e diversos, algo que contribuiu, por exemplo, para que Adriana viesse a gostar de todo tipo de alimento e para que Carla desenvolvesse aquilo que ela chamou de “cultura da comida”.

Sobre esse aspecto, é importante considerar que o estímulo à alimentação, direcionado sobretudo às crianças, marca muitos contextos familiares, não somente os de nossas entrevistadas. É, portanto, algo bastante presente em muitas famílias e que aponta para alguns valores e significados sócio-culturais sobre a alimentação e o corpo.

Enquanto uma das nossas necessidades mais básicas e vitais, a alimentação está diretamente relacionada à saúde. Assim, embora ainda haja muitas controvérsias em relação aos critérios que definem uma boa alimentação, os cuidados com a alimentação das crianças representam uma tentativa de garantir que elas cresçam fortes e saudáveis. A esse respeito, parece-nos interessante destacar o caso de Adriana, que, claramente influenciada pelos valores e significados do seu contexto familiar, considera que, para ela, a alimentação é tudo, significando vida, força e sustentação.

Precisamos também ressaltar o relato de Carla de que, na sua família, a gordura corporal é sinônimo de saúde. Assim, parece-nos que, mesmo em nosso contexto contemporâneo que rejeita profundamente a obesidade, ainda convivemos com alguns significados que marcaram outros contextos sócio-históricos, sobretudo, aqueles caracterizados pela escassez de alimentos e onde a gordura corporal já significou prosperidade, fertilidade, abundância, saúde, riqueza e até mesmo beleza.

Considerando, então, esses valores e significados relacionados à alimentação e ao corpo presentes em nossa matriz sócio-histórica, algumas famílias acabam, muitas vezes, estimulando a superalimentação das crianças e desconsiderando as suas sensações de fome e de saciedade. Sobre essa questão, Parizzi e Tassara (In: Fonseca *et al.*, 2001) apontam alguns dos comportamentos bastante comuns nos pais que superalimentam seus filhos e que podem levar a criança a “*abandonar*’ a sua percepção fisiológica de saciedade, aceitando a saciedade do outro e não a sua própria” (Parizzi e Tassara In: Fonseca *et al.*, 2001, p. 280).

- “*Quem vai ser o primeiro a raspar o prato?*”
- “*Mas você vai comer só isso?*”
- “*Toma, é só mais esse restinho.*”
- “*Tem que comer tudo; se não, não tem sobremesa.*”
- “*Eu não vou gostar mais de você, se você não comer tudo.*”

São comportamentos, portanto, que, através da valorização, desvalorização, recompensa ou mesmo punição, estimulam a criança a comer de acordo com as expectativas do seu contexto familiar. A esse respeito, vale destacar o relato de Adriana em que ela afirma ter passado a fazer uso da alimentação como uma forma de ser valorizada por seus pais, sobretudo, em função do sentimento de inferioridade que ela experimentava na comparação com a sua irmã. Nessa tentativa de agradar aos seus pais através da alimentação, Adriana reconhece, então, ter começado a construir o seu padrão compulsivo de alimentação.

Dessa forma, esses comportamentos contribuem, muitas vezes, para que as crianças comam demais e para que construam uma relação com a comida distanciada das suas sensações corporais e de suas reais necessidades nutricionais. Aqui, cabe também destacar o caso de Renata que nos relatou que essa é, inclusive, uma das características de seu

transtorno alimentar, ou seja, comer sem fome e de uma maneira que não respeita as suas necessidades fisiológicas de alimento.

Bastante relacionados a essa valorização e estímulo à alimentação que marcam as famílias de nossas entrevistadas, encontramos também relatos da fartura e disponibilidade de alimentos em suas casas e de dinâmicas familiares muito centradas na alimentação. Com isso, podemos pensar que esses contextos familiares expressam muitos dos valores, significados e padrões de comportamento da nossa sociedade ocidental industrializada, também marcada pela abundância e variedade de alimentos e que se desenvolveu de tal maneira em torno da comida que suas principais atividades econômicas, como vimos, são, há tempos, a produção, a distribuição e o preparo de alimentos (Velloso, 2004).

Assim, além dos fatores genéticos e familiares apontados, podemos pensar que o comer compulsivo esteja sendo também favorecido ou potencializado por alguns aspectos sócio-culturais que marcam a pós-modernidade e os novos modos de subjetivação e construção de identidades do sujeito contemporâneo. Pois, nos encontramos, atualmente, num contexto marcado pelo consumo desenfreado e pela busca por novidade e por estimulação/satisfação, sobretudo, através do corpo, que, como vimos, passou a ser valorizado e explorado na busca por sensações inéditas e pelo prazer imediato (Sant'Anna In: Rago, Orlandi e Veiga-Neto (orgs.), 2002).

Dentro desse contexto, somos constantemente estimulados, sobretudo através da mídia, ao consumo de alimentos, principalmente dos industrializados, que são cada vez mais variados, atraentes e acessíveis. Sobre esse aspecto, é importante ressaltar que Renata é a única que relatou perceber essa influência do meio no comportamento alimentar, apontando que a oferta e a atratividade dos alimentos podem contribuir, atualmente, para que as pessoas comam em excesso.

Para termos uma dimensão desse processo, parece-nos interessante destacar uma pesquisa realizada sobre a qualidade e quantidade de produtos veiculados em comerciais da televisão brasileira (Almeida, Nascimento e Quaioti, 2002 *apud* Texeira, 2003). Este estudo concluiu que os produtos veiculados com maior frequência nas três principais redes de canal aberto de televisão e em todos os horários eram os produtos alimentícios e, principalmente, os com alto teor de gordura, açúcar e sal. Esse fato nos mostra a influência da mídia no consumo desses alimentos que, segundo, os autores, parece estar contribuindo para uma mudança dos hábitos alimentares na população brasileira.

Considerando, então, o forte e constante estímulo ao consumo de alimentos industrializados, fica bastante difícil resistir, superar ou controlar o desejo de comer demais num mundo repleto de comidas gostosas, variadas e de fácil acesso. Isso se reflete, por exemplo, no enorme sucesso e crescimento da indústria *fast food* no mundo, enquanto um modelo norte-americano que começou a se expandir mundialmente. O principal exemplo desse fenômeno é o desenvolvimento mundial da rede McDonald's, que chegou a ter mais de 25 mil lanchonetes em 117 países, tornando-se símbolo do capitalismo pós-moderno (Carneiro, 2003).

Assim, essa oferta de alimentos que marca o nosso contexto sócio-cultural contemporâneo parece, então, contribuir para o consumo excessivo de comida e, sobretudo, como fonte de prazer. É importante ressaltar, então, que todas as nossas entrevistadas relataram a forte sensação de prazer que elas experimentam com a comida. Vale, ainda, destacar o caso de Carla que considera a comida sua principal fonte de prazer, por exemplo, quando está sozinha e o de Renata que relatou que o seu prazer só vinha da comida no período em que morou nos Estados Unidos e esteve bastante deprimida.

Sobre esse aspecto, Carneiro (2003) considera o ato de comer, assim como o ato sexual, como as fontes mais intensas de prazer carnal. Embora sejam atividades

diretamente relacionados à sobrevivência do indivíduo e da espécie, a alimentação e o sexo vão além de suas funções materiais, tornando-se sistemas simbólicos cada vez mais complexos e carregados de significados.

Isso nos remete às transformações e transgressões nos limites e funções do corpo humano promovidas, sobretudo, pelos avanços científicos e tecnológicos, que, segundo alguns autores (Sibilia, 2003, Couto, 2003), inserem o homem numa era pós-orgânica. Kurweil (*apud* Couto In: Louro *et al.*, 2003) aponta, inclusive, que nesta nova era, o aspecto sensual do sexo está desvinculado de sua função de reprodução. Da mesma forma, o ato de comer estará sendo progressivamente desconectado de sua função biológica natural de obter nutrientes, tornando-se uma escolha cada vez mais baseada no prazer. Cabe aqui destacar novamente o caso de Carla que nos relatou que a comida, para ela, nunca esteve associada à necessidade fisiológica, de modo que sua alimentação é determinada pela sua vontade, por seu desejo de comer e, portanto, pelo prazer de se alimentar.

Sobre essa questão, parece-nos interessante também apontar os resultados de uma pesquisa realizada com adultos em Belo Horizonte que demonstraram que somente 18% das suas refeições são motivadas exclusivamente pela fome (Fonseca *et al.* In: Fonseca *et al.*, 2001).

*“Nos 82% restantes, as refeições foram motivadas por ‘fome mais alguma coisa’ ou só por essa ‘alguma outra coisa’: passatempo, ‘porque está na hora’, por raiva, por alegria, porque a comida é gratuita, porque a pessoa viu a comida, porque todos estão comendo, porque a pessoa está ‘sem ter o que fazer’, etc.” (p. 242)*

Considerando, então, essa dissociação do ato de comer em relação à necessidade fisiológica de alimentos, é preciso apontar um outro aspecto fundamental da alimentação. Estamos nos referindo à dimensão simbólica da relação com a comida, onde o ato de comer envolve outras funções e significados que não a nutrição orgânica e a garantia de

sobrevivência da pessoa, onde a alimentação está associada a outros sentimentos e sensações que não as de fome e saciedade fisiológicas.

O ato de comer no homem, além de uma necessidade biológica, é um complexo sistema simbólico que vai se construindo desde o nascimento. A fome é uma das primeiras sensações que o bebê experimenta e é uma sensação profundamente desagradável. Assim, quando alimentado, ele experimenta um alívio fisiológico que marca, então, o início de uma relação entre “fome/desprazer” e “comer/prazer” que tende a se perpetuar ao longo de toda a vida (Fonseca *et al.* In: Fonseca *et al.*, 2001).

Além disso, a fome é uma sensação contra à qual o bebê não tem nenhum recurso fisiológico, ele depende completamente de uma outra pessoa para sua resolução. Com isso, a alimentação marca as primeiras interações do bebê com o mundo, de modo que, além das sensações de desprezo e prazer diretamente relacionados à fome e à saciedade fisiológicas, o bebê também vai experimentando uma série de outras sensações e sentimentos ao ser alimentado.

Quando alimentado, o bebê não recebe somente o alimento, juntamente com a comida experimenta, por exemplo, o carinho, o amor, a alegria, a confirmação, daqueles que os alimentam. Com isso, Hirschmann e Munter (1991) ressaltam que “*o ato de comer quando se tem fome é algo bastante satisfatório, tanto física quanto psicologicamente*” (p. 34).

Para as autoras, a alimentação contribui, ainda, para o nosso sentido de segurança, já que, diante da fome, o bebê sente desconforto e medo, e, quando alimentado, se sente confortável e seguro, confiando que o mundo é capaz de suprir suas necessidades. Assim, ser alimentado quando se tem fome é uma das mais básicas e fundamentais sensações de conforto e segurança que experimentamos na relação com o mundo, de tal modo que se

alimentar e se tranquilizar estarão bastante ligados, desde a infância (Hirschmann e Munter, 1991).

