
EM DEFESA DA CLÍNICA:
A CONSTRUÇÃO DO CASO APLICADA À CLÍNICA DA
ANOREXIA E BULIMIA

ALEXANDRE COSTA VAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE
2012

ALEXANDRE COSTA VAL

**EM DEFESA DA CLÍNICA:
A CONSTRUÇÃO DO CASO APLICADA À CLÍNICA DA
ANOREXIA E BULIMIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau mestre

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador: Prof. Roberto Assis Ferreira

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

BELO HORIZONTE
2012

Val, Alexandre Costa
V135e Em defesa da clínica [manuscrito]: a construção do caso aplicada à
clínica da anorexia e bulimia. / Alexandre Costa Val. - - Belo
Horizonte: 2012.
132f.: il.

Orientador: Roberto Assis Ferreira.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Anorexia Nervosa. 2. Bulimia Nervosa. 3. Psicanálise. 4. Relatos
de Casos. 5. Relações Médico-Paciente. 6. Dissertações Acadêmicas. I.
Ferreira, Roberto Assis. II. Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WM 175

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitor: Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós Graduação: Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Renato de Lima dos Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Sub-coordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof^a. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Chefe do Departamento de Pediatria: Prof^a. Benigna Maria de Oliveira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Coordenadora: Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva

Sub-coordenador: Prof. Eduardo Araújo Oliveira

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Cassio da Cunha Ibiapina

Prof. Eduardo Araújo Oliveira

Prof. Francisco José Penna

Prof^a. Ivani Novato Silva

Prof. Jorge Andrade Pinto

Prof. Marcos José Burle de Aguiara

Prof^a. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Representante discente: Michelle Ralil da Costa

*Aos pacientes,
que me ensinam a clínica a cada dia.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Roberto Assis Ferreira, por me acompanhar nessa jornada e me ensinar a clínica, mantendo vivo o meu desejo de saber.

A toda a equipe do NIAB, em especial Mônica Lima, Bernadete Carvalho, Henrique Torres, Ana Raquel, Cristina Barra, Cristiane Cunha, Mônica Schettino e Musso Greco por dividirem comigo a clínica, segurando em minha mão durante o processo de pesquisa e escrita.

A Elisa Alvarenga, Jeferson Pinto, Ram Mandil, Nieves Soria, Carlo Viganò e Domenico Cosensa, pelo acolhimento e preciosas orientações.

Aos amigos da psiquiatria, Fernando, Daniela Botelho e Vivian, por me incentivarem a ultrapassar as fronteiras de nossas formações.

Às amigas da psicanálise, Daniela Bursztyn e Paula pelas parcerias generosas e diálogos precisos.

A Cíntia, Juan, Ana e Gagá, pelos ensinamentos sobre as possibilidades das línguas.

À Maíra, Gabi e Fernanda, por trazerem a arte à minha vida.

Aos meus pais, por me transmitirem o amor.

Ao vô Vicente, pelo exemplo de sabedoria.

Aos meus irmãos, amigos e amores, que sempre estiveram ao meu lado, tornando a vida mais leve.

RESUMO

As anorexias e bulimias, habitualmente, são quadros graves que causam impasses na condução do tratamento. Esta pesquisa tem como objetivo formalizar e investigar a metodologia da Construção do Caso Clínico, baseada na teoria psicanalítica, como instrumento de acompanhamento, de esclarecimento e intervenção na condução de situações clínicas concretas de pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos atendidos no Núcleo de Investigação de Anorexia e Bulimia da Universidade Federal de Minas Gerais (NIAB). A amostra foi proposital e incluiu um caso de Anorexia Nervosa e outro de Bulimia Nervosa. Dada as particularidades de funcionamento do NIAB, ele mesmo foi tomado como um terceiro caso clínico a partir do qual foi possível formalizar sua experiência de trabalho. A Construção do Caso Clínico, balizada pela teoria da psicanálise e pelo esforço de interdisciplinaridade, se mostrou um potente instrumento para organização de serviços assistenciais e condução do tratamento de pacientes com sintomas alimentares. Este método, ao valorizar a relação médico-paciente e as singularidades de cada caso, propõe uma retomada à clínica em um sentido clássico, diferindo-se das tentativas de universalização da medicina atual que, especialmente neste campo de investigação, não se sustentam como norteadores clínicos para a condução do caso a caso.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Psicanálise. Relatos de Casos. Relações Médico-Paciente. Dissertações Acadêmicas.

ABSTRACT

The anorexia and bulimia usually are severe and causing bottlenecks in the conduct of treatment. This research aims to investigate and formalize the methodology of the Clinical Case Construction, based in psychoanalytic theory, as a monitoring tool, clarification and assistance in the conduct of clinical conditions of patients with specific symptoms anorexics and bulimics treated at Nucleus Research of Anorexia and Bulimia of the Federal University of Minas Gerais (NIAB). The sample was purposive and included one case of Anorexia Nervosa and another of Bulimia Nervosa. Given the peculiarities of functioning of NIAB, it was taken as a third clinical case from which it was possible to formalize its work experience. The Clinical Case Construction, guided by the theory of psychoanalysis and the interdisciplinary effort, proved to be a powerful tool for organizing health care services and for conduction of treatment of patients with eating symptoms. This method, to enhance the physician-patient relation and the uniqueness of each case, proposes a return to the clinic in a classical sense, differing itself from attempts to universalize of the current medicine that, especially in this field of research, don't hold as guiding clinical for driving the case by case.

Key-words: Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Psychoanalysis. Case Reports. Physician-Patient Relations. Academic Dissertations.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3 QUESTÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE ANOREXIA E BULIMIA	23
3.1 História	23
3.2 Características clínicas e diagnóstico	26
3.3 Epidemiologia	35
3.4 Etiologia	38
3.5 Tratamento	41
3.6 Contribuições da psicanálise	48
3.6.1 <i>Sintoma – de Freud a Lacan</i>	48
3.6.2 <i>O contemporâneo</i>	52
3.6.3 <i>A anorexia clássica e o novo sintoma anoréxico</i>	54
3.6.4 <i>A dismorfofobia</i>	57
3.6.5 <i>Feminino e puberdade: fatores de risco?</i>	59
3.6.6 <i>Os princípios no tratamento</i>	63
4 METODOLOGIA	66
4.1 A Construção do Caso Clínico como forma de Pesquisa em Psicanálise	66
4.1.1 <i>Introdução</i>	66
4.1.2 <i>Analisar: criar um saber sobre a pulsão</i>	68
4.1.3 <i>Construções sobre a verdade histórica</i>	71
4.1.4 <i>Criar/construir um saber sobre a verdade do sujeito</i>	73
4.1.5 <i>A veracidade da Construção do Caso Clínico</i>	74
4.1.6 <i>A Construção do Caso e o manejo da verdade por um saber que não se completa</i>	76
4.1.7 <i>A Construção do Caso e a política do analista</i>	76
4.1.8 <i>A Construção do Caso e o tempo</i>	77
4.1.9 <i>A escrita, a redução do caso e a sua validação como método</i>	80
4.1.9.1 <u>Relato da história</u>	82
4.1.9.2 <u>Supervisão</u>	83
4.1.9.3 <u>Reunião de equipe</u>	83

4.1.9.4 <u>Aprendendo com o paciente</u>	84
4.2 Aplicação do método: local da pesquisa, amostra, aspectos éticos	85
5 RESULTADOS	87
5.1 Caso Bia: a senhorita factícia	87
5.1.1 O caso	87
5.1.2 Comentários	90
5.2 Caso Ana: a pequena equilibrista	96
5.2.1 O caso	96
5.2.2 Comentários	100
5.3 O trabalho em equipe: a experiência do NIAB	110
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	121
ANEXO A – Declaração de aprovação	133
ANEXO B – Ata da defesa	134

*“Se uma pessoa fizesse apenas o que entende,
jamais avançaria um passo.”*

Clarice Lispector

1 INTRODUÇÃO

A anorexia e, posteriormente, a bulimia têm sido objeto de interesses e controvérsias no campo médico e psiquiátrico há mais de 300 anos. Esses quadros, classificados na psiquiatria atual como transtornos alimentares, levantam diversas questões relativas à natureza de suas anormalidades e de suas verdadeiras motivações.

A crescente publicidade na mídia e o aumento da demanda de tratamento de pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos, dos mais variados grupos socioeconômicos, nos serviços públicos de saúde do Brasil tornam atual a discussão quanto às estratégias de tratamento. Apesar dos diversos avanços tecnológicos da psiquiatria atual, que valorizam a biologia molecular e a neuroimagem, quase não houve mudanças no prognóstico desses quadros. Os prejuízos clínicos, sociais e pessoais na vida de sujeitos caracteristicamente jovens, o curso longo e variável e o prognóstico reservado requerem planejamento terapêutico mais eficaz e alocação de recursos humanos e financeiros, tornando o tema relevante para o desenvolvimento de pesquisas.

Em 2009, acompanhei o trabalho desenvolvido na *Comunità Terapeutica La Vela di Moncrivello*, dispositivo italiano dedicado ao tratamento de transtornos alimentares. Nessa época, tive a oportunidade de dialogar com Domenico Cosenza, psicanalista coordenador desse serviço, que me incentivou a pesquisar sobre o assunto. Nesse mesmo período, conheci Carlo Viganò, psiquiatra e psicanalista italiano que sustentou, durante grande parte de sua vida, um trabalho de articulação entre psicanálise e medicina e que, com extrema generosidade, compartilhou comigo sua experiência, animando a pergunta inicial da pesquisa.

Há três anos, trabalho no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (NIAB), vivenciando os impasses da clínica com jovens que apresentam sintomas anoréxicos e bulímicos e investigando abordagens terapêuticas que contribuam para o entendimento e melhora em seus prognósticos. É nesse território fértil que pude desenvolver meus questionamentos e consumir o trabalho de pesquisa.

Tendo em vista que o entendimento da anorexia e bulimia convoca diversos campos do saber, elegi a clínica como ponto de articulação entre as diversas disciplinas. Embora a palavra clínica seja frequentemente utilizada na assistência à

saúde, minha pergunta inicial surgiu exatamente desse termo, o que impôs um percurso pela história das minhas áreas básicas de formação: a medicina e a psiquiatria.

A origem etimológica da palavra clínica encontra-se no termo grego *Klinein*, que significa leito, e carrega consigo a ideia de que a clínica é aquilo que acontece junto ao leito do paciente. Ou seja, a presença do paciente é a referência fundamental da clínica, afinal, é no contato do médico com o caso a caso que se depreende aquilo que não está escrito nos livros (VIGANÒ, 1999).

Em *O Nascimento da Clínica*, Michael Foucault utiliza esse título para relatar o nascimento do discurso médico (FOUCAULT; MACHADO, 2008). Embora a medicina seja uma prática social milenar, fundada por Hipócrates, foi no final do século XVIII que ela começou a trabalhar com uma metodologia mais rigorosa, constituindo um corpo teórico mais consistente. A transformação social ocorrida com o advento da sociedade burguesa atinge o discurso médico, orientando-o a partir da razão e da experiência. Nesse período ocorreram diversas descobertas e elaborações que possibilitaram a instrumentalização médica que temos hoje.

Philippe Pinel (1745-1826) foi o primeiro médico a formalizar os fundamentos da clínica nos moldes da modernidade, estruturando-a como experiência baseada no método proposto por Condillac. Para esse filósofo, o conhecimento é um processo em que a percepção dos fenômenos que constituem a realidade é descrita através da linguagem. Nesse sentido, Pinel estrutura a clínica como a experiência que privilegia o olhar, tentando traduzir o visível no enunciável e, a partir daí, agrupar os fenômenos percebidos e classificá-los através das nomeações. Apesar desse médico compartilhar com os empiristas a desconfiança em relação à possibilidade de que a realidade fosse completamente apreendida pelo conhecimento e pela linguagem, foi ele quem sustentou o método clínico como caminho consciente e sistemático em direção à busca de uma descrição que mais se aproximasse do real (BARRETO, 1999).

Xavier Bichat (1771-1802) fundou o método anatomoclínico. Ao apoiar a clínica na anatomia patológica, estabeleceu um fundamento objetivo para descrição das doenças, permitindo correlacionar os sintomas com os achados no corpo. Assim, o método passa a se distanciar daquele em que a análise se apoiava apenas nas palavras ou em percepções susceptíveis de serem transcritas em uma linguagem. Nesse momento, segundo Foucault, a doença se desprende da

metafísica e deixa de ser parte do invisível, passando a ter como referência a morte. O prestígio conferido à dissecação de cadáveres e ao olhar objetivo possibilitou o primeiro discurso científico sobre o indivíduo (BARRETO, 1999). Desde então, esse passou a ser o modelo hegemônico na medicina, contando com contribuições marcantes como as de Rudolf Virchow (1821-1902), pai da patologia celular, Robert Koch (1843-1910) e Louis Pasteur (1822-1895), pais da microbiologia, Claude Bernard (1813-1878), pai da fisiologia e Ehelich (1854-1915), pai da farmacologia.