A comida vai sendo associada, portanto, a essas diversas sensações e sentimentos que a criança experimenta quando alimentada e vai adquirindo diversos valores e significados e várias funções, a partir das suas interações em seus contextos sociais. Permeada por esses diferentes elementos, a relação da pessoa com a alimentação vai, dessa forma, se estabelecendo, uma relação bastante singular e complexa, construída ao longo de suas trajetórias desenvolvimentais.

No caso de nossas entrevistadas, encontramos, por exemplo, relatos da associação da alimentação, em seus contextos familiares, com alegria, festa e encontro de pessoas. Sobre esse aspecto é necessário ressaltar que muitas relações sociais se realizam em torno da alimentação e que essa associação, portanto, marca muitos contextos históricos e sócio-culturais. Com isso, “*outra dimensão simbólica extremamente importante é a do alimento como elemento mediador de relações sociais.*” (Fonseca *et al.* In: Fonseca *et al.*, 2001, p.250).

Encontramos também relatos de que a comida era usada, por essas famílias, como recompensa, como expressão de afeto e atenção e como aconchego. Parizzi e Tassara (In: Fonseca *et al.*, 2001) ressaltam o quanto a comida, em especial, guloseimas, são usadas, muitas vezes, para aliviar as tensões das crianças quando estão tristes ou frustradas, ou como prêmio por se comportarem de acordo com as expectativas de seus familiares. Sobre isso, cabe destacar o relato de Adriana de que sua mãe trazia chocolate para casa todos os dias e que este era usado como recompensa quando comia tudo no jantar.

Esses aspectos do meio familiar de nossas entrevistadas, que apontam para valores e significados da alimentação de contextos sócio-históricos mais amplos, contribuiram para a construção da relações dessas mulheres com a alimentação. Nessas relações, a comida

vem sendo frequentemente usada para além de sua função meramente material e nutricional, surgindo como uma tentativa de atender outras necessidades que não a fome fisiológica.

*“Além da satisfação primária, nutricional, existe embutida no ato de comer uma enorme satisfação secundária. Comemos para nos saciar de várias necessidades – prazer, companhia, desejos... Comer é uma forma muito eficiente de preencher vazios.”* (Fonseca et al. In: Fonseca et al., 2001, p.248)

Essa satisfação secundária da alimentação é, portanto, mais um importante aspecto que marca o relato de todas as nossas entrevistadas e que parece contribuir para a construção de suas relações compulsivas com a comida. É também uma das dimensões que emergiram no estudo de Teixeira (2003) com mulheres obesas com transtorno da compulsão alimentar periódica. A autora encontrou nos relatos dessas mulheres o uso da comida para satisfação de outras necessidades que não a fisiológica, como forma de compensação, como calmante e suporte para momentos de solidão.

Considerando os relatos de nossas entrevistadas, destacamos, primeiramente, o caso de Adriana que nos afirmou usar a comida para tudo. Assim, além da função nutricional, a comida tem também, para ela, a função de anestésiar, de promover relaxamento e prazer e de fazer companhia, sobretudo, quando está chateada, quando sente raiva ou quando está sozinha.

No caso de Carla, é importante ressaltar que o seu padrão alimentar, segundo seus relatos, não é determinado pela sua fome fisiológica, como já apontamos anteriormente, mas pela sua vontade de comer, que, segundo ela, aumenta quando está ansiosa. Assim, uma das funções que a comida parece assumir no caso de Carla é a de lidar com a ansiedade.

Contudo, a comida, para Carla, parece ser usada, preferencial e frequentemente, com a função de promover prazer - tanto um prazer físico, quanto psicológico, que envolve



os momentos em que está sozinha, assim como quando está reunida com os amigos. Carla relatou, inclusive, que, considerando essa função que a comida têm em sua vida, quando ela faz dieta e precisa restringir e controlar sua alimentação, sua vida fica muito sem graça.

Já no caso de Renata, destacam-se os seus relatos sobre seu comportamento de se alimentar diante de diversos estados emocionais, como tristeza, ansiedade, raiva e frustração, buscando na comida conforto e aconchego. Com isso, a alimentação representa uma forma de lidar com sentimentos e situações com os quais ela não consegue se relacionar, tornando-se para ela, um comportamento automático e compulsivo. Renata, inclusive, explicitou claramente na sua entrevista o quanto o seu comer compulsivo está relacionado a processos afetivos emocionais. Considera, inclusive, o seu transtorno alimentar uma válvula de escape para as frustrações e dificuldades na relação consigo mesma e com o mundo.

Assim, a relação de nossas entrevistadas com a comida parece confirmar aquilo que Hirschmann e Munter apontam sobre a compulsão alimentar. Para as autoras, a pessoa compulsiva usa a comida, de forma consciente ou não, *“para lidar com a ansiedade, para se acalmar quando se sente estressada e para se reconfortar quando se sente triste, solitária ou amedrontada”* (1991, p. 18), esquecendo-se do verdadeiro propósito da alimentação.

Também para Göckel (1997), o desejo de comer é, muitas vezes, “fome psíquica”, ou seja, um sinal de necessidades de outra ordem, que não a fisiológica, um sinal de que está nos faltando algo ou que estamos em busca de algo. Ela aponta, inclusive, a raiva, o medo, o sentimento de impotência e a solidão como algumas das razões que levam a comer em excesso. Considera, com isso, que *“a maioria dos fatores que desencadeiam a prática de comer em excesso são de natureza psicológica”*. (p. 58)

Além disso, Abuchaim, Somenzi e Duchesne (In: Nunes *et al.*, 1998, p. 63) consideram que “*os sintomas alimentares podem estar ocultando e/ou expressando, entre outros, sentimentos de raiva, desespero, competição agressiva, rejeição, solidão*”. Assim, apontam que o comportamento alimentar perturbado pode ser compreendido como uma “*defesa contra afetos e sentimentos intoleráveis*”.

Dessa forma, podemos considerar que a relação de nossas entrevistadas com a alimentação, onde a comida é, muitas vezes, usada com a função de afastar sensações desagradáveis e/ou de proporcionar prazer, satisfação, conforto e segurança, representa uma importante e freqüente forma que elas utilizam para lidar com as suas necessidades e com os sentimentos e situações difíceis que elas vivenciam. Com isso, embora suas conseqüências possam ser, muitas vezes, auto-destrutivas, a natureza do padrão de alimentação dessas mulheres é auto-preservadora (*ibid.*).

Dentro, ainda, dessa perspectiva de que a alimentação compulsiva está relacionada a determinadas necessidades e sentimentos, parece-nos interessante destacar as relações estabelecidas pelo Dr. Sidney Chioro, neurologista fundador do InMagro, em São Paulo, entre determinados estados emocionais e o consumo de certos tipos de alimentos (Castro, 2003). Algumas das relações que o Dr. Chioro estabeleceu envolve considerar, por exemplo, que a solidão, tristeza e carência afetiva estimulam a vontade de comer chocolates e doces macios, pois são fáceis de ingerir e causam tranqüilidade momentânea, enquanto que o tédio e apatia nos levam a escolher alimentos lúdicos, como sanduíches com muitos ingredientes, sorvetes com coberturas, comidas coloridas e docinhos de festa, que parecer dar uma sensação de graça à vida.

Assim, embora essas relações sejam generalizações que não servem necessariamente para todas as pessoas, já que cada um vai construir uma relação bastante singular com a comida, o que constatamos é que os alimentos escolhidos nos episódios de

comer compulsivo, em geral, são os que contém uma forte carga simbólica e/ou os que promovem sensações de relaxamento e de prazer, como os ricos em açúcar e gordura. Isso nos remete, portanto, à impossibilidade de separarmos as dimensões simbólicas e emocionais das dimensões químicas/biológicas do ato de comer.

Assim, precisamos também considerar as ações bioquímicas dos alimentos que parecem contribuir para o comer em excesso, já que encontramos na alimentação compulsiva o predomínio do consumo de determinados alimentos, sobretudo daqueles de alto valor calórico e do grupo dos carboidratos (Appolinário In: Nunes *et al.*, 1998). Isso se confirma no caso de nossas entrevistadas, que relataram, sobremaneira, seus desejos por carboidratos e por alimentos ricos em açúcar e gordura, como doces e frituras.

Uma pesquisa realizada por cientistas da Universidade de Oxford na Inglaterra descobriu que a ação da ingestão de alimentos ricos em gordura no cérebro ocorre na mesma região (córtex cingulado) que é ativada por outros estímulos prazerosos, como, por exemplo, carinho físico, consumo de doces e de drogas, como a cocaína ou heroína, e cheiros agradáveis (Neiva, 2004). Com isso, a forte relação da ingestão desses alimentos com a sensação de prazer pode, talvez, explicar a necessidade, e mesmo a *compulsão*, de algumas pessoas para o seu consumo. Esta relação parece envolver, sobretudo, aos mecanismos que o cérebro desenvolveu para aumentar o consumo de alimentos ricos em calorias, já que na nossa Pré-História, marcada pela escassez de alimentos, eles eram fundamentais para nossa sobrevivência (Neiva, 2004).

Além disso, Göckel (1997) aponta que a ingestão de gorduras e açúcares ajuda a elevar o nosso humor. Pois, enquanto a gordura aumenta os níveis de endorfina, o açúcar e o carboidrato elevam os níveis de serotonina no organismo, que é um neurotransmissor relacionado às sensações de saciedade, felicidade e bem-estar (Greeson, 1991 *apud* Teixeira, 2003). Assim, o consumo de determinados alimentos pode, portanto, ter um

efeito sedativo e mesmo anti-depressivo, o que parece explicar a preferência desses alimentos nos episódios de compulsão alimentar.

Parece-nos interessante também destacar a relação do transtorno da compulsão alimentar periódica com quadros depressivos. Pois, no caso de nossas entrevistadas, encontramos os relatos de Renata de que os piores momentos de seu transtorno alimentar estiveram associados aos períodos em que esteve profundamente deprimida, quando chegou, inclusive, a fazer uso de uma medicação anti-depressiva. Essa relação parece se confirmar, por exemplo, através do estudo epidemiológico comparativo entre pacientes portadores deste transtorno do comportamento alimentar com pacientes portadores de obesidade sem ataques do comer compulsivo, que demonstrou uma elevação no número de casos de depressão nos pacientes com transtorno da compulsão alimentar periódica (Appolinário In: Nunes *et al.*, 1998).

Outro aspecto dos relatos de nossas entrevistadas que se mostra bastante relevante é o fato de todas associarem seus transtornos alimentares com o vício ou dependência de álcool e/ou drogas. Essa associação parece ser facilitada tanto pelas sensações que a comida promove, como as de entorpecimento e de prazer relatados, por exemplo, por Adriana, quanto pela sensação de falta de controle e de dependência em relação à comida, relatada claramente por Carla.

Essa associação parece, portanto, bastante comum nesses quadros, de tal forma que um dos programas de auto-ajuda para a compulsão alimentar são os Comedores Compulsivos Anônimos. Este programa segue o mesmo modelo de tratamento dos Alcoólicos Anônimos e envolve uma proposta de abstinência daqueles alimentos que favorecem o comer compulsivo.

Sobre essa questão, cabe destacar o caso de Carla que nos relatou sentir-se como uma alcoólatra e que, com isso, prefere evitar completamente o contato com determinados

alimentos quando está de dieta, para não consumi-los em excesso. Além disso, depois de muitos anos fazendo dietas, não consegue vislumbrar outras alternativas ao seu comer compulsivo, não se sentindo mais capaz de resolvê-lo, apenas de manter uma certa faixa de controle.