Assim, o estudo das doenças, antes meramente descritivo, evoluiu sucessivamente para os critérios anatomoclínico, fisiopatológico e etiopatogênico, deslocando-se das proximidades do leito dos pacientes para os laboratórios. Além de buscar a correlação dos dados clínicos com as lesões dos órgãos, com as alterações de suas funções e com as prováveis causas das enfermidades, os médicos passaram a se interessar pela explicação dos mecanismos intermediários das doenças com base nas alterações funcionais e bioquímicas, o que impulsionou a evolução da terapêutica. Desde então, entende-se que os sintomas não apenas se relacionam com as lesões, mas que eles também podem prescindir delas, fato que constitui um marco para a medicina biológica (PIMENTA; FERREIRA, 2003).

Os conhecimentos acumulados no século XIX foram seguidos da era tecnológica do século XX, época em que a medicina científica progrediu mais que em toda a sua história. Essas transformações não são explicadas apenas pelas mudanças na produção do conhecimento médico, mas também por uma série de alterações na organização da sociedade e da própria profissão médica. A medicina, que há algum tempo era foco de intervenção do Estado, passou a receber consideráveis investimentos decorrentes de interesses econômicos, deixando de ser uma profissão liberal (PIMENTA; FERREIRA, 2003). Os novos exames, as novas técnicas e os novos aparelhos proliferaram de tal forma que a medicina foi ficando cada vez mais fragmentada em áreas específicas de atuação. Apesar dos avanços técnicos, o médico foi se distanciando de seus pacientes. Aquele que transitava nas diversas áreas viu sua autoridade e prestígio declinarem em benefício de especialistas que passaram atuar como verdadeiros engenheiros de um organismo decomposto como máquina (LACAN, 2001).

A medicina científica consolidou-se como prática dominante em 1910 com a implantação do modelo de Flexner no ensino médico. Desde então, o modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, tornou-se a base da educação médica,

reduzindo o espaço dedicado às dimensões sociais, psicológicas e econômicas da saúde. A postura positivista foi assumida e o único conhecimento reconhecido passa a ser aquele produzido pelo método científico. Nesse contexto, surge a Medicina Baseada em Evidências que promove a ideia de verificar as intervenções a partir de estudos estatisticamente significativos. Para isso, tornou-se necessário a objetivação do quadro clínico e da ideia de cura, eliminando a influência de qualquer viés que escape ao controle, incluindo os fatores subjetivos relacionados à doença e à relação médico-paciente. A partir disso, tornou-se possível a criação de um protocolo de tratamento homogêneo e previsível.

No entanto, sabemos que a doença é um fenômeno humano que não se restringe aos eventos biológicos, envolvendo as reações relacionadas à subjetividade e ao meio de cada um. Quando pensamos na cura que se espera da medicina, essa ideia se torna especialmente verdadeira. Michael Balint (1896-1970) já enfatizava a importância da relação médico-paciente no tratamento ao ressaltar que o médico, ao prescrever, receita a si mesmo (LACAN, 2001). Essa relação sofreu as consequências do desenvolvimento tecnológico e científico, perdendo a sua importância na formação médica.

Talvez, o modelo médico atual, centrado no diagnóstico e na terapêutica medicamentosa, funcione para quadros agudos como, por exemplo, a otite média. Nesse caso, o médico irá avaliar um único problema, solicitará os exames adicionais necessários e apresentará um plano de tratamento padrão para o paciente, geralmente, de curto prazo (BARLOW, 2007). No entanto, quando as definições do sintoma e da cura entram na competência clínica do caso a caso, esse modelo perde o valor preditivo real, convocando a expansão da atitude e do método científico (VIGANÒ, 2010b).

Os quadros psiquiátricos encarnam de forma paradigmática essa ideia, uma vez que a prática envolve decisões mais qualitativas do que quantitativas. A psiquiatria, apesar de ser considerada uma especialidade da medicina, apresenta algumas particularidades de sua clínica que merecem ser destacadas. Dada a especificidade de seu objeto, o seu fundamento nunca foi o método anatomoclínico, embora essa possibilidade sempre estivesse em seu horizonte (BARRETO, 2010).

Diante da loucura, Pinel permaneceu com sua crença no método clínico, considerando que no adoecer psíquico haveria um distúrbio funcional no sistema nervoso central que poderia ou não ser decorrente de uma lesão estrutural. Trata-se

da posição funcionalista mais radical da história da psiquiatria que marcou de forma decisiva essa disciplina. Assim, o nascimento da psiquiatria se deu a partir do método clínico e do postulado funcionalista, privilegiando o olhar e a descrição fenomenológica. Foi inaugurada com a obra pineliana *Tratado Médico-Filosófico da Alienação Mental (1801)* (BARRETO, 2010).

Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), o mais ortodoxo dos discípulos de Pinel, introduziu uma concepção psicopatológica da loucura dualista, ou seja, a etiologia poderia ser decorrente de um distúrbio funcional ou de uma lesão cerebral. Dessa forma, revigorou a concepção organicista e naturalista do adoecer psíquico, reagindo à doutrina radicalmente antiorganicista do mestre (BERCHERIE, 1989).

Pinel e Esquirol foram os grandes nomes desse período inicial da clínica psiquiátrica. A partir daí, as escolas francesas e alemãs passaram a estudar e descrever as doenças mentais de forma mais densa, fundamentando a nosologia psiquiátrica.

Wilhelm Griesinger (1817-1868), fundador da escola clássica da psiquiatria alemã, encorajado pela descoberta da paralisia geral de Bayle, postula sua hipótese anatomista radical de que todas as doenças mentais eram doenças do cérebro. Dividiu as doenças mentais entre aquelas que já apresentavam substratos anatomopatológicos comprovados e aquelas em que esse achado estava por ser detectado. Enquanto as obras de Pinel e de Esquirol caracterizavam-se por um estilo literário, a de Griesinger apresentava as características de um manual prático, tal como prevalece nos dias de hoje (MARTINEZ, 2006). Emil Kraepelin (1855-1926) deu sequência a este trabalho, descrevendo detalhadamente os sintomas e a organizando os achados clínicos conforme o modelo médico.

A partir do século XIX, a psiquiatria passa a ser marcada por calorosas discussões entre organicistas e idealistas. A teoria organicista contou com outros nomes além de Griesinger como, por exemplo, Von Krafft-Ebing (1840-1902), Wernicke (1848-1905) e Korsakov (1854-1900). A concepção idealista, que afirmava que os distúrbios mentais decorriam de mecanismos psicológicos, teve representantes como Freud (1856-1939), Jung (1884-1958), Melanie Klein (1882-1960) e Otto Rank (1884-1939). Muitos cientistas, a exemplo de Esquirol (1772-1840), Herbart (1776-1841), Jean Pierre Falret (1794-1870), Morel (1809-1873), Eugen Bleuler (1856-1939) e Gilles de La Tourette (1857-1904), adotaram uma

posição menos radical, entendendo que os mecanismos biológico e psíquico atuavam conjuntamente na determinação do fenômeno saúde-doença.

A efervescência desse movimento descritivo na psiquiatria definiu classes com limites mais amplos que permitiram certa circulação dos aspectos subjetivos envolvidos nas doenças da alma. Mesmo Griesinger, com sua teoria organicista radical, usou como referência as concepções psicológicas de Herbart, antecipando as teses que, um século depois, seriam retomadas por Sigmund Freud, como por exemplo, a teoria do ego (MARTINEZ, 2006).

Aliás, muitas das classes estabelecidas na psiquiatria clássica foram apropriadas por Freud para a construção da clínica psicanalítica. Esse neurologista realizou um corte epistemológico no entendimento do adoecimento psíquico, uma vez que propôs um desdobramento do olhar para a escuta, dando prosseguimento à investigação psicopatológica nesse campo (BERCHERIE, 1989). Freud explicitou isso ao comentar que a psicanálise estaria para a psiquiatria assim como a histologia está para a anatomia: “uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células” (FREUD, 1996h, p. 262). Dito de outra forma, os fenômenos seriam apreendidos pela psiquiatria e a estrutura, pela psicanálise.

Paul Bercherie (1989), em seu inventário dos legados da história do saber psiquiátrico, reserva o termo clínica para a psiquiatria clássica, destacando que ele se refere ao postulado básico de que os distúrbios mentais devem ser concebidos como uma variedade particular dos distúrbios somáticos, podendo ser descritos e decompostos em elementos mais simples e, a partir daí, agrupados e classificados. No entanto, sugere que a natureza dessa orientação leva em si o germe de seu fracasso. Afinal, uma vez que a loucura passa a ser entendida como uma doença, a busca por um caso típico se revela uma raridade ou simplesmente uma construção falaciosa do observador. Nesse sentido, retoma aquela discussão proposta pelos empiristas de que a linguagem jamais esgotaria a realidade. Bercherie conclui que, diante da impossibilidade de um sistema classificatório totalitário que abarcasse verdadeiramente a realidade da prática e de uma definição etiológica do distúrbio em causa, a clínica no sentido clássico vai se extinguindo cerca de meio século após sua origem em Pinel:

O resultado conjunto dos impasses da clínica, da urgência doutrinária e das perspectivas do pragmatismo terapêutico foi fazer com que a clínica desaparecesse lentamente – primeiro seu espírito, depois o seu conteúdo. Abramos um manual clássico de psiquiatria: trata-se mais de um maço de documentos concretos, descritos e analisados, do que de um tratado de psicologia patológica, como nossas obras modernas, sem exemplos, sem relatos e casos clínicos, sem ilustração, sem um plano de exame ou um verdadeiro inventário semiológico. Já faz algumas décadas que a psiquiatria começou a se envergonhar da clínica pura, da simples observação, do olhar; (...).(BERCHERIE, 1989, p. 317).

É notável que a clínica da observação se encontra terminada desde 1920, uma vez que, desde então, não se descobriram novas entidades nosológicas, embora ainda se tente. A partir daí a psiquiatria passa a caminhar no sentido de estabelecer de forma mais clara os seus conceitos, tornando as tábuas de orientação mais sistematizadas, rígidas e, conseqüentemente, empobrecidas.

A psiquiatria atual resulta da tentativa de aproximação do saber psiquiátrico ao modelo da medicina tecnológica onde o diagnóstico se torna mais objetivo e estável, possibilitando estudos clínicos controlados que garantam tratamentos padronizados baseado em evidências científicas. O marco dessa transformação foi a criação do *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais III (DSMIII)*, em 1980, que visava o estabelecimento de um manual com uma perspectiva descritiva e atórica. Uma vez que o saber psiquiátrico não conhecia nem a etiologia nem o processo de adoecimento psíquico, criou-se uma classificação baseada em fenômenos facilmente observáveis na clínica e que pudessem ser descritos sem qualquer referência teórica específica. Esse manual atenderia não só aos interesses dos psiquiatras que precisavam estabelecer uma delimitação mais precisa da fronteira entre o normal e o patológico e, conseqüentemente, do campo de ação da psiquiatria, mas também aos interesses da indústria farmacêutica, que necessitava distinguir as pessoas que deveriam tomar medicamentos daquelas em que esse tipo de intervenção não se justificaria (AGUIAR, 2004).

Nesse momento, se consolida o que conhecemos hoje como psiquiatria biológica, em que o paciente é reduzido a uma série de sinais e sintomas que se enquadram em categorias homogêneas com tratamentos baseados em dados empíricos comprovados através de estudos reconhecidos no meio científico. Desde então, a psiquiatria tornou-se uma das áreas da medicina onde o vocabulário mais se difundiu na sociedade com a promessa ilusória de que o aparato das

neurociências seria suficiente para esgotar o real envolvido na subjetividade humana (AGUIAR, 2004).

Em 1994, a Associação Psiquiátrica Americana (APA), dando continuidade ao rompimento das discussões relacionadas com a etiologia do adoecer psíquico, caras aos psiquiatras clássicos, publica o DSM IV. Embora esse manual tenha uma continuidade conceitual com o DSM III, sua pretensão ultrapassa a de simplificar a comunicação entre pesquisadores e clínicos da área, incluindo a de servir como suporte educacional para os ensinamentos de psicopatologia (AGUIAR, 2004).

Em pouco tempo, o DSM IV passou a ser o operador clínico fundamental da psiquiatria atual. Esse manual propõe que a avaliação do paciente seja realizada a partir de diversas variáveis, dispostas em cinco eixos. O primeiro consiste no transtorno psiquiátrico principal; o segundo, nos transtornos de personalidade e retardo mental; o terceiro, nas condições médicas gerais; o quarto, nos problemas psicossociais e ambientais; o quinto, no funcionamento do paciente em determinado período (SADOCK, B.; SADOCK, V.; DORNELES, 2007).