Isso parece-nos relevante, na medida em que essa visão de que a solução do comer compulsivo envolve a abstinência, em função da sua associação com a dependência de álcool e drogas, pode agravar ainda mais o quadro compulsivo. Pois, como veremos adiante, a restrição e o controle excessivos da alimentação podem desencadear episódios de compulsão alimentar, contribuindo para a manutenção do distúrbio e para o sentimento de impotência e descrença em relação à cura para os transtornos alimentares, como no caso de Carla.

Além de todos esses fatores que permeiam a relação de nossas entrevistadas com a comida, precisamos também considerar as conseqüências e outras características dos seus transtornos alimentares. Pois, uma das conseqüências que mais se evidenciam no padrão compulsivo de alimentação é o risco de aumento do peso e do volume corporal. No caso de nossas entrevistadas, todas elas relataram já terem engordado e emagrecido por diversas vezes ao longo de suas histórias de vida.

Sobre esse aspecto é interessante ressaltar as diferenças entre os IMC dessas mulheres na época de suas entrevistas, já que cada uma se encontrava numa faixa diferente desta classificação. Isso nos remete à singularidade e à complexidade desses quadros de transtornos alimentares, que envolvem a participação de múltiplos fatores. Assim, além das variações genéticas e biológicas, podemos pensar que essas diferenças nos seus IMC estejam também ligadas ao fato, já apontado pela literatura científica, de que a quantidade e a qualidade dos alimentos ingeridos pelos sujeitos nos episódios de comer compulsivo são bastante variáveis, assim como a formas com que cada sujeito se alimenta, “*ele pode*

*ter os ataques de comer, 'beliscar' durante todo o dia, fazer jejum intercalado aos episódios compulsivos, ter ataques de comer noturnos, etc.*" (Apollinário In: Nunes *et al.*, 1998, p. 44). Além disso, essas diferenças nos seus IMC também são resultantes dos métodos que as mulheres participantes do estudo utilizavam para perder ou evitar o ganho de peso e da frequência com que esses métodos eram utilizados.

Outras características dos quadros de transtornos alimentares de nossas entrevistadas que merecem ser apontadas dizem respeito, portanto, às vivências e percepções dessas mulheres em relação aos seus corpos. Pois, diretamente envolvida com a alimentação está a relação com o corpo e com a aparência física, de tal modo que, assim como o padrão alimentar afeta a saúde, o peso e o volume do corpo, a forma como se percebe e se vivencia o corpo pode influenciar de maneira determinante a alimentação.

Considerando, então, que a construção da relação dessas mulheres com a alimentação foi marcada pelo uso da comida com um forte conteúdo simbólico e como fonte de prazer, parece que somente quando começaram a se preocupar ou sofrer com as conseqüências de seus comportamentos alimentares no corpo que elas começaram a vivenciá-los ou percebê-los como um problema, e mesmo como um transtorno alimentar. Dessa forma, pelo menos para Renata e Carla que afirmaram isso em suas entrevistas, seus transtornos alimentares começaram a se configurar mais claramente na adolescência.

A adolescência caracteriza-se como um período da vida marcado por importantes mudanças no corpo e na construção das subjetividades e das identidades. É, portanto, uma fase em que surge ou se intensifica a preocupação com o corpo, diante, sobretudo, da necessidade de se tornar fisicamente atraente e da busca por aceitação e valorização nos diversos contextos sociais em que se está inserido.

Stenzel e Guareschi (2002), que realizaram uma pesquisa com 25 adolescentes mulheres sobre a representação social da obesidade/magreza, apontam que o corpo é

problemática central na vida das adolescentes e que este é visto sobretudo pela via da estética, da aparência física. Além disso, esses autores também consideram que “*talvez não exista outro período da vida onde se dá tanta importância para a aceitação e valorização social*” (p.191).

Assim, a adolescência desperta ou potencializa a necessidade de se adequar aos padrões e modelos de comportamento valorizados socialmente. Com isso, caracteriza-se como uma fase em que somos facilmente alcançados pelos valores e significados sócio-culturais sobre o corpo e a aparência física, tendo em vista a centralidade que eles adquiriram na construção de nossas identidades e na cultura contemporânea (Goellner In: Louro, Neckel e Goellner (orgs.), 2003).

É importante, então, ressaltar que o corpo, mais do que um dado natural, biológico, é uma “*construção social, cultural e histórica*” (*ibid.*, p.33). O corpo se produz e é produzido não somente por sua materialidade biológica, mas pelos significados culturais e sociais que a ele são atribuídos. Com isso, o corpo é visto como “*provisório, mutável e mutante*” (*ibid.*, p. 28), que se constrói e é construído a partir dos diversos saberes e poderes que nele são investidos nos diferentes contextos culturais e históricos.

Como vimos, o contexto sócio-cultural contemporâneo está fortemente marcado pela valorização da boa forma física e da magreza extrema, enquanto um ideal estético difícil de ser alcançado e que se impõe especialmente para as mulheres. Assim, os adolescentes, especialmente, se sentem insatisfeitos com seus corpos e se envolvem na busca pelo corpo magro e perfeito, recorrendo aos mais diversos métodos para controle da alimentação e do peso.

Sobre esse fato, é importante destacar a pesquisa realizada pelo Núcleo de Transtornos alimentares e Obesidade (Nutra) com mais de 3000 adolescentes com idades entre 13 e 20 anos. Os dados obtidos com este estudo demonstram que 75% dos

adolescentes entrevistados se sentiam insatisfeitos com os seus corpos, enquanto que 70% não apresentam hábitos alimentares saudáveis (Thomé, 2004).

Outro estudo que merece ser destacado é a pesquisa realizada com 1450 estudantes na faixa etária entre 6 e 18 anos de escolas públicas e privadas de Belo Horizonte (MG). Os resultados dessa investigação nos mostram que mais da metade desses estudantes deseja perder peso, principalmente os do sexo feminino, embora tenham encontrado uma prevalência de 8,6% de sobrepeso e 3,3% de obesidade entre os estudantes. O hábito de fazer dieta apareceu, então, em cerca de 30% da amostra, aumentando proporcionalmente com a idade, enquanto que cerca de 10% dos alunos relataram o uso de métodos inadequados para perda de peso, como uso de medicamentos para emagrecer, diuréticos, laxantes e vômitos auto-induzidos. Além disso, esta pesquisa encontrou uma prevalência de 8,9% de transtornos alimentares sem outras especificações (Lamounier e Vilela In: Fonseca *et. al.*, 2001).

*“Os achados do estudo de Belo Horizonte refletem uma insatisfação dos estudantes com sua imagem corporal. Grande parte utiliza métodos pouco saudáveis para o controle ou perda de peso, os quais podem ser possíveis fatores de risco para o desenvolvimento futuro dos transtornos da alimentação.” (ibid., p. 304-305)*

O constante estado de insatisfação com o próprio corpo e o uso de recursos, como as dietas alimentares, para se alcançar esse padrão corporal valorizado socialmente são, portanto, comportamentos cada vez mais frequentes, mesmo entre aqueles que não estão com excesso de peso. Cria-se, com isso, um terreno fértil para o desenvolvimento de transtornos alimentares, sobretudo em adolescentes, que representam um dos grupos sociais mais atingidos por esses distúrbios atualmente (Morgan e Azevedo In: Nunes *et. al.*, 1998).

Assim, um aspecto fundamental que também se evidencia no caso de nossas entrevistadas, e marca os seus quadros de transtornos do comportamento alimentar, é a



preocupação e/ou insatisfação em relação ao corpo/aparência física, que pode ter surgido ou se potencializado em função de seus padrões de alimentação. Seus relatos nos mostram que essa preocupação e/ou insatisfação com seus corpos envolve a busca por aceitação social e, portanto, por adequação aos padrões corporais valorizados socialmente, tendo contribuído de maneira determinante para que elas se engajassem, por tanto tempo, em diferentes métodos para controle da alimentação e do peso.

Renata, por exemplo, relatou que seu primeiro contato com uma proposta de controle alimentar se deu por volta dos 13 anos, quando sua mãe a levou a uma nutricionista. No entanto, ela apontou claramente a insatisfação com seu corpo como um fator que contribuiu para que fizesse dieta desde muito cedo.

Carla, por sua vez, nos relatou que o fato de ser uma menina maior, e portanto fora do padrão corporal da maioria das meninas da sua idade, contribuiu para que se envolvesse com métodos para controle da alimentação e do peso também desde sua adolescência. Ela afirmou, inclusive, que começou a recorrer a esses métodos sem que tivesse um problema real de peso, e sim em função do que ela chamou de “cultura da dieta”, que remete à busca por aceitação social.

No caso de Adriana, apesar de não explicitar quando exatamente começou a usar métodos para controlar sua alimentação, fica claro, na sua entrevista, o uso excessivo e por bastante tempo de diferentes medicamentos com esse propósito. É notável também a grande insatisfação que ela relatou experimentar em relação ao seu corpo quando se encontra fora do padrão atual de beleza centrado na magreza.

Assim, todas as nossas entrevistadas, em maior ou menor grau, já se sentiram ou se sentiam preocupadas e/ou insatisfeitas com os seus corpos, com suas imagens corporais, e desejavam controlar seu peso e sua alimentação. Sobre esse aspecto, é interessante destacar

as formas como elas percebiam e vivenciavam seus corpos em relação aos seus IMC, na época de suas entrevistas.

Renata, que das três mulheres é a com IMC mais alto, relatou já ter, por muito tempo, tentado se adequar ao padrão de beleza contemporâneo. No entanto, na época da sua entrevista, ela afirmou se sentir muito mais tolerante com sua imagem corporal, não perseguindo mais esse ideal, embora quisesse e percebesse que precisava emagrecer. Chega, inclusive, a dizer que estava se sentindo satisfeita e confortável com seu corpo, a despeito de seu IMC na faixa de obesidade.

Carla, com IMC na faixa de sobrepeso, afirmou nunca ter se sentido “encaixada”, confortável ou satisfeita com o seu corpo, mesmo quando era magra. Provavelmente porque, em função de seu biotipo, ela dificilmente se adequaria ao modelo de magreza extrema do nosso contexto sócio-cultural. Acredita, com isso, que nunca se sentirá satisfeita com seu corpo, ressaltando que seu perfeccionismo e sua baixa auto-estima contribuem para esse sentimento.

Adriana, que, em relação às outras entrevistadas, apresentava um IMC mais baixo, relatou se sentir bastante insatisfeita em relação à sua imagem corporal, com relatos bastante pejorativos e depreciativos a respeito de seu corpo. Essa insatisfação está diretamente relacionada com o fato de Adriana perceber-se gorda, embora estivesse com um IMC dentro da faixa da normalidade, sugerindo, de acordo com as classificações psiquiátricas (DSM-IV), uma possível perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, que apontamos anteriormente.