Atualmente, os programas de residência médica em psiquiatria têm como foco os diagnósticos e algoritmos do DSM IV seguidos da prescrição de medicamentos, o que leva à redução da ênfase dada a coleta da história dos pacientes e as possíveis intervenções psicoterapêuticas (AGUIAR, 2004). É verdade que esse manual tenta resgatar um pouco disso que se perdeu através das variáveis do eixo IV, no qual se propõe um levantamento dos fatores psicossociais e ambientais que contribuem para o desenvolvimento e exacerbação do transtorno em questão. No entanto, na maioria das vezes, essa avaliação é pouco lembrada e, quando realizada, acontece de forma superficial.

É indiscutível que o maior conhecimento do funcionamento cerebral e o avanço da psicofarmacologia propiciam um espaço onde é possível criar tratamentos mais eficazes para os pacientes que sofrem de transtornos psiquiátricos. No entanto, é fundamental que a clínica permaneça em seu sentido clássico, ou seja, considerando o caso a caso com suas singularidades e ensinamentos apreendidos a partir da relação médico-paciente. Para isso, o clínico deve se permitir ser atravessado por outros saberes sobre a subjetividade sem enclausurar a escuta, a observação e as intervenções em um aparato teórico-cientificista que concebe o humano como um efeito exclusivo de determinantes biológicos.

Nesse contexto podemos localizar os denominados transtornos alimentares que incluem toda sorte de anorexias, bulimias e obesidades. Trata-se de quadros crônicos que cursam com importantes prejuízos físicos e psíquicos para saúde dos pacientes, convocando médicos clínicos e psiquiatras a se integrarem em um tratamento que, habitualmente, é marcado por impasses. A etiologia é complexa e multifatorial e os determinantes subjetivos do adoecimento são evidentes. Embora a medicina conheça bem a fisiologia da alimentação e os ideais dietéticos para um funcionamento adequado do organismo, há algo que fracassa nas abordagens protocolares. Dessa forma, fica evidente que, muito mais que uma questão meramente alimentar facilmente quantificável pela ciência, o que está em jogo é o reflexo de uma relação singular da constituição subjetiva do sujeito com o seu corpo e que escapa a qualquer tentativa de universalização. Não é por acaso que mesmo os protocolos que partem de uma concepção mais biológica destacam a importância de se flexibilizar as abordagens terapêuticas (BARLOW, 2007).

Esses pacientes, ao colocarem à prova qualquer tentativa de normatização científica, nos convocam a lembrar a essência da clínica: afinal, é a partir de uma postura clínica, calcada na relação médico-paciente, que é possível apreender as singularidades de cada um, individualizando suas moléstias e criando estratégias eficazes para condução de seus tratamentos. É nessa direção que apostei na Construção do Caso como um método de trabalho em equipe, fundamentado na relação do sujeito com os profissionais e instituições envolvidas em seu tratamento, que leve em consideração as singularidades de cada um.

A psicanálise foi tomada como referência teórica não só por uma escolha pessoal, mas também por ela se adequar ao modelo eminentemente prático que este estudo assumiu. No campo psicanalítico, a investigação clínica sempre esteve intimamente associada à prática terapêutica e à teorização sobre o psíquico, o que Freud demonstrou através do estudo minucioso de casos que se tornaram paradigmáticos e influenciaram a produção de seu arcabouço teórico. Além disso, sua característica de priorizar o sujeito permite a articulação dos diversos saberes de uma equipe interdisciplinar, mantendo um espaço esvaziado de qualquer saber prescritivo, onde o singular pode aparecer, o que está em consonância com a proposta dessa pesquisa.

Vale ressaltar que a maioria dos serviços de referência em atendimento de pacientes com sintomas alimentares tem se constituído com múltiplos profissionais,

no entanto, o trabalho interdisciplinar nem sempre é constatado. No NIAB, a Construção do Caso tem proporcionado uma interlocução bem sucedida entre as diversas áreas, experiência que merece ser formalizada.

Fundamentar um método clínico que valorize a transferência e a abordagem das singularidades do caso se justifica pelas contribuições lapidárias que ele pode trazer para a condução de casos difíceis e que desafiam os saberes preestabelecidos, especialmente no campo da Saúde Mental. Conforme indica Viganò (2010), seguir o caminho inverso daquele proposto pela ciência, tanto no tratamento quanto na sua avaliação, significa uma renúncia à ilusão de que tudo é possível, como gostaria a atribuição imaginária dada aos números oriundos dos ensaios estatísticos (VIGANÒ, 2010b). Foi entre essa distância entre um máximo de dessubjetivação à subjetivação em um caso único que se deu o percurso deste trabalho.

Para isso, parti da história do comportamento alimentar na humanidade para chegar ao estado atual do conhecimento científico em relação à anorexia e bulimia, caminho fundamental para elucidar que ainda há muito que se investigar em relação ao entendimento e condutas terapêuticas para esses quadros. A literatura médica, embora seja rica em dados estatísticos, ao ignorar a dimensão de gozo que existe na relação do sujeito com o seu corpo, produz interpretações que, muitas vezes, não se sustentam como indicações clínicas para a condução do caso a caso (FERREIRA, 2012; LACAN, 2001). Seguindo a ideia de que a psicanálise pode possibilitar ao médico uma prática clínica mais fina e dar outra direção de tratamento das novas formas de adoecer, insiro as contribuições dessa disciplina no campo dos sintomas alimentares. Em seguida, fundamento a metodologia da Construção do Caso e a aplico em duas situações clínicas concretas. A escrita final dos casos consiste em uma tentativa de tornar legível aquilo que não pode ser mensurável. A partir daí, procuro formalizar a experiência clínica do NIAB, tomando o próprio serviço como um caso clínico a ser estudado.

Assim, lanço o convite do retorno à clínica e à originalidade de sempre da posição do médico na sua relação com os pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar a Construção do Caso como instrumento de acompanhamento, de esclarecimento e intervenção na condução clínica de casos concretos de pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos atendidos no NIAB.

2.2 Objetivos específicos

- Contribuir para a estruturação e formalização do modelo de trabalho, pesquisa e assistência desenvolvido no NIAB.
- Investigar a abordagem psiquiátrica atual preconizada nos transtornos alimentares e compará-la com a abordagem interdisciplinar, a partir do trabalho desenvolvido no NIAB.
- Procurar detectar a importância dos aspectos subjetivos na etiologia da anorexia e bulimia, a partir do acompanhamento de casos concretos e do diálogo com a psicanálise, destacando o que esse campo do saber pode contribuir na condução clínica destes pacientes.
- Investigar norteadores clínicos pautados na ética, estabelecendo perspectivas possíveis que orientem o acompanhamento dos pacientes a partir do diálogo com diversos campos do saber.

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

Guimarães Rosa

3 QUESTÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE ANOREXIA E BULIMIA

3.1 História

Nos primórdios da humanidade, os homens devoravam suas presas como qualquer outro animal. No período paleolítico, com o manejo do fogo, passaram a se organizar em grupos para conquistar o alimento e reparti-lo. Desde então, a refeição se tornou um importante dispositivo de vínculo social, assumindo funções que ultrapassam a simples necessidade de se alimentar. Na medida em que ocorre a marca simbólica do laço social, a fome e o próprio ato de se alimentar se materializam na cultura com os seus mais diversos significados. Portanto, o que se come torna-se tão relevante quanto onde se come, com quem se come, quando se come, como se come, quanto se come e a qualidade daquilo que se come (CARNEIRO, 2003).

Os comportamentos alimentares excêntricos nem sempre foram entendidos como patológicos. Em se tratando de comida, quando se pensa na Antiguidade Clássica, logo nos remetemos aos grandes banquetes dos gregos e romanos. As mesas eram fartas e não havia limites para a comilança regada a muito vinho. Eram verdadeiros espetáculos com músicos, bailarinos e, até mesmo, gladiadores, criando um espaço lúdico essencial para a agregação social e demarcação da hierarquia dos frequentadores. Nessa época, os romanos criaram o *vomitorium*, espaço reservado aos vômitos para aliviar os excessos alimentares e possibilitar o retorno ao festejo.

Na literatura religiosa também encontramos uma relação especial com a comida nos relatos das santas jejuadoras que praticavam restrições alimentares e autoflagelações com o propósito de alcançar a perfeição espiritual e, assim, se aproximar de Deus. Catarina de Sena, jovem italiana, tornou-se um paradigma no universo religioso. Ela morreu aos 33 anos após longo período de abstenção alimentar atrelado a diversas experiências místicas, sendo canonizada no século XIV pela Igreja Católica (WEINBERG; CORDÁS, 2006). No século XIX, na Serra da Piedade do estado de Minas Gerais, ocorreu algo parecido segundo o relato poético do botânico francês Auguste de Saint-Hilaire (1833). Conhecida como Irmã Germana, uma jovem passou grande parte de sua vida recusando-se a se alimentar como forma de devoção à Virgem. Morava em um asilo na Serra da Piedade e,

periodicamente, entrava em uma espécie de estado de êxtase: cruzava os braços e os pés em forma de cruz, ficando nessa posição durante 48 horas sem fazer movimento, proferir palavras ou ingerir qualquer alimento. Os rumores se espalharam pelas redondezas e não tardou para que ela fosse considerada uma santa. A veneração aumentou após dois médicos cirurgiões locais declararem que o estado de Germana era sobrenatural. Não demorou para que outro médico refutasse a ideia, dividindo a opinião pública. Fato é que até hoje se ouve falar dessa santa que habitou o nosso território montanhesco (SAINT-HILAIRE, 2011).

Franz Kafka também despertou o interesse nesse campo. Alguns estudos baseados em sua obra, cartas e diários sugerem que ele apresentava graves sintomas anoréxicos. Esse detalhe não ofusca a genialidade poética desse autor que, por coincidência ou não, nos presenteou com o conto *O Artista da Fome*. Nessa obra de ficção, a capacidade de prescindir da comida parece provocar no protagonista uma sensação de superioridade narcísica alimentada pela admiração generalizada da multidão. A escrita delicada nos conduz a uma viagem ao mundo medieval, de onde se depreende algo muito atual: a banalização do comportamento obscuro desse artista, a ponto de deixá-lo desinteressante e fadado ao ostracismo. Ao final, o grande artista morre de inanição, em um estado de completo abandono (FICHTER, 1987; KAFKA, 2004).

Esse breve percurso literário evidencia que os comportamentos alimentares apresentam uma diversidade de objetivos e significados de acordo com a cultura, com a época e com a subjetividade de cada um.

O advento da ciência no século XVII fez com que o discurso médico se interessasse por esses comportamentos. Em 1689, Richard Morton relatou dois casos com apresentação psicopatológica compatível com anorexia nervosa. Curiosamente, um dos casos era de um jovem do sexo masculino, o que contraria a ideia de que esse transtorno acometia apenas as mulheres (ANDERSEN, 1990). A falta de apetite passou a ser entendida pela medicina como uma doença específica após a divulgação de dois importantes estudos.

William Gull já havia relatado um caso que denominou como aepsia histórica, mas foi em 1873 que cunhou o termo anorexia nervosa, ressaltando que poderia acometer homens e mulheres. Para o diagnóstico o médico inglês se preocupava em descartar tuberculose ou doenças intestinais e detectar a diminuição das funções vitais (depressão do pulso e da respiração, baixa temperatura e

amenorreia), o que poderia fazer com que a evolução do quadro fosse fatal. Quanto ao tratamento, defendia a separação do paciente do ambiente domiciliar e a alimentação forçada (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Nessa mesma época, Charles Lasègue, neurologista francês que se dedicou ao estudo da histeria, publicou um artigo com oito casos de jovens entre 18 e 32 anos com anorexia histérica. O relato cuidadoso e poético desse médico traz preciosos comentários sobre o funcionamento psíquico das anoréxicas. Diferente de Gull, a anorexia era entendida como uma das manifestações possíveis das mulheres histéricas. É curioso reparar que, apesar de sua descrição detalhada, não há qualquer referência ao que hoje se consideram critérios fundamentais para o diagnóstico desse transtorno: a insatisfação com a imagem corporal e o medo exagerado de ganhar peso. Nesse artigo, Lasègue (1873) nos brinda com sua intuição clínica ao descrever o comportamento de suas pacientes como “uma quietude – eu diria quase um contentamento – verdadeiramente patológico” (LASÈGUE, 2000, p. 277). Com esse comentário, o médico capta a dimensão do prazer associado àquilo que nos faz sofrer como um organizador fundamental do psiquismo. Lasègue localizava a angústia, ausente nas pacientes, nos amigos, familiares e médicos. Quanto ao tratamento, defendia uma conduta mais expectante, justificando que “o excesso de insistência evoca um excesso de resistência” (LASÈGUE, 2000, p. 276). Ressaltava que o quadro era uma perturbação mental, o que tornava ineficazes todos os esforços médicos isolados de uma abordagem psicológica. Dessa forma, o médico enfatiza os aspectos psíquicos envolvidos nesses quadros (GUTMAN, 2009; LASÈGUE, 2000; PEREIRA, 1998).