Diante disso, fica claro que a construção da relação de nossas entrevistadas com os seus corpos foi atravessada pelos padrões, valores e significados sócio-culturais contemporâneos. Torna-se explícito ainda que a forma como elas se sentem e se percebem nessa relação transcende a realidade física do corpo, sendo fortemente influenciada por sua

dimensão simbólica e, assim, por seus processos de produção de sentidos. Pois, das três entrevistadas, aquela que apresenta maior IMC (Renata) é a que relatou maior grau de satisfação com sua imagem corporal, enquanto que a aquela que apresenta o menor IMC (Adriana) é a que parece demonstrar maior grau de insatisfação com seu corpo/aparência física.

Sobre essa questão, é interessante apontar novamente a pesquisa realizada com adolescentes mulheres sobre a representação social da obesidade/magreza. Pois, este estudo encontrou uma diferenciação entre o que é ser ou estar gorda/magra e o sentir-se gorda/magra, evidenciando, portanto, que, no caso dessas adolescentes, *“o sentir está totalmente dissociado da realidade do corpo, outra realidade comanda este sentimento: a realidade simbólica.”* (Stenzel e Guareschi, 2002).

Considerando, então, a forma como nossas entrevistadas percebem e vivenciam seu corpo e sua alimentação, outro aspecto que marca a história dessas mulheres enquanto portadoras de um transtorno alimentar é o uso de métodos para controle do peso e da alimentação. Os seus relatos nos mostram que todas elas já recorreram e ainda recorrem a esses métodos, algumas tendo recorrido a diversos deles e por bastante tempo, como Carla, que relatou fazer uso de dietas há cerca de 20 anos.

Cabe ressaltar, portanto, que, na medida em que os quadros de transtornos alimentares de todas as nossas entrevistadas são marcados tanto pela presença do comer compulsivo quanto pelo uso de métodos para controle do peso e da alimentação, um dos principais aspectos que parecem diferenciar os diagnósticos de Renata e de Adriana (transtorno da compulsão alimentar periódica) em relação ao de Carla (bulimia nervosa) é o uso recorrente de comportamento compensatório inadequado, no caso, a prática de jejum, que marca o quadro bulímico de Carla. Contudo, dentre os métodos utilizados por nossas

entrevistadas, as dietas de restrição alimentar, aparecem nos três casos e merecem ser destacadas.

Juntamente com os exercícios físicos, as dietas alimentares representam um dos principais recursos adotados atualmente para a perda de peso e controle da alimentação (Morgan e Azevedo In: Nunes *et al.*, 1998). É, portanto, um método que ganha força em nosso contexto sócio-cultural marcado, como vimos, pela grande valorização do auto-controle e do auto-aperfeiçoamento, principalmente através do corpo, que passou a ser explorado e valorizado, sobretudo, pela via da aparência física.

Vista como um reflexo de quem somos, ou seja, de nossas identidades, de nossos estilos de vida e de nossas competências, a aparência física tornou-se sinônimo de nosso valor pessoal (Hirschmann e Munter, 1991). Com isso, as transformações, as intervenções e os cuidados com o corpo, visando o seu aperfeiçoamento e a melhoria da aparência física, como vimos, são usados como um marketing do eu na busca por afirmação da personalidade. (Sant'Anna In: Rago, Orlandi e Veiga-Neto (orgs.), 2002).

Sobre esse aspecto, é interessante destacar os relatos de Renata e Adriana que apontam para os sentidos que elas atribuem à aparência física e que nos mostram que a construção desses sentidos foi atravessada por esses valores e significados sócio-culturais contemporâneos. Para Renata, a aparência física é a expressão de quem ela é, de como ela se sente e se posiciona no mundo, tendo, portanto, muita importância para ela. Da mesma forma, para Adriana, a aparência física é a forma dela se relacionar com as pessoas e com o mundo, tendo tanta importância para ela, que chega a considerar que a aparência física é “tudo”. Assim, quando ela está se sentindo bem com sua aparência, ela se relaciona melhor com as pessoas e com o mundo. Caso contrário, prefere não se relacionar, nem mesmo sair de casa.

Dentro desse contexto, onde “*o self deve ser transparente por meio de sua aparência física*” (Vandereycken & Hock, 1992 *apud* Morgan e Azevedo In: Nunes *et al.*, 1998, p. 90), o corpo saudável, belo, magro e jovem passou, como vimos, a estar associado à felicidade, sucesso, ascensão e aceitação social, tornando-se, portanto, “*um ideal perseguido por um número infinito de mulheres e homens do nosso tempo cujos investimentos individuais demandam energia, dinheiro e responsabilidade.*” (Goellner In: Louro, Neckel e Goellner (orgs.), 2003, p.33). A perseguição desse ideal, que envolve promover “*upgrades*” no corpo e na aparência física, leva, muitas vezes, a uma compulsão consumista para produtos de saúde, beleza, nutrição e *fitness*. (Sant’Anna In: Rago, Orlandi, Veiga-Neto (orgs.), 2002).

Uma pesquisa encomendada ao Instituto Datafolha e realizada com 2359 jovens, entre 15 e 30 anos, de sete capitais brasileiras, demonstra claramente essa ênfase na aparência física e no consumo. Os resultados desse estudo apontam que, dentre os 16 adjetivos que poderiam caracterizar a geração de jovens no Brasil, a “*vaidade*” ficou em primeiro lugar, sendo escolhida por 37% dos participantes do estudo, enquanto que “*consumismo*” ficou em segundo lugar (Linhares, Rizek e Mizuta, 2005).

*“A maioria dos jovens brasileiros acha que ‘pessoas bonitas têm mais chances na vida’. Um bom pretexto para gastar mais com roupas, acessórios e tratamentos de beleza.” (ibid. p. 85)*

Dessa forma, as dietas de restrição alimentar aparecem como uma estratégia bastante utilizada na busca por esse ideal de beleza, pois envolvem uma expectativa de que através delas alcançaremos um corpo melhor, assim como uma vida melhor e mais feliz. Ou seja, elas envolvem uma falsa crença de solução rápida, e até mágica, para a perda de peso e mesmo para diversos outros problemas, como bem nos apontam Hirschmann e Munter (1991):

*“Se você se sente apático, a dieta lhe dará ânimo; se sente solitário, a dieta lhe proporcionará novos amigos; se se sente carente, a dieta lhe trará*

*romance. Qualquer que seja o problema – físico ou emocional – sempre haverá uma dieta que prometa curá-lo.” (p. 52)*

Assim, proliferam, atualmente, as mais variadas propostas de dietas alimentares. Proliferação esta que, diretamente relacionada aos valores e significados sócio-culturais contemporâneos, contribui para aquilo que Carla chamou de “cultura da dieta”. Ou seja, fazer dieta está na moda. Muitas dessas dietas alimentares são adotadas por profissionais de saúde como abordagens terapêuticas para o excesso de peso, sendo também bastante divulgadas pela mídia em geral.

*“Centenas de formulações dietéticas já foram propostas. Atualmente estão em uso corrente dezenas de diferentes modalidades de regimes, desde as mais surrealistas até propostas alimentares muito bem elaboradas.” (Fonseca, Silva e Félix In: Fonseca et al., 2001, p.270)*

Em função da redução quantitativa e, muitas vezes, qualitativa dos alimentos consumidos, as dietas de restrição alimentar, em geral, promovem emagrecimentos rápidos e intensos, contribuindo para uma falsa idéia de sucesso definitivo dos seus resultados. No caso de nossas entrevistadas, isso se evidencia claramente nos relatos de Renata e de Carla que apontaram a facilidade e rapidez com que elas emagreciam com as dietas alimentares quando começaram a recorrer a esse método para controle da alimentação e do peso. Essa facilidade e rapidez de emagrecimento com as dietas permitia, inclusive, que elas intercalassem períodos em que estavam de dieta e restringiam sua alimentação, com períodos em que elas se permitiam comer livremente e em excesso.

É fundamental ressaltarmos que, no início desse processo, Renata e Carla conseguiam manipular e controlar sua alimentação e seu peso através do uso das dietas de restrição alimentar, de modo que o comer compulsivo não era vivenciado como um problema para elas. No caso de Adriana, esse mesmo processo era vivido com outro método, os medicamentos para emagrecer. Adriana também relatou não vivenciar seu padrão alimentar como um problema, enquanto conseguia manipular e controlar sua alimentação e seu peso com o uso desses remédios.

No entanto, as dietas de restrição alimentar, assim como alguns medicamentos para emagrecer, apresentam um elevado índice de fracasso quando seus resultados são analisados num período de 5 a 10 anos (Fonseca, Silva e Félix In: Fonseca *et. al.*, 2001). Com isso, as dietas alimentares chegam a ser consideradas métodos ineficazes ou mesmo inúteis a médio/longo prazo. Um dos fatores que parecem contribuir para esses resultados são, como vimos, os mecanismos do corpo contra a subnutrição, ou seja, os ajustes que o corpo faz em reação à restrição alimentar, reduzindo o gasto de calorias e armazenando gordura, para se precaver de outros períodos de privação de alimentos. Assim, em função das experiências de restrição alimentar, o metabolismo do corpo vai diminuindo, tornando cada vez mais difícil a perda de peso ao longo do tempo (Hirschmann e Munter, 1991).

No caso de Renata e de Carla, seus relatos também confirmam esses resultados. Elas afirmaram que, no decorrer desse processo de intercalar períodos de restrição com períodos de consumo excessivo de comida, as dietas alimentares foram perdendo sua eficácia em promover perda de peso. Elas percebem claramente que, com o passar do tempo e com as mudanças em seus metabolismos, foi ficando cada vez mais difícil emagrecer com as dietas alimentares.

Além disso, um estudo realizado pelos psicólogos Polivy e Herman da Universidade de Toronto (*apud* Hirschmann e Munter, 1991) demonstrou que as restrições das dietas alimentares levam à gula, pois geram um conflito e uma tensão interna que favorecem o consumo excessivo de alimentos como forma de compensação. Hirschmann e Munter (*ibid.*) consideram, inclusive, esse processo como um correlato psicológico da nossa tendência fisiológica de resistir à privação de alimentos armazenando gordura no corpo.

Outro aspecto que merece ser apontado é que muitas dietas de restrição alimentar utilizadas atualmente enfatizam apenas os alimentos consumidos e não os hábitos

alimentares das pessoas, propondo, inclusive, a proibição do consumo de alguns alimentos, principalmente, daqueles de alto valor calórico. Considerando, então, a forte sensação de prazer que esses alimentos promovem e que *“nada é mais estimulante para um ser humano do que proibi-lo de alguma coisa”* (Fonseca, Silva e Félix In: Fonseca *et al.*, 2001, p. 266), essas dietas alimentares acabam, muitas vezes, estimulando exatamente o consumo desses alimentos considerados proibidos, contribuindo para uma relação bastante conflituosa e culposa com a comida. Isso se evidencia claramente no caso de Renata que relatou se sentir “pecando” quando consome esses alimentos que sempre foram considerados proibidos para ela.

Assim, as dietas alimentares muito restritivas podem levar ao consumo excessivo de alimentos e a perda de controle sobre o comportamento alimentar, contribuindo, portanto, para a construção de um padrão alimentar caracterizado por ciclos “dieta-gula” (Hirschmann e Munter, 1991), que representa mais um importante aspecto que se evidencia nos relatos de nossas entrevistadas. Todas elas relataram que seus padrões alimentares envolvem, ou já envolveram, períodos de controle e restrição alimentar, intercalados com períodos de descontrole e superalimentação. Renata, por exemplo, relatou que sua alimentação sempre foi marcada pelas “fases do nada permitido” e as “fases do tudo permitido”.

*“É importante evidenciar que a dieta restritiva aumenta a probabilidade de ocorrência de episódios de compulsão alimentar e estes aumentam o medo de engordar, reforçando a necessidade de intensificação da dieta formando-se um ciclo vicioso.”* (Fairburn, 1985 *apud* Duchesne In: Nunes *et. al.*, 1998, p. 142)

O que vemos, portanto, é que o uso de dietas de restrição alimentar, além de promover mudanças no metabolismo, que dificultam a perda de peso a longo prazo, pode precipitar ou potencializar os episódios de comer compulsivo. Além disso, a perda da sua eficácia a médio/longo prazo pode contribuir para a necessidade de restrições cada vez



mais rigorosas ou de outros métodos inadequados para controle do peso e da alimentação, como podemos ver claramente no caso de Carla.

Carla relatou que talvez tenha “criado” o seu problema de peso em função da “cultura da dieta”, ou seja, do seu uso das restrições alimentares antes mesmo que estivesse acima do peso normal. Ela afirmou também que a sua frustração, diante do pouco que passou a emagrecer quando restringia sua alimentação, a levou a não esperar muito mais tempo para entrar em dieta, depois que comia demais, e a restringir ainda mais sua alimentação, chegando, então, à prática do jejum que marca o seu quadro bulímico.

As restrições alimentares são consideradas, portanto, fatores de risco para os transtornos do comportamento alimentar na contemporaneidade. Considera-se, então, que a preocupação/insatisfação com a aparência física e a busca por um corpo perfeito, que marcam nosso contexto sócio-cultural, contribuem para o aumento da prevalência de comportamentos relacionados à dieta e de outros métodos drásticos de controle do peso, que aumentam a probabilidade de desenvolvimento de tais transtornos (Morgan e Azevedo In: Nunes *et al.*, 1998).

Com isso, é interessante ressaltar, ainda, os relatos de Carla e de Renata que confirmam essa relação entre os transtornos alimentares e o uso das dietas de restrição alimentar. Pois, como vimos, a adolescência foi apontada por elas como o período que marcou o início do desenvolvimento de seus transtornos alimentares, tendo sido este o mesmo período em que começaram a recorrer às dietas alimentares, em função da preocupação/insatisfação com seu corpo/aparência física.

Contudo, embora já se reconheça a ineficácia e até mesmo os efeitos nocivos de algumas dietas alimentares, parece que as dietas alimentares são cada vez mais utilizadas, valorizadas e até mesmo estimuladas, sobretudo, pela mídia. Atualmente, encontramos diversos programas de televisão, livros, sites na internet e revistas que visam oferecer

informações sobre as mais variadas dietas de restrição alimentar e seus possíveis benefícios na busca pelo corpo saudável e perfeito. Um dos exemplos que mais se destacam é a quantidade de revistas voltadas especialmente para o público feminino.

Sobre essa questão, é interessante destacar dois estudos realizados sobre o poder da mídia impressa na produção dos corpos femininos na contemporaneidade. Um deles, buscou analisar o programa anual de dieta alimentar de emagrecimento e exercícios físicos da Revista Boa Forma, denominado, “Desafio de verão” que propõe a conquista de um corpo mais magro e mais de acordo com os padrões estéticos socialmente valorizados (Andrade In: Louro, Neckel e Goellner (orgs.), 2003). O outro estudo, analisou a Revista Capricho, enquanto a primeira revista voltada para as adolescentes, que, propondo os cuidados com o corpo, com ênfase na beleza e na moda, ensina “*como ser uma adolescente bonita, atraente e moderna*” (Figueira In: Louro, Neckel e Goellner (orgs.), 2003, p. 127).

Através de textos e imagens fornecendo conselhos, recomendações técnicas e receitas para os cuidados com a alimentação e o corpo, essas revistas propõem que basta seguir essas prescrições para conquistar o ideal de corpo centrado na magreza e na boa forma física. Assim, transmitem uma idéia de que alcançar o ideal estético representado pela própria mídia é uma responsabilidade de cada mulher/adolescente e que só depende de seu esforço pessoal.

*“Formar a adolescente feminina é, também, ensiná-la a perceber que o sucesso e a responsabilidade para viabilizar e concretizar o empreendimento de construir um corpo aceito e valorizado pelos padrões culturais de seu tempo vai depender de seu esforço pessoal. De sua vontade, disciplina, auto-controle e determinação. Enfim, conhecidas todas as ferramentas para esculpi-lo, o resultado vai depender dela. Só dela.”*  
(Figueira In: Louro, Neckel e Goellner (orgs.), 2003, p. 132-133)

Essas revistas parecem funcionar, portanto, como guias que direcionam e norteiam as condutas femininas na atualidade, podendo ser pensadas como uma das pedagogias que atuam no meio social e contribuem para a construção dos corpos, das subjetividades e das

identidades das mulheres na contemporaneidade (Andrade In: Louro, Neckel e Goellner (orgs.), 2003). Pedagogias que claramente atravessam a produção de sentidos de nossas entrevistadas a respeito da alimentação e do corpo.

Pois, embora nossas entrevistadas tenham apontado outros fatores que parecem contribuir para construção e manutenção de seus padrões compulsivos de alimentação, mais um importante aspecto que se destaca nos relatos dessas mulheres é a percepção de que seus problemas alimentares e de peso são decorrentes de suas fraquezas ou incompetências pessoais nos cuidados com a alimentação e com o corpo. No caso de Renata, destaca-se o relato de que seu comer compulsivo e seu excesso de peso eram resultantes de sua falta de força de vontade para fazer dieta. No caso de Adriana, destacam-se os seus relatos de sua falta de cuidado, preguiça e fracasso na tentativa de controlar e restringir sua alimentação. No caso de Carla, destacam-se os seus relatos de sua preguiça, desleixo e falta de paciência para cuidar da sua alimentação e do seu corpo.

Além disso, pelo menos nos casos de Adriana e Carla, que explicitaram isso claramente em suas entrevistas, elas percebem-se como as únicas responsáveis/culpadas por não conseguirem controlar e restringir sua alimentação e, sobretudo, cuidar do corpo/aparência física. Adriana, inclusive, afirma veementemente que não é ninguém que a força a comer, é ela que não é capaz de controlar o que leva para a boca. Carla, por sua vez, relatou ser ela quem maltrata o seu corpo, sobretudo, engordando e emagrecendo, em função do padrão de alimentação que marca seu quadro bulímico.

É interessante ressaltar, ainda, que essas duas mulheres relataram que “Deus” teria lhes dado um corpo “legal” e que elas é que não cuidaram bem dele ao longo do tempo, o que fez com que Carla até se considerasse ingrata com “Deus”, que lhe deu “tudo certinho”. Isso parece justificar, ou reforçar, essa crença na suas exclusivas

responsabilidades e nas suas fraquezas e/ou incompetências em relação aos cuidados com a alimentação e com o corpo.

Com isso, fica claro que a produção de sentidos de nossas entrevistadas em relação aos seus transtornos alimentares foi fortemente atravessada pelos valores e significados sócio-culturais sobre a alimentação e o corpo. Pois, como vimos, alcançar o ideal de autocontrole e de culto à boa forma física e ao corpo belo e magro, passa a significar, em nosso contexto, competência, sucesso e felicidade. Enquanto que não alcançá-lo, como nos casos do comer compulsivo e, sobretudo, da obesidade, que é uma de suas possíveis conseqüências, é hoje sinônimo de inaptidão, falha e incompetência.

*“... a imagem do corpo ideal é acompanhada de conotações simbólicas de sucesso, autocontrole, autodisciplina, liberação sexual, classe e competência. O fracasso em se atingir este ideal passa a se equacionado com falta de força de vontade, preguiça e fraqueza.”* (Morgan e Azevedo In: Nunes *et al.*, 1998, p. 88)

Diante disso, os padrões compulsivos de nossas entrevistadas, além da sensação de prazer e da satisfação secundária que eles envolvem, passaram também a promover um profundo desconforto e a afetar bastante a auto-estima dessas mulheres, tornando-se um problema e uma preocupação nas suas vidas. Parece, então, que elas começaram a perceber e a vivenciar seus padrões compulsivos de alimentação dessa forma a partir do momento em que passaram a não administrar ou controlar mais a sua alimentação e, sobretudo, os efeitos dela no seu peso e volume corporal, seja através das dietas ou dos medicamentos que elas utilizavam. Foi nesse momento, inclusive, que Renata e Adriana relataram terem procurado ajuda especializada para seus transtornos alimentares.

Considerando, então, essas percepções e vivências de nossas entrevistadas em relação aos seus transtornos alimentares, destacam-se, no caso de Adriana, os fortes sentimentos de depressão, de culpa e de fracasso que ela relatou vivenciar quando come

compulsivamente. Adriana afirmou, inclusive, que a sua culpa é maior que o prazer que ela sente com essa alimentação e que ter um transtorno alimentar, para ela, significa fracasso.

Já no caso de Carla, destacam-se os sentimentos de culpa e de ódio por si mesma, em função da forma como ela deixou seu corpo e da sua percepção de que o processo de aperfeiçoamento do corpo é algo muito simples. Assim, para ela, o seu comer compulsivo significa falta de amor próprio, ou seja, significa que ela tem mais amor pela comida, pela compulsão, pela “doença”, do que por ela mesma.

No caso de Renata, por sua vez, destacam-se os relatos dela se sentir muito desconfortável, incapaz, desajustada, envergonhada e feia diante de seu comer compulsivo. Destaca-se também o seu relato de se sentir “pecando” quando consome os alimentos considerados “proibidos” e a sensação de “sujeira” que ela experimenta quando come demais, que envolve a crença de que está fazendo mal para o seu corpo com essa alimentação.

Podemos perceber, então, as vivências e percepções de nossas entrevistadas em relação à alimentação e ao corpo, que marcam os seus quadros de transtornos alimentares, influenciam fortemente a auto-avaliação dessas mulheres, interferindo na forma como elas se percebem e se sentem na relação consigo mesmas e com o mundo. No caso de Carla e Adriana, parece que a forma como elas percebem e vivenciam seu corpo/aparência física é mais determinante nas suas auto-avaliações. Já no caso de Renata, fica claro que a forma como ela percebe e vivencia a sua alimentação é que influencia, decisivamente, a avaliação que faz de sua imagem corporal e de si mesma.

Assim, os relatos de Carla e, principalmente, os de Adriana, que, na época de suas entrevistas, se percebiam fora dos seus ideais de corpo e de beleza e se sentiam, como vimos, bastante insatisfeitas com suas imagens corporais, mostraram o quanto elas se culpavam, se desvalorizam, se depreciavam, em função, sobretudo, da forma como elas

percebiam e vivenciavam seus corpos. Com isso, embora o diagnóstico proposto para o caso de Adriana tenha sido de transtorno da compulsão alimentar periódica, tanto ela quanto Carla parecem apresentar um dos critérios diagnósticos propostos pelas classificações psiquiátricas (DSM-IV) para os quadros de bulimia nervosa e anorexia nervosa, a auto-avaliação indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.