Etimologicamente, anorexia deriva do grego *an*, que significa ausência, e *orexís* apetite ou desejo. No entanto, diferente do que pensava Lasègue, as anoréxicas não apresentam uma real perda de apetite até os estágios mais avançados da doença, mas sim uma recusa deliberada em ingerir alimentos com o objetivo de ter um corpo magro. Além disso, a clínica evidencia diversos casos onde a recusa aparece como uma forma de sustentação do desejo¹. Atualmente, o termo é usado no meio médico para definir tanto um sintoma inespecífico que pode estar presente em diversos quadros orgânicos e psiquiátricos como também associado ao

¹ Nesse caso, o termo desejo é usado de acordo com a concepção psicanalítica e será elucidado no tópico Contribuições da Psicanálise, p.55.

termo *nervosa* para definir uma síndrome psiquiátrica bem estabelecida, com critérios definidos.

Cerca de um século após a primeira descrição da anorexia, Gerald Russell (1979) descreve a bulimia nervosa como uma entidade nosológica separada. Nesse artigo, embora haja uma descrição muito similar à da psiquiatria atual, o autor levanta a hipótese de que esse quadro seria uma evolução da anorexia, algo controverso na literatura atual (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

O termo bulimia deriva do grego *bous*, que significa boi, e *limos*, que significa fome. Essa ideia está em consonância com os relatos das bulímicas de que nos momentos de compulsão alimentar chegam a devorar, em um curto espaço de tempo, uma quantidade de alimentos similar ao que uma família consumiria.

O estudo da anorexia e bulimia através da história e de referências clássicas traz à tona alguns esclarecimentos e muitas dúvidas que ainda rondam a comunidade científica. Ao longo dos séculos, os médicos se depararam com quadros semelhantes aos da atualidade, interpretando-os de acordo com as crenças culturais do momento em que viveram. A questão que se evidencia é que se trata, realmente, de uma mesma patologia que se modifica ao longo do tempo. Sem dúvida, isso desperta um maior interesse pelo estudo da psicopatologia a partir de uma perspectiva cultural, valorizando não apenas a fenomenologia clínica, mas também a linguagem que marca a inserção do humano na civilização e as vicissitudes de uma determinada época.

De qualquer forma, carregando consigo ou não o antigo e o novo, o variável e o estável, os gregos e romanos, as santas jejuadoras, os artistas da fome ou as anoréxicas e bulímicas atuais continuam representando um instigante desafio para aqueles que se interessam por esse tema.

3.2 Características clínicas e diagnóstico

Atualmente, a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) são síndromes psiquiátricas estabelecidas no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais IV Revisado (DSM IV-TR) no grupo dos Transtornos Alimentares (TA). De acordo com esse manual, tanto a AN quanto a BN compartilham uma distorção grosseira da imagem e o desconforto com a forma e o peso corporal. A busca obstinada por uma magreza idealizada e inatingível leva

esses pacientes a adotarem comportamentos alimentares inadequados e, frequentemente, bizarros, no intuito de perder peso (JORGE, 2002). O diagnóstico diferencial com quadros clínicos e psiquiátricos que cursam com alterações nos comportamentos alimentares é fundamental, sobretudo nos casos atípicos.

A AN é caracterizada por recusa obstinada em manter um peso corporal mínimo, medo intenso de engordar, distorção da imagem corporal e alterações no ciclo menstrual. A determinação do baixo peso deve ser relativizada pelo clínico de acordo com a história de desenvolvimento corporal e ponderal do paciente, podendo-se considerar um peso menor que 85% para a idade e altura ou, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID10), um Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 17,5 Kg/m² para nortear o diagnóstico. Crianças e adolescentes devem ter peso, altura e percentil do IMC classificados em percentis ou desvios padrões para idade e sexo para acompanhamento, junto à velocidade de crescimento, segundo as curvas da Organização Mundial de Saúde (NORRINGTON et al., 2012). Nesse grupo, a ausência do ganho pômdero-estatural esperado pode indicar o diagnóstico. Habitualmente, a perda de peso decorre de uma dieta rígida e restritiva. Não é rara a associação de práticas excessivas de exercícios físicos e comportamentos purgativos como autoindução de vômitos, abuso de laxantes, diuréticos, anorexígenos e hormônios tireoidianos. O medo de engordar domina a vida desses pacientes e, ao invés de ser atenuado com a perda ponderal, habitualmente piora. O desconforto com a imagem corporal varia de tal forma que alguns se sentem globalmente gordos e, outros, mantêm-se preocupados com determinadas partes do corpo, particularmente abdômen, nádegas e coxas. A suspensão de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos é exigido para o diagnóstico na mulheres pós-menarca (JORGE, 2002). A amenorreia é um indicador da disfunção fisiológica da AN e, embora os estudos mostrem redução nos níveis de estrógeno decorrentes da diminuição da secreção hipofisária dos hormônios folículoestimulantes (FSH) e luteinizante (LH), o mecanismo ainda é pouco esclarecido. Sabe-se que, em alguns casos, a amenorreia pode preceder a constatação da perda ponderal e indica uma maior probabilidade de complicações clínicas como, por exemplo, osteopenia e osteoporose, fato que deve deixar o clínico atento (ATTIA; ROBERTO, 2009; NUNES, 2006; SADOCK, B.; SADOCK, A.; DORNELLES, 2007).

O DSM IV-TR especifica dois subtipos clínicos de AN: o purgativo, em que há episódios de compulsão alimentar ou práticas purgativas, e o restritivo, em que estes comportamentos não estão presentes (JORGE, 2002). O subgrupo purgativo, habitualmente, apresenta histórico pessoal ou familiar de obesidade, maior tendência ao desenvolvimento de transtornos da personalidade e comportamentos impulsivos tais como: abuso de substâncias, cleptomania, tentativas de autoextermínio e automutilação (CORDÁS, 2004).

É comum a ocorrência de sintomas depressivos como rebaixamento do humor, isolamento social, irritabilidade e diminuição da libido. Esses sintomas podem representar um Transtorno Depressivo Maior ou Distímico que chega a acometer cerca de 50% dos pacientes. Os pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos relacionados aos alimentos, peso e formato do corpo também estão presentes, devendo-se fazer o diagnóstico de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) quando a temática se estende para outros assuntos (JORGE, 2002). Vale ressaltar que o diagnóstico de comorbidades psiquiátricas deve ser realizado com cautela para se evitar o excesso de sobreposição de diagnósticos. Embora alguns autores aleguem que a desnutrição possa provocar ou intensificar as alterações comportamentais, deve-se lembrar que o quadro de AN por si só é marcado por alterações psíquicas que, conforme já alertava Lasègue, podem piorar com um manejo mais incisivo (LASÈGUE, 2000). Mattar aponta o caráter contraditório e a inconsistência metodológica dos estudos que associam desnutrição e ansiedade, depressão ou TOC, indicando a impossibilidade de estabelecimento dessa associação com as evidências atualmente disponíveis (MATTAR et al., 2011).

O quadro típico acomete jovens saudáveis, do sexo feminino, com idade entre 14 e 18 e com certa tendência ao perfeccionismo. Habitualmente, inicia-se uma dieta que, em um primeiro momento, pode ser incentivada por familiares e médicos. Essa dieta tende a se tornar cada vez mais rígida e restritiva atingindo, ocasionalmente, a total abstenção de alimentos sólidos. Apesar da abstenção alimentar, não é incomum que o paciente tenha comidas espalhadas em diversos esconderijos pela casa e manifeste uma grande dificuldade em comer em público. A obsessão por assuntos relativos à alimentação se reflete na densidade do conhecimento de assuntos nutricionais e nas notáveis habilidades culinárias. O preparo de verdadeiros banquetes para os familiares e o interesse excessivo em saber o que eles estão comendo evidencia a necessidade de controlar tudo que está em sua

volta. A preocupação com o peso e com o formato corporal, nem sempre assumidos pelos pacientes, pode impulsionar diversos rituais de verificação do corpo que incluem pesagens repetidas, medições de determinadas regiões corporais, comparação de sua imagem com terceiros e exposições constantes ao espelho. A despeito da inanição, o emagrecimento provoca um triunfo narcísico que causa uma sensação de poder e de aumento de energia. É quando o emagrecimento começa a se tornar visível, que os parentes e amigos começam a se preocupar e acabam levando o paciente para uma consulta médica. Nesse momento, conforme já ressaltava Lasègue, o que se observa é uma notável indiferença da jovem em relação ao seu estado (LASÈGUE, 2000), que nega o seu problema através de justificativas pouco convincentes. Na medida em que o quadro evolui, há certo empobrecimento da vida psíquica, que pode ser verificado na ausência de repertório não relacionado ao corpo e a alimentação e na perda da espontaneidade social. O pensamento se torna cada vez mais rígido e inflexível, desafiando os esforços de todos ao seu redor.

Os sintomas da AN incluem mialgia, fraqueza, câimbras, letargia ou hiperatividade, intolerância ao frio, dor abdominal e alterações nos padrões dos hábitos intestinais (diarreia ou constipação) e urinários (poliúria ou diminuição da diurese). Ao exame, percebe-se emagrecimento, hálito cetônico, hipotermia, ressecamento de pele e fâneros, lanugo, bradicardia, hipotensão arterial e edema nos membros inferiores. Os vômitos, quando presentes, podem ocasionar hipertrofia das parótidas, erosão do esmalte dentário, escaras e calosidades no dorso da mão. As alterações nos exames complementares habitualmente decorrem da desnutrição, das alterações hormonais e das práticas purgativas. Dentre elas incluem-se anemia normocítica normocrômica, diminuição da função renal, arritmias cardíacas, prolongamento do intervalo QT, desequilíbrios hidroeletrolíticos, redução da triiodotironina (T_3) e osteoporose (FERREIRA; CUNHA; TORRES, 2012).

Já a BN é caracterizada no DSM IV-TR por episódios periódicos de compulsão alimentar. A definição desses episódios baseia-se em um fator quantitativo e outro qualitativo. O primeiro se refere à ingestão, em período delimitado de tempo, de uma quantidade de alimentos maior do que a maioria das pessoas consumiria em período e circunstâncias similares. O segundo, a sensação subjetiva de perda de controle sobre tal ato. Esses episódios são verdadeiras “orgias alimentares”, em que o paciente chega a consumir uma média de duas a cinco mil

calorias distribuídas em alimentos calóricos de fácil ingestão e regurgitação. Habitualmente, ocorrem em um período circunscrito de tempo, geralmente, em menos de uma hora, mas dada a variedade da duração, esse dado já não faz mais parte dos critérios para diagnóstico. Habitualmente, esses episódios são antecedidos de disforia decorrente de situações subjetivas estressantes, jejum prolongado ou sentimentos relacionados ao peso e formato corporal, ocorrem na ausência de expectadores e são acompanhados de sentimento de culpa e autodepreciação. O temor de engordar motiva atitudes compensatórias como jejum, atividades físicas excessivas e rituais purgativos semelhantes aos encontrados na AN do subtipo purgativa dentre os quais se destacam os vômitos autoinduzidos que acometem cerca de 80 a 90% dos pacientes que procuram tratamentos em serviços especializados. O alívio subjetivo promovido pelos vômitos faz com que, algumas vezes, eles se tornem o objetivo principal do quadro de tal forma que o paciente coma compulsivamente para vomitar ou vomite mesmo após a ingestão de uma pequena quantidade de alimentos. As técnicas de autoindução de vômitos são variadas, incluindo introdução de dedos ou objetos na garganta, ingestão excessiva de líquidos e substâncias eméticas. Com o tempo, alguns podem induzi-los espontaneamente com a simples contração da musculatura abdominal (JORGE, 2002; NUNES, 2006; SADOCK, B.; SADOCK, V.; DORNELLES, 2007).

A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios devem estar presentes, em média, pelo menos duas vezes por semana em um período de três meses para o diagnóstico. Além disso, não devem ocorrer exclusivamente durante episódios de AN. Habitualmente, os pacientes com BN mantêm o peso corporal em um nível normal mínimo ou acima desse. Assim como na AN, também são classificados os subtipos purgativo e sem purgação. Neste último, a pessoa usa outros comportamentos inapropriados como jejuns e exercícios físicos sem indução de vômitos, uso de laxantes, enemas ou diuréticos (JORGE, 2002).