No caso de Renata, é interessante destacar que a influência de seu padrão alimentar na avaliação do seu corpo e de si mesma era tão forte que não dependia do resultado concreto da sua alimentação no peso e tamanho do seu corpo. Pois, para Renata, o simples fato de comer compulsivamente afetava fortemente sua auto-estima, fazendo com que se sentisse, feia, suja e bastante desconfortável consigo mesma e como se tivesse engordado imediatamente. Por outro lado, quando restringia e controlava sua alimentação, se sentia ótima e linda, como se tivesse se purificado e emagrecido imediatamente.

Com isso, é possível perceber que a forma como as nossas entrevistadas se percebem e se sentem quanto à sua alimentação e ao seu corpo/aparência está diretamente relacionada com as vivências e percepções dessas mulheres em relação à gordura/excesso de peso e à magreza. Podemos perceber também que a construção desses sentidos foi atravessada pelos valores e significados do contexto sócio-cultural contemporâneo, cujo ideal de beleza, como vimos, envolve a supervalorização da magreza e da boa forma física e a aversão e desqualificação da gordura/excesso de peso.

Em relação à gordura/excesso de peso, os relatos de nossas entrevistadas apontaram para sentimentos e sentidos bastante negativos. Fica claro, inclusive, que alguns dos sentidos que elas atribuem ao comer compulsivo se aproximam bastante dos sentidos que elas atribuem à gordura/excesso de peso e correspondem aos significados sócio-culturais sobre a obesidade.

*“... reafirma-se a concepção da sociedade de que a obesidade é sinal de falta de personalidade, preguiça e ausência de força de vontade, e de que o obeso é*

*inteiramente responsável por sua condição, o que intensifica a discriminação.”*  
(Gaspar, 2003, p. 78-79)

No caso de Renata, que se encontrava com IMC na faixa de obesidade grau I, na época de sua entrevista, destaca-se o sentido de sujeira que ela atribui tanto ao seu comer compulsivo quanto à gordura/excesso de peso. Destacam-se também os seus relatos da relação que ela estabelece entre gordura/excesso de peso com depressão, solidão e sofrimento. Essa relação parece ter sido construída, sobretudo, em função das suas vivências e percepções no seu processo de ganho de peso, que marca o seu percurso com um transtorno alimentar.

Para Carla, que se encontrava na faixa de sobrepeso do IMC e afirmou se ver “gordinha”, na época de sua entrevista, a gordura corporal incomoda, é desconfortável, deixa a pessoa desproporcional e traz algumas conseqüências desagradáveis como suar mais e as roupas não caírem bem. Destacam-se nos seus relatos os sentidos de desleixo, de falta de amor próprio e de falta de força de vontade que ela atribui à gordura/excesso de peso, assim como ao seu padrão de alimentação. Ela relatou, inclusive, que ser uma pessoa desleixada é uma característica “bem gorda” que ela tem, reconhecendo-se bastante preconceituosa com gordo.

No caso de Adriana, que, na época de sua entrevista, se encontrava com IMC na faixa da normalidade e afirmou se ver “gorda”, destacam-se os seus relatos de que a gordura/excesso de peso é “a pior coisa do universo”, algo que ela acha horrível e disforme. Destacam-se também os sentimentos de nojo e ódio que ela relatou experimentar em relação a si mesma e às pessoas gordas em geral.

Além disso, apesar dessas diferenças na forma delas perceberem e vivenciarem a gordura/excesso de peso, para todas elas, estar ou perceber-se gorda ou acima do peso implica em vivenciar algumas limitações na sua relação com o mundo e na sua vida social. Sobre essas limitações, encontramos os relatos de Carla e Renata sobre a dificuldade para

comprar e usar roupas que lhes caíam bem e para se movimentar com mais leveza e liberdade e em diversos contextos. Encontramos também os relatos de Adriana de sua perda de liberdade para, por exemplo, fazer hidroginástica, ir à água na praia, ou mesmo fazer um cruzeiro marítimo.

Assim, algumas dessas limitações falam das dificuldades concretas de se viver num mundo que não foi feito para as pessoas gordas ou com excesso de peso, como é o caso da maioria das lojas de roupas femininas, sobretudo, daquelas de marcas renomadas, em que seus manequins parecem se adequar, e até radicalizar, o nosso padrão corporal centrado na magreza. Por outro lado, algumas das limitações relatadas por nossas entrevistadas falam dos valores e significados do contexto sócio-cultural contemporâneo e da dificuldade de se expor e se sentir aceito e valorizado nesse contexto onde, por todos os lados, encontramos imagens de mulheres lindas e magérrimas associadas à idéia de atratividade sexual, sucesso e felicidade.

Nossas entrevistadas, particularmente Adriana e Carla, apontaram claramente a dificuldade de se sentirem confortáveis e acolhidas em nosso contexto sócio-cultural quando estão ou se percebem com excesso de peso e, portanto, fora do padrão corporal valorizado socialmente. Isso faz, inclusive, com que a exposição de seu corpo/aparência física nessas condições seja percebida e vivenciada por Adriana como algo bastante ameaçador e que parece limitar a sua vida social.

Os relatos de Adriana e Carla demonstram claramente o quanto elas interiorizaram a forte aversão e preconceito em relação à gordura/excesso de peso que marcam nosso contexto sócio-cultural. Como vimos, nos encontramos atualmente numa sociedade claramente lipofóbica ou obesofóbica, que se estruturou de forma a excluir, rejeitar, discriminar e desvalorizar as pessoas gordas, ou fora do padrão de beleza atual.

*“E parece que o mundo do sujeito obeso está sendo sedimentado sob o preconceito, a discriminação, o isolamento, o deboche. Tudo isso revelando*



*o contexto sociocultural, no qual os padrões em voga se referem ao corpo perfeito, bonito, 'malhado', fisicamente bem delineado."* (Gaspar, 2003, p. 36-37)

Assim, os sentidos que Adriana e Carla atribuem à gordura/obesidade, parecem contribuir para que elas, na medida em que se percebem como “gordinha” ou “gorda”, tenham uma visão bastante depreciativa sobre si mesmas, relatando os sentimentos de ódio e de raiva e a forte rejeição que elas experimentam em relação aos seus corpos e em relação a si mesmas. Parecem contribuir também para que, tendo em vista a maneira como elas se sentem e se percebem, considerem difícil uma pessoa gorda ser feliz e também bonita, “agradável de olhar”, em nosso contexto.

Sobre esse aspecto, é interessante destacar os relatos de Carla de que se sente uma mulher bonita apenas naqueles contextos onde o seu tipo de corpo é valorizado, como por exemplo, em ambientes onde predominam homens de baixa renda e que gostam de mulheres gordinhas. Por outro lado, quando se encontra em ambientes onde predominam mulheres muito magras e elegantes, sua aparência física é considerada por ela como “brega”, como um problema. No caso de Carla, portanto, a avaliação da sua beleza e da sua aparência física parece depender bastante dos valores e significados dos diferentes contextos nos quais ela circula.

Fica bastante claro também que os significados sócio-culturais relacionados à magreza também participam da produção de sentidos das nossas entrevistadas. Pois, os seus relatos apontam que a magreza está associada à beleza, liberdade e felicidade, de tal modo que é o que elas almejavam conquistar, ou seja, um corpo mais magro, utilizando, para isso, alguns métodos para controle da alimentação e do peso, como os medicamentos, os exercícios físicos e as dietas de restrição alimentar.

Contudo, é possível perceber diferenças na forma como as nossas entrevistadas vivenciam o seu desejo de emagrecer, sobretudo nos casos de Renata e de Adriana que

explicitam isso claramente nas suas entrevistas. Essas diferenças parecem apontar para o quanto a construção dos sentidos que essas mulheres atribuem ao corpo/aparência física foi mais ou menos fortemente atravessada pelos valores e significados do nosso sócio-cultural que supervaloriza a magreza e a boa forma física.

Pois, segundo os relatos de Renata, seu desejo de perder peso parece estar bastante relacionado às limitações concretas de sua obesidade e ao desconforto em relação ao seu comer compulsivo. Assim, ela gostaria de emagrecer, por exemplo, para conquistar uma maior agilidade e leveza, assim como uma maior liberdade em relação às roupas, já que afirmou se ver como uma mulher bonita e satisfeita com sua imagem corporal e não perseguir mais nenhum modelo.

Por outro lado, no caso de Adriana, que relatou se sentir “feia” e insatisfeita com sua imagem corporal por perceber-se “gorda”, o seu desejo de emagrecer parece estar bastante relacionado à necessidade de se adequar ao padrão de beleza atual, centrado na magreza extrema. Ela afirmou, inclusive, que a magreza “era tudo que ela queria ser” e que ela lhe daria coragem e liberdade, se sentindo mais confortável, sobretudo, nas relações sociais.

Diante disso, cabe ainda destacar, para finalizarmos essa nossa discussão, a forma como as nossas entrevistadas procuravam lidar com seus transtornos alimentares na época de suas entrevistas. Pois, tendo em vista as suas vivências e percepções em relação à sua alimentação e ao seu corpo, e, sobretudo, os sentidos que elas atribuíam ao próprio transtorno, elas pareciam estar envolvidas em processos bastante diferentes em termos de solução ou tratamento para seus distúrbios do comportamento alimentar.

No caso de Adriana, seus relatos parecem indicar a perseguição de um ideal de magreza extrema, já que se percebe “gorda” e deseja emagrecer, apesar de estar com seu IMC na faixa da normalidade. Além disso, Adriana relatou perceber o seu transtorno

alimentar como um fracasso, ou seja, uma fraqueza ou incompetência pessoal na tentativa de controlar e restringir sua alimentação e emagrecer e, para isso relatou que precisa deixar de “enrolar”, “fechar a boca” e fazer atividade física.

Parece, então, que Adriana, que estava em tratamento com uma nutricionista e uma psicóloga, acreditava que a solução para o seu transtorno alimentar era buscar, sobretudo, o auto-controle em relação à sua alimentação e o aperfeiçoamento de seu corpo/aparência física. Demonstrando, com isso, sua valorização e tentativa de adequação aos padrões sócio-culturais relacionados à alimentação, à beleza e à boa forma física.

No caso de Carla, seus relatos demonstram o seu preconceito e o seu pavor de se tornar uma mulher “gorda”, que parecem caracterizar claramente a construção de uma relação lipofóbica com seu corpo/aparência física. Carla aponta também que o seu transtorno alimentar, assim como a sua gordura/excesso de peso, significam desleixo e falta de cuidado com a alimentação e com o corpo, demonstrando também ter sido alcançada pelos valores e significados de nosso contexto contemporâneo.

Contudo, sentindo-se cansada e impotente diante das suas inúmeras tentativas de controlar sua alimentação e conquistar um corpo magro e em boa forma física através dos diversos recursos que já utilizou com esse propósito, como as dietas alimentares, a prática de jejum e os exercícios físicos, Carla atribui o sentido de “carma” ao seu transtorno alimentar e à gordura/excesso de peso. Assim, representam problemas que ela considera “não resolvíveis”, no máximo administráveis, e que ela acredita que irá carregar para o resto de sua vida e que precisará de atenção constante, como no caso do alcoolismo. Relatou, então, que estava conseguindo controlar e administrar o seu transtorno alimentar e manter o seu peso num limite aceitável, fazendo uso, por exemplo, da Sibutramina, acompanhado por sua endocrinologista e que lhe deu mais escolha e controle na relação

com a comida, e procurando evitar pensar sobre essa questão na sua vida, para não ficar mais ansiosa e infeliz.

Já no caso de Renata, fica claro que ela passou a perceber o quanto seu transtorno alimentar está diretamente relacionado a processos afetivo-emocionais, demonstrando perceber mais amplamente os diversos aspectos envolvidos no seu padrão compulsivo de alimentação. Assim, embora ainda pareça conviver com alguns sentidos que a faziam se sentir desconfortável e envergonhada, como de que seu comer compulsivo era decorrente de sua falta de força de vontade, Renata passou a atribuir outros sentidos ao seu transtorno alimentar, como de que ele representa uma válvula de escape para suas frustrações e dificuldades na relação consigo mesma e com o mundo.

Com isso, fica claro que os grupos de apoio e os profissionais de saúde com os quais conviveu contribuíram para que ela pudesse estabelecer novas formas de se relacionar com a comida e com seu corpo, procurando não mais se adequar aos padrões e valores sócio-culturais a eles relacionados. Assim, embora ainda se sinta insegura e seu comer compulsivo ainda seja uma preocupação, um problema na sua vida, ela parece estar engajada no seu tratamento psicoterápico e confiante de que ele está ajudando-a em relação ao seu transtorno alimentar, assim como de que o uso da Sibutramina, acompanhado por sua endocrinologista, está contribuindo para o controle da sua alimentação e para sua perda de peso.

## **7 – Considerações finais**

A partir das entrevistas realizadas, foi possível conhecer algumas vivências e percepções das mulheres participantes deste estudo enquanto portadoras de um transtorno alimentar. Essas vivências e percepções demonstraram que os seus quadros de transtornos do comportamento alimentar envolvem a combinação dos diversos fatores que participam

da construção da relação com a alimentação e com o corpo, confirmando a complexidade e multidimensionalidade desses distúrbios.

Os relatos de nossas entrevistadas demonstraram também a importância da dimensão simbólica da relação com a alimentação e com o corpo e, portanto, dos sentidos e significados a eles atribuídos, na configuração dos seus transtornos alimentares e na constituição de suas subjetividades. Assim, foi possível conhecer os diversos sentidos atribuídos à alimentação e ao corpo, assim como algumas semelhanças e diferenças nas formas como elas se percebiam e vivenciavam a sua condição de portadoras de um transtorno alimentar.

Percebemos também o quanto a produção de sentidos de nossas entrevistadas foi atravessada por valores e significados do contexto sócio-cultural contemporâneo, onde a alimentação e o corpo adquiriram uma grande importância e centralidade, sobretudo, pela via do consumo. Esse atravessamento dos valores e significados sócio-culturais na produção de sentidos de nossas entrevistadas parece contribuir para a construção de relações bastante conflituosas com a comida e com o corpo, que marcam os seus quadros de transtornos alimentares. Pois, da mesma forma que somos constantemente estimulados, sobretudo através da mídia, ao consumo de alimentos industrializados, utilizados, por exemplo, como fonte de prazer e para satisfação secundária de nossas entrevistadas, somos também estimulados ao controle da alimentação e do peso, na busca pelo aperfeiçoamento pessoal e pelo corpo magro, belo e saudável, o que contribuiu para que nossas entrevistadas se engajassem, por exemplo, nas mais variadas dietas de restrição alimentar.

Diante desse contexto, reconhecer-se portadora de um transtorno que envolve excessos e descontrole na alimentação e, conseqüentemente, o risco de aumento do peso e do volume corporal, contribui, muitas vezes, para o comprometimento da auto-estima e da auto-confiança dessas mulheres. Além disso, parece que quanto mais forte é esse

atravessamento dos valores e significados sócio-culturais e quanto maior é a necessidade de se adequarem aos padrões valorizados socialmente, mais essas mulheres experimentam os sentimentos de insatisfação, de culpa, de inferioridade, de incapacidade e de inadequação na relação consigo mesmas e com o mundo

Dessa forma, a participação dos valores e significados dessa nossa sociedade hedonista, consumista e paradoxal na produção de sentidos de nossas entrevistadas parece contribuir para o enredamento dessas mulheres no mito do embelezamento feminino e para que elas se envolvam em ciclos dieta-gula, que marcam seus quadros de transtornos do comportamento alimentar. Parece contribuir também para que, muitas vezes, essas mulheres acreditem que a solução para os seus problemas de alimentação e de peso é um maior controle e uma maior restrição alimentar, o que não só não resolve, como potencializa os seus quadros.

Com isso, podemos concluir que compreender as vivências e percepções das nossas entrevistadas portadoras de transtornos alimentares contribuiu para confirmar a complexidade desses distúrbios e o quanto eles não podem ser pensados ou abordados de maneira fragmentada e reducionista, mas sim de uma forma integrada, inclusiva e em suas múltiplas dimensões. Os resultados do nosso estudo parecem, portanto, apontar para a importância de se levar em conta os complexos e dinâmicos processos de significação e de constituição da subjetividade para uma melhor compreensão e abordagem dos transtornos alimentares na contemporaneidade. Para isso, entendemos como fundamental a continuidade das pesquisas sobre os transtornos alimentares que abordam os seus aspectos subjetivos, que, muitas vezes, são desconsiderados ou relegados a um segundo plano, sobretudo, pelo modelo da biomedicina.

Parece-nos também fundamental desenvolvermos propostas terapêuticas que não invistam, no caso de nossas entrevistadas, na simples remoção do comer compulsivo. Ao

contrário, centrem-se na possibilidade de compreendê-lo e reconfigurá-lo. O comer compulsivo deve, antes de tudo, ser tomado como um aliado capaz de ajudar a investigar as funções que o uso da comida possui, ou seja, capaz de ajudar a identificar que necessidades não estão sendo satisfeitas, que sentidos e sentimentos o seu padrão de alimentação envolve.

Assim, precisamos de propostas assistenciais interdisciplinares que contribuam para a produção de novos sentidos e, portanto, para a construção de novas formas de essas mulheres perceberem e vivenciarem a alimentação e o corpo. Algo que entendemos como fundamental para o resgate da sua auto-estima e auto-confiança e que contribuirá para que elas possam, então, desenvolver recursos e habilidades internas e interpessoais, possam encontrar soluções novas e mais satisfatórias para suas dificuldades, conflitos e necessidades e conquistar uma melhoria da sua qualidade de vida e até mesmo a cura de seus transtornos alimentares.

Precisamos, portanto, contribuir para uma ampliação da consciência dessas mulheres, e das pessoas de um modo geral, em relação aos diversos fatores que participam dos seus quadros de transtornos alimentares, para o desenvolvimento de um pensamento crítico em relação aos valores e significados do nosso contexto sócio-cultural que participam da constituição de suas subjetividades. Acreditamos, com isso, que uma maior conscientização em relação aos aspectos sócio-culturais que participam da etiologia dos transtornos alimentares na contemporaneidade, contribua para que, juntamente com as necessárias políticas públicas, campanhas e outras ações, seja possível mudar o panorama desses distúrbios no mundo.

## **8 – Referências bibliográficas**

ABUCHAIM, A. L. G., SOMENZI, L. e DUCHESNE M. **Aspectos psicológicos** In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed., 1998, p. 62-76.

ANDRADE, S. S. **Mídia impressa e educação dos corpos femininos**. In: LOURO, G. NECKEL, J. F. e GOELLNER, S. V. (orgs.) **Corpo, Gênero e Sexualidade – Um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003, p. 108-123.

APPOLINÁRIO, J. C. **Transtorno do comer compulsivo**. In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed., 1998, p. 40-46.

ASSUMPÇÃO - SEMINÁRIO, M. L. (org.) **Da contratransferência à criação**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2003.

AZEVEDO, A. M. C. e ABUCHAIM, A. L. G. **Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico** In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed., 1998, p. 31-39.

BALLONE, G.J. **Transtornos alimentares**. Disponível na internet em <http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html>. Arquivo consultado em 2003.

BAUMAN, Z. **O mal estar na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BORDO, S. **O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault**. In: JAGGAR, A. M. e BORDO, S. (orgs.) **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997, p. 19-41.

BOSI M. L. M e MERCADO F. J. (orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BOSI M. L. M e MERCADO F. J. **Introdução – Notas para um debate**. In: BOSI M. L. M e MERCADO F. J. (orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004, p. 23-71.

BOSI, M. L. M. e ANDRADE, A., **Transtornos do comportamento alimentar: um problema de Saúde Coletiva**. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12 (2): 197 – 202, 2004.



BUCKROYD, J. **Anorexia e bulimia: esclarecendo suas dúvidas**. São Paulo: Agora, 2000.

CANCLINI, N. G. **A globalização imaginada**. São Paulo: Ed. Iluminua, 2003.

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade: uma história da alimentação**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

CASTRO, I. **Emoções que engordam**. Revista Bons Fluidos, nº 44, janeiro de 2003, São Paulo: Editora Abril.

CEZIMBRA, M. **Loucura por comida**. Jornal da Família, 01 de março de 1998, Rio de Janeiro: Jornal O Globo.

COSTA, J. V. e AZEVEDO, R. **Complicações clínicas da anorexia nervosa e da bulimia nervosa**. In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed., 1998, p. 181-193.

COUTINHO, W. **Obesidade: conceitos e classificação**. In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed., 1998, p. 197-206.

COUTO, E. S. **Corpos modificados – O saudável e o doente na cibercultura**. In: LOURO, G. NECKEL, J. F. e GOELLNER, S. V. (orgs.) **Corpo, Gênero e Sexualidade – Um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003, p. 172-186.

CZEPIELEWSKY, M. A. **Tireoidite de Haschimoto**. Disponível na internet em <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?414>. Arquivo consultado em 2006.

D'AVILA, M. I. **Ecofeminismo: horizontes contemporâneos**. Rio de Janeiro: Série Documenta nº 8, anoVI, 1997.

DESLANDES, S. F. e GOMES, R. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde - Notas teóricas**. In: BOSI M. L. M e MERCADO F. J. (orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004, p. 99-120.

DIB, S. K. **Fim das certezas e as chances de subjetivação: trabalho enquanto futuro dos jovens num mundo em construção**. In: ASSUMPÇÃO - SEMINÁRIO,

M. L. (org.) **Da contratransferência à criação**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2003, p. 98-111.

DUCHESNE, M. **Abordagem cognitivo-comportamental** In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed., 1998, p. 139-147.

DUSCHESNE, M. **Transtornos alimentares** In: RANGÈ, B. (org.) **Psicoterapia comportamental e cognitiva dos transtornos psiquiátricos**. Campinas: Editorial Psy, 1998, p. 01-32.

FASOLO, C. e DINIZ, T. C. V. C. **Aspectos Familiares**. In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed., 1998, p. 77-85.