A clínica evidencia que, inicialmente, um paciente jovem, também do sexo feminino e com história de sobrepeso, após episódio de grande ingestão alimentar, experimenta um desconforto gástrico que induz o vômito. A preocupação com o peso corporal é aliviada e, a partir daí, o comportamento passa a ser incorporado na rotina do sujeito, tendendo ao descontrole e podendo assumir características de uma adição. O ciclo comer-vomitar pode durar horas e é acompanhado de sensações de desrealização e despersonalização que se assemelham àquelas associadas ao uso

drogas. Os pacientes com BN desenvolvem diversas estratégias para manter a clandestinidade de seus comportamentos, valendo-se de mentiras para ter acesso a uma grande quantidade de alimentos, vomitando nos lugares mais variados e inimagináveis e restringindo o contato social. Esse fato, associado à ausência de perda ponderal, contribui para o retardo do diagnóstico e cronificação do transtorno. Por outro lado, ao contrário do controle, ascetismo e força de vontade presentes na AN, a BN é entendida por estes pacientes como descontrole, fraqueza, vergonha e pecado, o que pode motivar a busca por atendimento médico.

Na BN também são frequentes as alterações de humor, que podem justificar o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior ou Distímico. Os Transtornos de Ansiedade e de personalidade também podem estar presentes. O abuso ou dependência de substâncias chamam a atenção, acometendo 30% dos pacientes (JORGE, 2002).

As alterações clínicas se assemelham àquelas da AN do subtipo purgativa, merecendo destaque os distúrbios hidroeletrólíticos e as complicações raras, porém fatais, como ruptura esofágica, ruptura gástrica e arritmias cardíacas. Embora não faça parte dos critérios para o diagnóstico, as alterações no ciclo menstrual também podem estar presentes na BN.

No DSM IV-TR, também são descritos os Transtornos Alimentares sem outra especificação (TASOE), que incluem todos aqueles quadros que não preenchem todos os critérios diagnóstico para AN e BN. Nessa classificação encontram-se as síndromes parciais que são as mais frequentes, sobretudo na adolescência, e que apresentam repercussões tão graves quanto os quadros completos e merecem atenção dos profissionais de saúde (FAIRBURN; ZAFRA, 2007; SWANSON et al., 2011). Atualmente, o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), que antes era incluído nesse grupo, já é considerado uma síndrome bem estabelecida e estará presente no DSM V separada dos TASOE.

Na experiência clínica, observa-se que os quadros anoréxicos e bulímicos, frequentemente, se alternam ou se sucedem, o que significa que encontramos períodos de sintomas anoréxicos na BN, momentos de compulsão alimentar e purgação na AN e, muito comumente, a saída do quadro anoréxico pela via da BN. A tentativa de classificação desses quadros em subtipos parece não resolver a fluidez presente na prática (EDDY et al., 2008). Aliás, quando se seguem rigorosamente os critérios descritos pelo DSM IV-TR, a maioria dos quadros são

classificados como TASOE, categoria que, apesar de sua gravidade, é, muitas vezes, entendida como residual, carecendo de estudos e descrições mais detalhadas (FAIRBURN et al., 2007; PEEBLES et al., 2010; VARDAR; ERZENGİN, 2011). Tendo em vista essa instabilidade do diagnóstico e as diversas características clínicas semelhantes na AN, BN e TASOE, alguns autores sugerem a criação de uma categoria única para diagnóstico, entendendo que se trataria de um único transtorno com diversos estágios evolutivos (FAIRBURN et al., 2007; MILOS et al., 2005). Essa ideia é passível de críticas, dificultando o consenso (BIRMINGHAM; TOUYZ; HARBOTTLE, 2009).

Atualmente, com o processo de elaboração do DSM V, a discussão com relação aos critérios diagnóstico dos TA está em evidência. Algumas das sugestões incluem a exclusão da exigência da presença de amenorreia para diagnóstico de NA, tendo em vista que algumas mulheres que apresentam todos os sinais e sintomas desta síndrome relatam a permanência da atividade menstrual. Além disso, esse critério não pode ser aplicado nas mulheres que estão no pré-menarca, em uso de contraceptivos orais ou na menopausa e, tampouco, nos homens (ATTIA; ROBERTO, 2009). Outro ponto de questionamento é a exigência de uma perda de peso mínima para o diagnóstico de NA, uma vez que a perda ponderal parece não ter relação com as outras manifestações da doença (CORDÁS, 2004; FAIRBURN; BOHN, 2005). Como o medo intenso de ganhar peso nem sempre é confessado, também há a sugestão de incluir no critério a presença de hábitos persistentes que interferem no aumento de peso (BECKER et al., 2009).

Em relação à bulimia, questionam-se a definição e a frequência dos episódios de compulsão alimentar. A quantidade mínima para se considerar um excesso alimentar não é especificada e pode variar em cada paciente. Alguns, apesar de não se envolverem em uma ingestão alimentar excessiva, experimentam uma perda de controle quando comem *alimentos proibidos* que podem aumentar o peso, o que provoca igualmente intenso sofrimento e comportamentos compensatórios. Além disso, a frequência mínima de duas vezes por semana pode não refletir o impacto físico e psíquico no indivíduo, sugerindo-se a redução do critério para uma vez por semana (FAIRBURN; BOHN, 2005; NUNES, 2006).

Na discussão atual do diagnóstico de AN e BN, ao contrário do que se observa em referências mais clássicas, não há qualquer indicação quanto à melhor forma de se referir aos diversos graus de gravidade presentes nos casos. Henri Ey,

por exemplo, em seu clássico *Manual de Psiquiatria*, diferencia os casos de AN que se aproximam da histeria daqueles que se aproximam da esquizofrenia. Os primeiros são mais frequentes e se inscrevem no que se convencionou chamar de caráter psicossomático, dada a presença de características como negação dos conflitos psíquicos e tendência a senti-los como uma doença corporal. Esses casos, habitualmente, apresentam prognóstico mais favorável. No extremo oposto, estão os segundos que se caracterizam pela dificuldade de compreensão e tratamento, revelando um terrificante *apetite de morte*. Ey afirma que a morte decorre não tanto da desnutrição catastrófica, mas sim do esgotamento que sobrevém das diversas tentativas terapêuticas. Entre os extremos, localizam outros casos difíceis, associados a distúrbios de personalidade e que, apesar de não atingirem a gravidade dos últimos, são marcados por recidivas e complicações psiquiátricas (EY, 1981).

A classificação atual, ao não colocar peso nas diversas possibilidades de apresentação, gravidade e prognóstico dos quadros, adquire um valor mais estatístico que de orientação clínica. Afinal, a avaliação de um tratamento aplicado em pacientes agrupados homogeneamente em quadros de AN ou BN torna-se incerta e de difícil interpretação. Nesse sentido, observa-se uma tendência atual a enfatizar as comorbidades como uma tentativa de objetivar as variadas manifestações psicopatológicas presentes desde as descrições clássicas de AN e BN. Se por um lado a multiplicidade de diagnósticos pode ser operativa na medida em que propõem relações com quadros psiquiátricos que já apresentam tratamentos mais estabelecidos, por outro, pode causar um apagamento do sujeito ao não singularizar o seu sofrimento, causando uma dispersão da clínica, do tratamento e dos profissionais envolvidos.

Realmente, a clínica mostra que os critérios para diagnóstico não esgotam as diversas características e particularidades presentes nesses quadros. Tendo em vista as diversas controvérsias no campo da descrição nosográfica psiquiátrica atual, é importante ressaltar que os manuais auxiliam no ensino e na pesquisa, embora a prática clínica evidencie os limites dos mesmos na medida em que um caso típico torna-se quase que uma raridade. Esse fato é evidente sobretudo na adolescência, faixa etária em que ocorre a maior incidência de TA e que não conta com critérios diagnósticos específicos. Os estudos voltados especificamente para essa população são escassos, o que torna urgente a elaboração de instrumentos para diagnóstico e

tratamento mais adequados (GONZALEZ; KOHN; CLARKE, 2007; HOSTE; LABUSCHAGNE; LE GRANGE, 2012; SWANSON et al., 2011)

O Comitê de Adolescência da Academia Americana de Pediatria salienta a importância do diagnóstico precoce dos TA, com o intuito de prevenir suas consequências nefastas. Para isso, sugerem uma atitude vigilante dos médicos de adolescentes com rotinas de *screening* que incluam perguntas sobre padrões alimentares e satisfação com a imagem corporal, além da observação e acompanhamento do peso. Embora a literatura contenha diversos questionários para *screening* e diagnóstico dos TA (ANDERSON et al., 2004; HILL et al., 2010), o documento do comitê não indica nenhum questionário específico (COMMITTEE ON ADOLESCENCE, 2003). É possível que a omissão quanto ao uso desses instrumentos seja proposital, resultado de uma postura cuidadosa. Afinal, os questionários são, em sua maioria, concebidos para realização de pesquisas. Mesmo aqueles que visam ao uso clínico, quando usados fora do contexto em que se desenvolve a anamnese e o exame físico, podem eventualmente sugerir comportamentos ou percepções anteriormente não cogitadas pelos pacientes ou mesmo constituir-se em inquirição invasiva, podendo afetar a relação médico-paciente. Sugere-se, portanto, quando o contexto clínico assim o demandar, endereçar cuidadosamente perguntas sobre padrões alimentares, percepção da imagem corporal, preocupação com o peso e práticas purgativas, além de uma cuidadosa avaliação antropométrica. É aconselhável cautela, para não se precipitar e consolidar um diagnóstico em quadros iniciais. Deve-se evitar formalizar o diagnóstico em casos leves e mal estabelecidos, induzindo familiares a confrontar e vigiar o paciente, o que pode contribuir para a fixação dos sintomas. No início, a intervenção cautelosa e o acompanhamento clínico próximo são as estratégias mais recomendáveis (FERREIRA; CUNHA; TORRES, 2012).

Vale lembrar que, apesar de muitos dos pacientes apresentarem quadros atípicos que não preenchem todos os critérios exigidos para o diagnóstico, alguns dos sintomas estão presentes e seguem causando importantes prejuízos físicos e psíquicos, o que justifica a atenção dos profissionais e o emprego de tratamentos adequados.

3.3 Epidemiologia

A baixa prevalência de TA na população geral, a variabilidade dos critérios adotados para o diagnóstico e algumas características como a vergonha, a omissão ou mesmo a falta de conhecimento sobre o assunto fazem com que os estudos epidemiológicos nesse campo sejam especialmente complicados (NUNES, 2006).

A AN é um transtorno pouco frequente na população geral, sendo que a maioria dos estudos que seguem os critérios do DSM IV para diagnóstico indica uma prevalência de 0,3 a 0,9% nas adolescentes e mulheres jovens ocidentais. Alguns autores sugerem que essas taxas estejam subestimadas, destacando que as taxas são mais altas quando se considera as síndromes parciais (FAIRBURN; BOHN, 2005; GONZALEZ; KOHN; CLARKE, 2007; SWANSON et al., 2011). A prevalência desse transtorno em mulheres durante a vida varia de 1,2% a 2,2% (HERPERTZ-DAHLMANN, 2009; MILLER; GOLDEN, 2010).

A incidência da AN é maior em mulheres entre os 15 aos 19 anos, momento da vida em que os clínicos devem estar especialmente atentos (MILLER, C. A.; GOLDEN, 2010). Trata-se da terceira doença crônica mais prevalente na adolescência, o que evidencia a importância do impacto desse transtorno nessa fase da vida (GONZALEZ; KOHN; CLARKE, 2007).

A BN, embora também seja considerada um transtorno pouco comum, é mais frequente que a AN, com prevalência estimada entre 1% a 2% (HERPERTZ-DAHLMANN, 2009). Como a definição da BN é recente, os estudos sobre incidência, que requerem um maior tempo de acompanhamento, são ainda mais reduzidos e incertos quando comparados com os de AN. Habitualmente, a BN acomete faixas etárias pouco maiores que a AN, sendo que os grupos mais jovens tendem a apresentar mais AN que BN (GONZALEZ; KOHN; CLARKE, 2007). Em um importante estudo coorte finlandês, a taxa de prevalência foi de 2,3%, com pico de incidência na faixa etária entre 16 a 20 anos de idade (KESKI-RAHKONEN et al., 2008). Outro estudo recente mostrou diferentes picos de incidência de sintomas bulímicos de acordo com o sexo. Nas mulheres há um aumento dos sintomas entre 14 e 16 anos de idade seguido de queda. Já no sexo masculino, os sintomas tendem diminuir entre 14 e 16 anos de idade e, em seguida, aumentar até a segunda década de vida (ABEBE et al., 2011).

Vários estudos populacionais mostram que adolescentes, sobretudo do sexo feminino, tendem à insatisfação com a imagem corporal e, frequentemente, se engajam em dietas ou comportamentos inapropriados para perda de peso. Esses adolescentes apresentam maior risco para o desenvolvimento de TA quando comparados àqueles satisfeitos com a imagem corporal. Em um estudo em Minas Gerais, 59% dos jovens de 7 a 14 anos estavam insatisfeitos com a imagem corporal, 13,3% apresentavam sintomas indicativos de AN e 1,7%, de BN (VILELA et al., 2004). No Brasil, estudos desse tipo são escassos, com resultados variando de acordo com os instrumentos e população estudada. Em amostra de adolescentes, Alves et al. (2008) identificaram prevalências de 18,8% de sintomas de insatisfação com a imagem corporal e de 15,6% de sintomas de AN (ALVES et al., 2008). No estudo de Pivetta e Gonçalves-Silva (2010), 3,7% dos adolescentes se enquadraram no diagnóstico compatível com TA, sendo 1,8% com TCAP e 1,9% com BN (PIVETTA; GONÇALVES-SILVA, 2010). Vale lembrar que a maioria desses estudos é baseada em escores estandardizados de comportamentos e atitudes alimentares, o que não significa que o diagnóstico tenha sido confirmado em avaliações clínicas.

Poucos transtornos psiquiátricos apresentam uma distribuição tão desigual entre os gêneros como os TA, o que gera um estigma e dificuldades no acesso ao tratamento. A razão homem/mulher para AN é estimada entre 1:10 a 1:15 (MILLER; GOLDEN, 2010) e, para BN, entre 1:15 a 1:20 (HERPERTZ-DAHLMANN, 2009; MILLER; GOLDEN, 2010). Atualmente, o tema tem sido abordado pela mídia com intuito de desmistificá-lo e incentivar a procura por acompanhamento adequado.

Os TA são quadros graves que apresentam sérias repercussões psíquicas, físicas e sociais para os pacientes. Dentre todos os transtornos psiquiátricos, a AN é o que apresenta as maiores taxas de mortalidade (SMINK et al., 2012). Tirico, Stefano e Blay (2010), em uma revisão sistemática, sugerem que os prejuízos emocionais nos TA são mais relevantes que os físicos, ressaltando que a qualidade de vida desses pacientes costuma ser pior do que a dos esquizofrênicos, paradigmas de gravidade na psiquiatria (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

No passado, os TA eram caracterizados como síndromes ligadas à cultura, sendo referidas aos países desenvolvidos. Nesse contexto, a maioria dos estudos eram baseados nas populações norte-americanas e europeias. Na última década, estudos têm demonstrado a presença desses transtornos em países subdesenvolvidos e em minorias étnicas, sugerindo alguma relação com o processo

de globalização (SMINK et al., 2012). Por exemplo, em um estudo na população caribenha de Curaçao, todos os casos de AN identificados foram de garotas jovens mestiças que passaram algum tempo nos Estados Unidos ou na Holanda (HOEK et al., 2005). Outro estudo observou que, na República Checa, houve um aumento considerável na incidência da AN após a abertura econômica do país, associada à exposição à cultura ocidental (PAVLOVA et al., 2010). Também há evidências de que a BN seja mais comum entre indivíduos expostos aos valores ocidentais (UHER; RUTTER, 2012). Apesar disso, ainda persiste a falsa ideia, mesmo entre os profissionais de saúde, de que as minorias étnicas e populações de países subdesenvolvidos não apresentam TA, o que dificulta o diagnóstico e o acesso a um tratamento adequado (BECKER et al., 2003; GORDON; PEREZ; JOINER, 2002).

É importante destacar que o contexto cultural pode interferir nas manifestações da AN e BN na medida em que influencia as alegações para as restrições alimentares e hábitos purgativos. Por exemplo, no sudeste asiático, a maioria dos pacientes com AN se refere a dores abdominais para justificar seus comportamentos. Assim, há a recomendação de se relativizar o critério diagnóstico que se refere ao medo intenso de engordar de acordo com as variações culturais, afinal, ele pode não ser evidente em um primeiro momento (JORGE, 2002; BECKER et al., 2003; UHER; RUTTER, 2012).

Outra questão em relação à epidemiologia dos TA é a possibilidade de um aumento de sua incidência na população, o que, inclusive, provoca especulações de que se trata de uma espécie de epidemia na sociedade atual. Estudos mostram um aumento de novos casos de AN até anos 70, época em que as taxas se estabilizaram. Em relação à BN, há uma tendência à queda na população geral a partir de meados da década de 90, embora a incidência em mulheres entre 10 e 19 anos também permaneça estabilizada (SMINK et al., 2012).

Portanto, deve-se lembrar que não existe consenso em relação à incidência dos TA, dada a diversidade metodológica na coleta de dados. No Brasil, os estudos populacionais sobre prevalência e incidência desses transtornos são escassos e pouco conclusivos. Habitualmente, avaliam a presença de comportamentos presentes na AN e na BN através de testes que não correspondem, necessariamente, ao diagnóstico clínico. Dessa forma, não há comprovação de que a incidência de TA esteja aumentando.

Na verdade, a AN e BN continuam sendo pouco frequentes na população geral, sendo incorreto afirmar que tenham atingido proporções epidêmicas (NUNES, 2006). O que se observa na prática é um maior interesse da comunidade científica pelo tema e um aumento da divulgação desses transtornos pela mídia, repercutindo no crescimento da demanda de tratamento de pacientes cada vez mais jovens e dos mais variados grupos socioeconômicos com sintomas anoréxicos e bulímicos, nos serviços públicos de saúde.

3.4 Etiologia

As hipóteses etiológicas dos TA já passaram por diversas fases, variando desde modelos puramente biológicos até os exclusivamente sociológicos e psicológicos. No início do século XX, a AN foi considerada como decorrente de uma deficiência na glândula pituitária. A partir de 1940, as causas psicológicas ganharam destaque, sendo muito influenciadas por teorias psicanalíticas. Durante os anos 60 e 70, o ambiente familiar e os aspectos socioculturais entraram em evidência, momento em que a terapia sistêmica passou a ocupar lugar privilegiado no tratamento. Atualmente, com o desenvolvimento da biologia molecular e neuroimagem, verifica-se o maior interesse pelos fatores biológicos com foco nos aspectos genéticos e neurobiológicos (NUNES, 2006). Apesar dos avanços, trata-se de um terreno com muitas hipóteses, algumas evidências e pouco consenso.

Na literatura médica atual, predomina a ideia de que os TA apresentam etiologia multifatorial, ou seja, são determinados por diversos fatores que interagem de forma complexa em um determinado sujeito. Dessa forma, a ênfase recai mais nos fatores associados a esses quadros a partir de estudos estatísticos que no nexo causal propriamente dito. Nesse contexto, a etiologia dos TA é abordada a partir dos fatores predisponentes, que são aqueles que aumentam a chance do aparecimento do quadro, precipitantes, que marcam o aparecimento dos sintomas, e mantenedores, que determinam se o transtorno será perpetuado ou não (WEINBERG, 2008). Adotaremos essa divisão para sermos fidedignos com a literatura médica, embora caiba questionar sua precisão, pois, muitas vezes, não é possível determinar exatamente qual fator apareceu primeiro e a real validade da associação estatística.

Dentre os fatores predisponentes da AN, incluem-se os traços de personalidade como obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão. Sociabilidade, comportamento gregário, comportamento de risco, impulsividade e instabilidade afetiva estão mais associados à BN. A baixa autoestima ou autoavaliação negativa e a história pré-mórbida de outros transtornos psiquiátricos, sobretudo a depressão, são fatores de risco para os TA. De uma forma geral, fatores que reforçam as preocupações com peso e precipitam dietas como, por exemplo, a tendência à obesidade e as mudanças corporais características da puberdade, são considerados predisponentes, sobretudo para o desenvolvimento da BN (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002). O fato de a adolescência ser uma fase especialmente vulnerável ao surgimento desses transtornos apresenta justificativas que variam desde as alterações hormonais até as mudanças físicas e psicossociais que impõem novos desafios e podem ser vivenciados como ameaçadores (WEINBERG, 2008).

Muito se fala sobre o ideal de beleza feminino centrado na magreza como um importante fator para o desenvolvimento de TA. Pode ser que o reforço exercido pelas imagens difundidas pela mídia contribuam para o aumento da insatisfação com a imagem corporal. No entanto, isso não significa que ocorrerão alterações comportamentais suficientemente graves para o diagnóstico de TA. Além disso, relatos de pacientes cegos com TA são fontes de questionamento da real influência desse fator (FERNÁNDEZ-ARANDA et al., 2006). Não podemos esquecer que, além do discurso social, existe um sujeito responsável por essa escolha sintomática, o que torna relevante a investigação das particularidades da subjetivação da sexualidade feminina.

As profissões como atletismo, ginástica olímpica, balé, moda e nutrição também têm sido associadas aos TA. No entanto, não se sabe se elas teriam um papel predisponente ou se as pessoas já predispostas tenderiam a procurá-las com mais frequência (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002). Entre as experiências e eventos adversos relacionados ao desenvolvimento do TA incluem-se abuso sexual, traumas e comentários depreciativos relacionados ao corpo durante a infância (NUNES, 2006). O abuso sexual é considerado fator de risco para qualquer transtorno psiquiátrico, tendo maior importância na BN que na AN (UNIKEL-SANTONCINI; RAMOS-LIRA; JUÁREZ-GARCÍA, 2011; WEINBERG, 2008).

Estudos mostram que os TA tendem a ocorrer com mais frequência em parentes de primeiro grau de pacientes com diagnóstico de TA do que em parentes de pacientes saudáveis. Para a AN, esta chance é de 11 vezes maior, enquanto que para BN, é de 4 vezes. De qualquer forma, o padrão de herança genética não segue o modelo mendeliano simples em que a doença é causada por um único gene, mas sim um modelo complexo resultante da interação de múltiplos genes com o meio ambiente (COSTIN, 2006). Nesse contexto, a interação familiar também é apontada como importante fator, dificultando a separação entre o genético e o familiar. Habitualmente, apesar dos pacientes anoréxicos descreverem suas famílias como estáveis e sem conflitos, o que se observa é que essas são mais rígidas, intrusivas e tendem a evitar conflitos. Já os bulímicos, suas famílias são desorganizadas, perturbadas e sem afeto, características confirmadas pela observação externa. Uma relação distante e pouco afetiva com o pai também parece estar associada, prospectivamente, a alterações na conduta alimentar na adolescência (NUNES, 2006).

Dentre os fatores precipitantes, a dieta é o mais frequente. Também não é incomum localizar eventos estressores envolvendo uma desorganização da vida ou uma ameaça à integridade física precedendo o quadro de TA. O esclarecimento do desencadeamento do quadro é fundamental para o melhor entendimento do sintoma desenvolvido pelo paciente e contribui para a condução do tratamento (FERREIRA; CUNHA; TORRES, 2012; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

A manutenção do quadro é associada às alterações endócrinas e neurofisiológicas decorrentes da desnutrição, assim como aos fatores psicológicos que envolvem o crescente radicalismo e necessidade de controle que se observa na evolução do quadro. Não há como precisar quais desses fatores exercem maior influência na sustentação do quadro, fato que será retomado na discussão sobre o tratamento.

Alterações em vias serotoninérgicas (5-HT) têm sido associadas tanto à AN quanto à BN dada a presença de sintomas relacionados ao humor, controle de impulso, ansiedade, obsessividade e desregulação do apetite presentes nesses quadros. Estudos recentes que utilizam exames de neuroimagem funcional sugerem que essas anormalidades são irreversíveis, podendo estar presentes antes do desenvolvimento do quadro (BAILER; KAYE, 2011; JÁUREGUI-LOBERA, 2011; KAYE, 2008). No entanto, apesar das evidências de que agentes serotoninérgicos

reduzam os sintomas bulímicos, não existem comprovações quanto suas alterações quantitativas e reais efeitos em cada quadro. O sistema dopaminérgico também tem sido associado aos TA. Uma das hipóteses é que a fome altera esse sistema, predispondo a busca de prazer e recompensa através de alimentos (CARR, 2011). As alterações dopaminérgicas têm servido como um dos argumentos utilizados por autores que aproximam esses transtornos dos quadros psicóticos e que advogam a favor do uso de antipsicóticos no tratamento (MIOTTO et al., 2010). Os exames de neuroimagem estrutural sugerem variados graus de atrofia cerebral em pacientes com AN. Apesar da hipótese de que esses achados estão associados à desnutrição, esses são apenas parcialmente reversíveis após a recuperação nutricional (JÁUREGUI-LOBERA, 2011).

Conclui-se que existem muitas variáveis, fatores de risco e caminhos para que uma pessoa desenvolva um TA. Alguns doentes podem ter um pouco de todas os fatores mencionados, enquanto outros podem ter um ou dois. Da mesma forma, para alguns, fatores ambientais podem desempenhar um grande papel; para outros, nem tanto. Assim, o desafio para aqueles que trabalham com a clínica localiza-se na interação desses fatores em um caso singular e não na mera descrição estatística dos elementos genéricos envolvidos nos TA.