FIGUEIRA M. L. M. **A revista Capricho e a produção de corpos adolescentes femininos**. In: LOURO, G. NECKEL, J. F. e GOELLNER, S. V. (orgs.) **Corpo, Gênero e Sexualidade – Um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003, p. 124-133.

FISCHLER, C. A **“McDonaldização” dos costumes** In: FLANDRIN, J.L. e MONTANARI, M. (orgs.) **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, p. 841-862.

FONSECA, J. G. M. *et al* **Fenomenologia do comer** In: FONSECA, J. G. M. *et al.* **Obesidade e outros distúrbios alimentares**. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica, 2001, p. 237-256.

FONSECA, J. G. M., SILVA M. K. S. e FÉLIX D. S. **Obesidade – Uma visão geral – Parte A** In: FONSECA, J. G. M. *et al.* **Obesidade e outros distúrbios alimentares**. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica, 2001, p. 257-278.

GASPAR, F. M. P. **Obesidade e trabalho – história de preconceito e reconhecimento vividas por trabalhadores obesos**. São Paulo: Vetor, 2003.

GÖCKEL, R. **Comer demais não resolve seus problemas**. São Paulo: Cultrix, 1997.

GOELLNER, S. V. **A produção cultural do corpo**. In: LOURO, G. NECKEL, J. F. e GOELLNER, S. V. (orgs.) **Corpo, Gênero e Sexualidade – Um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003, p. 28-40.

HALL, S. **A Identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

HIRSCHMANN, J. R. e MUNTER, C. **Adeus às dietas – como superar a compulsão alimentar num mundo cheio de comida**. São Paulo: Saraiva, 1991.

LAMOUNIER, J. A. e VILELA, J. E. M. **Distúrbios alimentares na infância e adolescência** In: FONSECA, J. G. M. *et al.* **Obesidade e outros distúrbios alimentares**. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica, 2001, p. 304-307.

LINHARES, J. RIZEK, A. e MIZUTA, E. **Geração vaidade**. Rio de Janeiro: Revista Veja, 11 de maio de 2005.

MANCINI, M. **Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos**. Revista Abeso. Ano III, nº 11, dez/2002. Disponível na internet em: <http://www.abeso.org.br/revista/revista11/metodos.htm>. Arquivo consultado em 2006.

MARINHO, A, *et al.* **Pobreza engorda**. Jornal da família, 15 de fevereiro de 2004. Rio de Janeiro: Jornal O Globo.

MARTINEZ, A. M. **A teoria da subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia**. In: REY, F. G. (org.) **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005, p. 1-26.

MATOS, A. F. G. e BAHIA, L. **Tratamento médico da obesidade**. In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed., 1998, p. 207-215.

MATOS, R. M. I. **Transtornos alimentares**. Revista Viver Psicologia, nº 119, dezembro de 2002. São Paulo: Editora Segmento.

MELLO, L. T. **Satisfação com o peso corporal e bem-estar subjetivo**. Orientador: Carlos Américo Alves Pereira. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia).

MEROLA, E. **O peso da beleza**. Megazine, 20 de julho de 2004. Rio de Janeiro: Jornal O Globo.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MONTENEGRO, T. **Câncer – a humanidade contra ataca.** SuperInteressante, edição 206, novembro de 2004. São Paulo: Editora Abril.

MORGAN, C. M. e AZEVEDO, A. M. C. **Aspectos socioculturais.** In: NUNES, M. A. A., *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade.** Porto Alegre: ArtMed., 1998, p.86-93.

MORGAN, C. M. e AZEVEDO, A. M. C. **Transtornos alimentares e cultura: notas sobre a Oitava Conferência em Transtornos alimentares – New York, 1998.** Disponível na internet em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/tralimen.htm>. Arquivo consultado em 2004.

MORGAN, C. M., *et al.* **Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais.** Disponível na internet em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000700005&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700005&lng=en&nrm=isso). Arquivo consultado em 2004.

NETTO, C. A. **Psicobiologia do comportamento alimentar.** In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade.** Porto Alegre: ArtMed, 1998, p. 47-53.

NUNES, M. A. A. e PINHEIRO A. P. **Risco e prevenção em transtornos do comportamento alimentar** In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade.** Porto Alegre: ArtMed., 1998, p. 123-129.

NUNES, M. A. A. e RAMOS, D. C. **Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico** In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade.** Porto Alegre: ArtMed., 1998. p. 21-30.

ORTEGA, F. **Da ascese à bio-ascese: ou do corpo submetido à submissão ao corpo.** In: RAGO, M., ORLANDI, L. B. L. e VEIGA-NETO, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas.** Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 139-173.

ORTIZ, R. **Mundialização e cultura.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

PARIZZI, M. R. e TASSARA, V. **Obesidade na infância.** In: FONSECA, J. G. M. *et al.* **Obesidade e outros distúrbios alimentares.** Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica, 2001, p. 279-289.

PINHEIRO, O. G. **Entrevista: uma prática discursiva.** In: SPINK, M. J. (org.) **Práticas discursiva e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 1999, p. 183-214.

RAGO, M., ORLANDI, L. B. L. e VEIGA-NETO, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas.** Rio de Janeiro: DP&A, 2002

REY, F. G. (org.) **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

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

ROCHA-COUTINHO M. L. **Problematizando a diferença.** Rio de Janeiro: Série Documenta nº 7, ano IV, 1996.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C. *et. al.* (orgs.) **Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANT'ANNA, D. B. **Transformações do corpo: controle de si e uso dos prazeres.** In: RAGO, M., ORLANDI, L. B. L. e VEIGA-NETO, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas.** Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 99-110.

SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico – Corpo, subjetividade e tecnologias digitais.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

SILVA, A. B. B. S. **Mentes Insaciáveis.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

SMOLKA, A. L. B. **Parte A – Sobre significação e sentido: uma contribuição à proposta da Rede de Significações.** ROSSETTI-FERREIRA, M. C. *et. al.* (orgs.) **Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano.** Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 35-50.

SPINK, M. J. (org.) **Práticas discursiva e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, M. J. e MENEGON, V. M. **A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos** In: SPINK, M. J. (org.) **Práticas discursiva e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999, p. 63-92.

STENZEL L. M. e GUARESCHI, P. A. **A dialética obesidade/magreza: um estudo em representações sociais com adolescentes**. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis: EDUFSC, Especial Temática, p. 183-194, 2002.

TEIXEIRA, M. J. **Fome de vida: Vivências e percepções de mulheres obesas portadoras do transtorno da compulsão alimentar periódica**. Orientadora: Maria Lúcia Magalhães Bosi. Rio de Janeiro: UFRJ/NESC, 2003. Dissertação (Mestrado).

TERRA - NOTÍCIAS - CIÊNCIA E MEIO AMBIENTE **Estados Unidos serão o país dos obesos em 2010**. Disponível na internet em: <http://noticias.terra.com.br/ciencia/interna/0,,OI161593-EI298,00.html>, 16 de outubro de 2003. Arquivo consultado em 2004.

THOMÉ, C. **Preocupações dos jovens: comida e dietas**. Disponível na internet em: <http://portalweb01.saude.gov.br/alimentacao/redenutri/janeiro/19-01.pdf> . Arquivo consultado em 2005.

VELLOSO, R. **Comida é tudo**. Revista Superinteressante. nº 197, fevereiro de 2004. São Paulo: Editora Abril.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WELSCH, W. **Transculturality – the puzzling form of cultures today**. Disponível na internet em: <http://www2.uni-jena.de/welsch/Abstracts/transculturality.html>. Arquivo consultado em 2004.

WWW. SAUDE.GOV.BR. Arquivos consultados em 2004.

## **9 – Anexo**

### **9.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, JOANA MARTINS DE MATTOS, mestranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (Programa EICOS) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e bolsista do CNPq, estou realizando uma pesquisa sobre os aspectos sócio-culturais dos Transtornos alimentares. O objetivo deste estudo é compreender os significados atribuídos ao corpo e à alimentação por mulheres que sofrem destes distúrbios do comportamento alimentar.

Esta investigação se justifica pelo número cada vez maior de pessoas sofrendo com Transtornos alimentares, sobretudo mulheres, e pela necessidade de ampliação e aprofundamento da análise dos fatores sócio-culturais a eles relacionados, a partir de uma melhor compreensão dos seus significados, pois parecem exercer um importante papel no curso da sua incidência no mundo.

Para a coleta de dados, serão realizadas entrevistas individuais com mulheres jovens adultas que sofrem de Transtornos alimentares. Essas entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para serem analisadas, mantendo-se o anonimato da pessoa entrevistada. A participação da pessoa é voluntária e a ela serão fornecidos os esclarecimentos que se façam necessários e assegurado o sigilo dos dados obtidos com este estudo, de modo que as opiniões emitidas pela pessoa na entrevista estarão sob os meus cuidados e seu nome será trocado em todas as publicações referentes a mesma.

Tendo sido concluída a pesquisa, os resultados da mesma serão disponibilizados através da entrega de um exemplar da dissertação à instituição e/ou profissionais que tenham colaborado com a seleção e indicação das mulheres para as entrevistas. As mulheres entrevistadas poderão, então, ter acesso aos resultados através deste exemplar da

dissertação que estará sob os cuidados da instituição e/ou profissionais que lhe prestam atendimento. Além disso, será também entregue às mulheres participantes uma cópia do artigo que será elaborado sobre o trabalho realizado, onde constarão os resultados da pesquisa em questão.

Eu \_\_\_\_\_  
concordo em participar da pesquisa acima referida.

Rio de Janeiro (RJ), \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

JOANA MARTINS DE MATTOS  
E-mail: jo\_mattos@hotmail.com

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)  
Coordenadora (CEP-NESC): Marisa Palacios  
Tel.: (21) 2598-9328

## **9.2. Roteiro das entrevistas**

### **A. Transtorno Alimentar:**

1. O que é para você um transtorno alimentar?
2. Você considera que tem um transtorno alimentar?
3. O que você pode me falar sobre a sua história com um transtorno alimentar?
4. O que você acha que fez você desenvolver um transtorno alimentar?
5. Como você se sentia quando começou? Por quê?
6. Como você se sente hoje? Por quê?
7. O que significa para você ter um transtorno alimentar? Por quê?



**B. Alimentação:**

1. E sobre a sua alimentação, o que você pode me falar?
2. Como você se alimenta hoje? Sempre foi assim?
3. Como eram (são) os hábitos alimentares da sua família (amigos, pessoas a sua volta)?
4. Que avaliação você faz em relação à sua alimentação? Por quê?
5. Quais os sentimentos que você relaciona ao ato de se alimentar? Por quê?
6. O que significa a alimentação para você? Por quê?

**C. Corpo (aparência física/imagem corporal):**

1. Que avaliação você faz sobre o seu corpo e sobre a sua aparência física? Por quê?
2. Como você se sente em relação à sua imagem corporal? Por quê?
3. Como você acha que deveria ser o seu corpo e a sua aparência física? Por quê?
4. Qual a importância que a aparência física tem na sua vida? Por quê?
5. O que o seu corpo e a sua aparência física significam para você? Por quê?
6. O que a beleza significa para você? Por quê?
7. Você se sente uma mulher bonita? Por quê?
8. O que a magreza significa para você? Por quê?
9. O que a gordura e o excesso de peso significam para você? Por quê?