3.5 Tratamento

Os pacientes com TA são difíceis de serem abordados na prática clínica. O objetivo do tratamento inclui o restabelecimento não só do estado clínico e nutricional, mas também das condições psíquicas e sociais dos pacientes. Dada a imprecisão etiológica e a complexidade desses transtornos, existe consenso de que o tratamento seja conduzido por uma equipe experiente composta por clínicos, psiquiatras, psicólogos e nutricionistas dispostos a trabalhar de forma interdisciplinar.

Os dados na literatura relativos à eficácia do tratamento são, muitas vezes, de difícil interpretação e aplicação na prática clínica. As evidências consideram as intervenções psicoterapêuticas como a base do tratamento de qualquer TA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2006). Em uma revisão de 23 estudos em que foram entrevistados pacientes com TA para determinar os tratamentos que eles acreditavam ser os mais adequados, a empatia, o apoio e a compreensão

foram apontados como pontos essenciais para a recuperação. As abordagens psicoterápicas foram consideradas as mais úteis e as intervenções médicas focadas exclusivamente no peso foram avaliadas como pouco eficazes, revelando a importância de uma abordagem de questões mais amplas que ultrapassam a comida e o peso (BELL, 2003).

Dentre as técnicas psicoterápicas estão incluídas a psicoeducação, a psicodinâmica, a familiar-sistêmica, a interpessoal, a de suporte, a cognitiva, a comportamental, a psicanálise, dentre outras. Apesar do aumento substancial no número de estudos sobre o tratamento psicoterapêutico nas últimas três décadas, a determinação da técnica mais eficaz torna-se especialmente complicada. Habitualmente, os estudos relevantes avaliam os efeitos de uma forma padronizada de tratamento em amostra bem definida de pacientes. Assim, as abordagens que se prestam mais facilmente à padronização e à quantificação, como, por exemplo, a terapia cognitiva e comportamental (TCC), acabam sendo priorizadas nas pesquisas de grande impacto. No entanto, algumas questões permanecem em aberto. Por mais que se tente dividir os pacientes em grupos homogêneos, sabemos que tanto os diagnósticos sindrômicos como os graus de gravidade são muito variados. Em se tratando de quadros que tendem à cronicidade, o tempo adequado de acompanhamento para julgar um tratamento como efetivo torna-se de difícil determinação. Além disso, os conceitos de recuperação são diversos e, habitualmente, estão mais centrados em um ideal médico de cura que nas expectativas de cada paciente.

Na prática, os profissionais se deparam com uma variedade de pacientes que estão em diferentes estágios evolutivos do transtorno e que não se enquadram nos critérios de inclusão dos estudos de referência, o que dificulta a aplicação das propostas. Além disso, as técnicas acabam sendo adaptadas de acordo com as possibilidades e a experiência do clínico, não respeitando rigorosamente os protocolos expostos. Em um estudo recente, Wallace e Von Ranson (2012) constataram que a maioria dos profissionais tende a usar mais de uma abordagem psicoterápica em sua prática clínica. Um dos motivos apontados é que, mesmo com os tratamentos consolidados com evidências, a maioria dos pacientes não se recupera totalmente, o que conduz a busca de novas abordagens (WALLACE; VON RANSON, 2012).

Vale lembrar que, até o momento, não existe um estudo que compare todas as técnicas psicoterápicas disponíveis, de tal forma, que não se deve invalidar abordagens que se mostram satisfatórias na prática simplesmente pelo fato de ainda não terem demonstrado suas eficácias em estudos estatísticos (NUNES, 2006).

Seja qual for a opção terapêutica, é fundamental que ela contemple o estabelecimento de uma relação médico-paciente adequada, possibilitando o acompanhamento a longo prazo. Esse ponto, apesar de ser a base do tratamento, é de difícil mensuração, sendo pouco considerado nas pesquisas. Pais, parentes e amigos também devem ser envolvidos, sobretudo, na abordagem dos pacientes mais jovens (HERPERTZ et al., 2011; LOCK, 2010).

Em relação ao tratamento da AN, os estudos são restritos dada a raridade do transtorno. Segundo Steinhausen (2002), no século XX, a AN ainda não havia perdido o seu prognóstico desfavorável, permanecendo para muitos pacientes como um quadro crônico com curso e desfecho graves (STEINHAUSEN, 2002). Tal afirmação continua válida nos dias de hoje.

O tratamento deve ser adaptado levando em consideração as alterações clínicas e nutricionais de cada paciente. A grande dificuldade enfrentada na prática é a resistência dos anoréxicos em reconhecer a gravidade de seus hábitos e a recusa deliberada e inflexível em relação à ingestão alimentar. Apesar da literatura não mostrar diferenças entre os resultados de programas mais flexíveis e os mais rígidos de tratamento, para driblar essa recusa, as abordagens variam das mais coercivas às mais flexíveis (FAIRBURN, 2005).

Entre os tratamentos coercivos, o ápice se encontra na internação compulsória e alimentação forçada através de sonda nasogástrica ou nasoentérica, algo controverso, de acordo com o *Código de Ética Médica Brasileiro* (BONAMIGO, [2012?]). Vale lembrar que, embora o restabelecimento do peso e de um padrão alimentar minimamente adequado com a vida seja um dos objetivos do tratamento, ele não deve ser o único, tendo em vista a gravidade das complicações psíquicas associadas a esses quadros. Além disso, o tratamento compulsório, realizado à revelia do paciente, deve ser avaliado somente após a exaustão de todas as outras abordagens, incluindo o encaminhamento para outros serviços e profissionais (HERPERTZ et al., 2011; LOCK, 2010).

A questão da internação compulsória de casos graves é objeto de candente controvérsia na literatura. Alguns apoiam esse tipo de intervenção dada a

possibilidade de que o estado nutricional provoque alterações cognitivas e comportamentais, alterando a capacidade para decisão autônoma dos pacientes. Outros indicam a permanência dessa capacidade, destacando a necessidade de respeito à autonomia no intuito de não reforçar o papel do enfermo, passivo, identificado ao sintoma alimentar (MITRANY; MELAMED, 2005; TAN et al., 2008; TINAHONES MADUEÑO, 2003; VIALETES et al., 2006). De qualquer forma, não há evidências de que o recurso à coerção legal melhore a sobrevida em longo prazo. Um estudo inglês demonstrou que, após 6 anos de acompanhamento, pacientes submetidos à internação compulsória apresentaram sobrevida inferior àqueles que se submeteram voluntariamente ao tratamento (RAMSAY et al., 1999). A interpretação desse estudo deve ser cuidadosa, uma vez que as pacientes internadas compulsoriamente tendem a ser mais graves. Entretanto, pode-se dizer que os resultados não demonstram os benefícios da internação compulsória em longo prazo. Outro estudo mais recente não evidenciou diferenças entre as duas situações (AYTON; KEEN; LASK, 2009).

Sabe-se que a internação hospitalar se faz necessária em momentos em que há desequilíbrio clínico ou metabólico com risco de vida imediato (GONZALEZ; KOHN; CLARKE 2007), devendo-se indicá-la, na medida do possível, em comum acordo com paciente e familiares e no menor período possível.

Uma abordagem mais flexível e parcimoniosa em relação à recuperação clínica e nutricional é recomendada por diversos autores, sobretudo, para pacientes mais jovens (HERPERTZ et al., 2011; LOCK, 2010). As justificativas para esse tipo de conduta são variadas e incluem desde a melhora na adesão ao tratamento a longo prazo até a minimização das complicações clínicas e psiquiátricas.

Dentre as condições psiquiátricas associadas no curso do tratamento, vale lembrar o aparecimento de sintomas psicóticos positivos na medida em que ocorre o restabelecimento do peso. Alguns autores propõem que as alterações metabólicas predisporiam o desenvolvimento desses sintomas (ÁLVAREZ, 2009). Hugo e Lacey (1998) propuseram que haveria uma relação inversa entre os sintomas psicóticos e os alimentares, sugerindo que os quadros alimentares funcionariam como uma defesa contra o desencadeamento ou exacerbação de quadros psicóticos (HUGO; LACEY, 1998). Ferguson e Damluji (1988) complementam essa hipótese ao dizerem que os TA promoveriam um sentimento de identidade nos pacientes esquizofrênicos, permitindo uma espécie de organização psíquica que evitaria o desenvolvimento de

fenômenos psicóticos evidentes (FERGUSON; DAMLUJI, 1988). Embora não haja uma explicação definitiva, a presença de sintomas psicóticos requer especial atenção na prática clínica, dados os riscos potenciais, inclusive de suicídio.

A recuperação nutricional deve ocorrer gradualmente, a fim de evitar a síndrome de realimentação, caracterizada por alterações metabólicas que podem cursar com complicações clínicas e óbito. Habitualmente, o restabelecimento nutricional é acompanhado da melhora das funções neurofisiológicas e dos sintomas psíquicos, o que pode facilitar a abordagem psicoterápica. Dessa forma, o suporte de um nutricionista treinado pode ser útil. Vale lembrar que essa abordagem deve-se basear em uma atuação empática, colaborativa e flexível. Afinal, conselhos dietéticos podem, algumas vezes, piorar as preocupações e obsessões em relação aos alimentos e peso (LOCK, 2010; REITER; GRAVES, 2010).

A abordagem psicoterápica na AN conta com poucas evidências na literatura. Os estudos tendem a privilegiar a TCC nos adultos e a terapia familiar sistêmica nos adolescentes, relatando resultados promissores, mas não definitivos. Atualmente, protocolos da TCC têm sido adaptados para aplicação em pacientes mais jovens (HERPERTZ et al., 2011; LOCK, 2010).

A abordagem farmacológica tem sido considerada ineficiente no tratamento da AN propriamente dita. No entanto, o uso de medicações para o tratamento das comorbidades associadas pode ser útil na maioria dos casos. Estudos baseados em resultados negativos do uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) na fase aguda da AN especulam que eles não seriam eficazes na presença de desnutrição ou que necessitariam de um maior tempo de uso para apresentar efeitos terapêuticos positivos. Apesar do entusiasmo em relação aos benefícios dos ISRS na manutenção do peso após a restauração do quadro agudo, estudos recentes não têm constatado esse dado. Pacientes graves com preocupação excessiva em relação à alimentação e peso nos quais a hiperatividade física e psíquica não podem ser aliviadas com outras abordagens, podem se beneficiar do uso de pequenas doses de neurolépticos, dadas as suas propriedades ansiolíticas. Nesses casos, deve-se optar por medicações com baixos efeitos extrapiramidais como, por exemplo, os antipsicóticos de segunda geração. Dentre eles, destaca-se a olanzapina: medicação que carece de mais estudos, mas que se mostra promissora na prática clínica (APPOLINARIO; BACALTCHUK, 2002; HERPERTZ et al., 2011; JACKSON; CATES; LORENZ, 2010; LOCK, 2010; MCKNIGHT; PARK, 2010).

Em relação à BN, as abordagens psicoterápicas têm se mostrado efetivas e são consideradas como o tratamento de escolha. A maioria dos estudos se refere à TCC, o que faz com que ela seja recomendada como primeira opção na maioria dos *guidelines* (HERPERTZ et al., 2011; MURPHY et al., 2010). No entanto, isso não implica que a TCC seja uma panaceia, pois menos da metade dos pacientes completam o tratamento e, entre aqueles que o finalizam, quase nenhum tem uma melhora completa dos sintomas (CROW; PETERSON, 2009; HERPERTZ et al., 2011). Mais uma vez, cabe lembrar que não há comprovação de que uma determinada forma de psicoterapia seja superior às outras para todos os tipos de pacientes, o que deixa o terreno aberto para pesquisas.

O manejo clínico e nutricional deve ser tão cuidadoso quanto na AN, devendo-se dar especial atenção às possíveis complicações clínicas decorrentes dos comportamentos purgativos.

Os estudos em relação à farmacoterapia na BN são mais vastos e promissores do que na AN. Os ISRS são as medicações de primeira escolha, tendo em vista a possibilidade de contribuir para a redução dos sintomas, sobretudo os episódios de compulsão alimentar, com boa tolerância e aceitação dos pacientes. Habitualmente, recomenda-se o uso de doses mais altas do que aquelas usualmente prescritas para tratamento da depressão. Embora o benefício dos ISRS pareça ser um efeito de classe, a única medicação liberada pela *Food and Drug Administration* (FDA) para tratamento da BN é a fluoxetina e a dose preconizada é de 60mg/dia, devendo-se levar em conta a tolerância individual. O topiramato, um agente neuropsiquiátrico com múltiplos mecanismos de ação, tem se mostrado um psicofármaco interessante no tratamento da BN. Uma das hipóteses é que essa medicação atue reduzindo a *fissura* por carboidratos, aumentando a saciedade, estabilizando o humor e reduzindo a impulsividade (APPOLINARIO; BACALTCHUK, 2002). No entanto, mais estudos são necessários para comprovar os benefícios constatados na prática. A associação da farmacoterapia com a abordagem psicoterápica se mostra mais efetiva do que o uso isolado de medicações (HERPERTZ et al., 2011; JACKSON; CATES; LORENZ, 2010).

Apesar dos investimentos em pesquisas, o tratamento dos TA continua apresentando resultados pouco satisfatórios. Estudos mostram que, após as intervenções terapêuticas, a taxa de recuperação completa da AN é de cerca de 20%, recuperação parcial de 30% e recuperação desfavorável de 20%. Embora

essas taxas pareçam animadoras, grande parte dos pacientes mantém alterações físicas, psíquicas e sociais, e a taxa de cronificação gira em torno de 20%. As taxas brutas de mortalidade variam de 5 a 20%, aumentando com o prolongamento do período de acompanhamento. Já a BN apresenta taxas de recuperação completa entre 50 e 70% após tratamento. Todavia, as taxas de recaída situam-se entre 30 a 50%. Há evidências de que cerca da metade dos pacientes mantém algum sintoma clinicamente relevante, embora não seja suficiente para o diagnóstico de BN (NUNES, 2006; PINZON; NOGUEIRA, 2004). Uma recente meta-análise sobre a mortalidade nos TA mostrou taxas de 0,51% por ano para AN e 0,17% por ano para BN. O suicídio é uma causa importante, chegando a cerca de 20% das mortes nesses quadros (ARCELUS et al., 2011).

Constata-se que, apesar do progresso das pesquisas em relação aos TA, o campo ainda continua repleto de dúvidas e incertezas, sobretudo, em relação aos pacientes adolescentes, época da vida em que ocorre a maior incidência desses transtornos. A abordagem precoce é fundamental e têm um efeito positivo no prognóstico. A heterogeneidade de pacientes constatada na prática impõe ao clínico a escolha do tratamento mais adequado para cada caso.

Independente dos dispositivos escolhidos para a abordagem, deve-se ter em mente que os TA são quadros complexos que, por tenderem à cronicidade, necessitam de acompanhamento por equipe interdisciplinar a longo prazo. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais envolvidos tenham habilidade para desenvolver e sustentar uma relação médico-paciente sólida e duradoura baseada em uma postura empática, acolhedora e flexível.

Infelizmente, os TA são quadros ainda muito estigmatizados, inclusive pelos profissionais de saúde. Em um recente trabalho, Thompson-Brenner et al. (2012) evidenciaram os nefastos efeitos das prevalentes reações negativas dos clínicos em relação aos TA. Esse tipo de postura reflete preocupação, desesperança, frustração, impotência e falta de preparo dos profissionais, o que contribui para a baixa adesão e para o fracasso do tratamento (THOMPSON-BRENNER et al., 2012).

Os impasses no tratamento colocados em evidência pela gravidade dos TA mostram a importância de dar continuidade aos estudos nessa área, com o objetivo de propor capacitação adequada para os profissionais de saúde, na tentativa de melhorar a compreensão dos casos e as perspectivas terapêuticas.

3.6 Contribuições da psicanálise

3.6.1 Sintoma – de Freud a Lacan

Na medicina orientada pelo método anátomo-clínico, o sintoma representa um sinal que indica a presença ou a possibilidade de uma doença detectável no organismo (PIMENTA; FERREIRA, 2003). No entanto, os sintomas nem sempre correspondem a uma disfunção orgânica, o que pôde ser evidenciado por aqueles que se dedicaram ao estudo das histerias. Esses quadros se caracterizavam por alterações corporais decorrentes de uma inibição ou excitação sensorial e motora incluindo paralisias, desmaios, tremores, cegueiras e afonias. Por se tratar de manifestações que não correspondiam à realidade biológica e que não cediam aos tratamentos convencionais, representavam um grande desafio para os médicos daquela época (final do século XIX).

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

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

Freud, a partir da leitura do Mito do Édipo, atribuiu importância central ao pai como instaurador da lei simbólica que permitiria a inserção do sujeito na cultura. O pai, entendido como agente imaginário da castração, interditaria o objeto incestuoso materno, tornando-se um traço na identificação constitutiva do supereu. O supereu

seria a instância articulada ao recalque que exigiria uma renúncia para a satisfação pulsional através do sintoma.

Em uma de suas *Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise*, intitulada *O Sentido dos Sintomas*, Freud demonstrou que os sintomas neuróticos, assim como as parapraxias e os sonhos, carregam consigo um sentido sexual muito individual, tendo íntima conexão com as experiências do paciente. Assim, a função do psicanalista seria a de auxiliar o sujeito a tornar esse sentido acessível à consciência através da interpretação e, assim, aliviar o sofrimento. No entanto, Freud já advertia que essa manobra nem sempre era simples, sobretudo nos *sintomas típicos*. Esses eram quase os mesmos em todos os casos, fazendo desaparecer as distinções singulares que possibilitariam uma articulação com a história do paciente (FREUD, 1996i).

Em conferência posterior, intitulada *O Estado Neurótico Comum*, Freud diferencia as *psiconeuroses de defesa* das *neuroses atuais*, destacando que a etiologia das *neuroses atuais* seria sexual, porém não remetida a um conflito defensivo, tratando-se, simplesmente, de um emprego inadequado da excitação sexual. Portanto, elas não apresentavam nenhum significado psíquico, não remetiam a uma memória esquecida e, por isso, não poderiam ser esclarecidas e tratadas pela psicanálise (FREUD, 1996l).

Interessante pensarmos no parentesco entre *sintomas típicos*, *neuroses atuais* e os quadros de anorexia e bulimia com que deparamos na clínica dos dias de hoje. Essas manifestações são marcadas pela serialidade, monotonia discursiva, rigidez identificatória e narcisismo exaltado, tendendo a ocultar a singularidade das vivências do sujeito e parecendo, pelo menos em um primeiro momento, carentes de sentido. Trata-se de fenômenos que estão na ordem de um excesso da evidência da imagem e que parecem não causar qualquer enigma para o sujeito. Na medida em que o sujeito se identifica com seu sintoma, a relação com o saber assume uma característica diferente, de tal forma que ele não quer saber de nada que não tenha relação com o seu corpo emagrecido.

Isso dificulta o diagnóstico e as intervenções, principalmente aquelas centradas na interpretação. Esse fato já havia sido percebido por Freud, quando, em determinado momento, chega a recomendar que não se utilize o método psicanalítico no tratamento da “anorexia histérica”, dada a eminente periculosidade desta (FREUD, 1996d, p. 250). Vale lembrar que nem mesmo o fundador da

psicanálise seguiu essa recomendação, fato que pode ser evidenciado nos diversos relatos ao longo de sua obra sobre sujeitos que apresentavam importantes sintomas alimentares como, por exemplo, Anna O. Dora e Emmy Von N. Apesar disso, durante muito tempo, conservou-se a ideia de que estes quadros eram *inanalisáveis*.

Realmente, a tese freudiana do sintoma como uma mensagem que se sustenta em um sentido recalcado que pode ser decifrado parece não ser suficiente para a clínica dos sintomas alimentares dos tempos atuais. Aliás, a evolução teórica freudiana já indicava que as manobras baseadas na interpretação eram insuficientes mesmo para o tratamento das ditas *psiconeuroses de defesa* dado o caráter problemático e paradoxal do sintoma: se, por um lado, representava uma satisfação de desejo, por outro, causava um importante sofrimento para o sujeito, que ultrapassava o princípio do prazer. Freud vinculou essa satisfação encontrada no sofrimento e desprazer a algo muito próprio do ser humano, o que o faz tender a interpretá-lo como agressão e autodestruição, denominando-o como pulsão de morte (FREUD, 1996n, 1996o). Nesse ponto podemos localizar um núcleo sempre ininterpretável do sintoma.

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

O gozo e seu campo é o conceito lacaniano que abrange o prazer e o desprazer, expressando a conjunção entre Eros e Tánatos. O gozo, articulado ao real², não se deixa apreender totalmente pelo simbólico; ele está sempre extravasando, transbordando.

² Lacan estruturou o inconsciente freudiano a partir de três registros: simbólico, imaginário e real. O registro simbólico é o lugar do código fundamental da linguagem. Ele é a lei responsável pela inserção do sujeito na cultura, denominada por Lacan de grande Outro. O Outro, grafado em maiúscula, foi adotado para mostrar que a relação entre o sujeito e o grande Outro é diferente da relação com o outro semelhante. Esta última se refere ao registro imaginário, conceito inicialmente correlato ao Estádio do Espelho. O imaginário é o lugar da construção do eu, das ilusões, da alienação, do engodo e daquilo que participa da formação do corpo humano como unidade. Já o real

Na medida em que Lacan avança na definição de sintoma, a dimensão de gozo nele presente é acentuada. Assim, o estatuto de solução do sintoma diante de um impossível de ser dito passa a ser mais enfatizado que a ideia de um compromisso interpretável de um conflito psíquico de origem sexual. Para além de um enigma a ser decifrado, o sintoma passa a ser entendido como uma forma de defesa diante de um excesso de gozo ou, dito de outra maneira, como uma suplência àquilo que escapa do universo simbólico e que se articula ao real (SANTOS, 2005). Dessa forma, diversos autores do campo lacaniano mantêm a denominação de *sintoma* ou, mais comumente, *novos sintomas*, para se referirem às manifestações do mundo contemporâneo que, como as anorexias e bulimias, não se prestam à decifração como o sintoma freudiano típico (ALKMIM, 2010; EIDELBERG et al., 2003; SANTOS, 2005).

Essa ampliação conceitual abre a possibilidade para pensarmos em intervenções do analista que possam operar nesse núcleo *ininterpretável* do sintoma. Freud, em seu texto *Observações sobre o amor transferencial*, já indicava as manobras do analista em uma análise: a interpretação e o manejo da transferência, ressaltando que essa última causaria maior dificuldade (FREUD, 1996g). Lacan, ao insistir nesse ponto de real do inconsciente, passa a apostar nesse manejo como suporte do ato analítico.

Devemos lembrar que, na teoria lacaniana estruturalista³, o simbólico, articulado ao pai do Mito Edipiano, apresenta efeitos mortificantes em relação ao gozo na medida em que impõe uma renúncia pulsional. Ou seja, há algo do simbólico que petrifica o gozo, tornando o sujeito servo de um objeto fantasmático. Dessa forma, o analista não deve se restringir à manobra de interpretar em nome do pai e da castração, devendo advertir o sujeito acerca dessa inércia do gozo.

é o que sobra como resto do imaginário e que o simbólico é incapaz de capturar, não devendo ser confundido com a noção corrente de realidade. O real é sem ordem, não tem lei e pode ser definido como resto, impossível ou indizível por se tratar daquilo que não pode ser simbolizado e, portanto, só pode ser aproximado ou contornado, jamais capturado.

³ O estruturalismo tem origem com Ferdinand de Saussure, que se propunha a abordar qualquer língua como um sistema no qual cada um dos elementos só pode ser definido pelas relações de equivalência ou de oposição que mantém com os demais elementos. Esse conjunto de relações forma a estrutura. Lacan, ao privilegiar a transposição dos conceitos da psicanálise para notações simbólicas e pretender apreender o seu objeto no lado da cultura e não da natureza, apóia o seu projeto no estruturalismo. O estruturalismo surge para as ciências humanas como figura de ciência, desenvolvendo-se com base na noção de matematização ampliada. Essa noção propõe uma dissolução não qualitativa das qualidades sensíveis, fato percebido no esforço de Lacan em formalizar o inconsciente a partir da articulação de seus elementos mínimos isolados na redução fonêmica da língua (LIMA, 2006).

Explicar, interpretar e compreender o sofrimento impede que o sujeito localize que, por trás do sofrimento, existe uma escolha subjetiva. A proposta de uma clínica orientada pelo real deve, necessariamente, tocar o sujeito no ponto em que sua fala toca o impossível, acompanhando-o na construção de um *saber-fazer* com sua forma singular de organização de gozo. Isso se torna possível a partir do manejo transferencial que, como bem define Cottet, se concentra no estreitamento, afrouxamento e corte das sessões (SANTOS, 2005).

Esse entendimento teve como consequência o reposicionamento dos psicanalistas frente aos desafios impostos pelas psicoses e pelas diversas formas de sofrimento dos sujeitos do mundo contemporâneo, o que permitiu expressivo avanço no entendimento dos ditos *novos sintomas*.

3.6.2 O contemporâneo

A psicanálise lacaniana introduz uma importante contribuição para a clínica das anorexias e bulimias ao defender que a novidade dessas manifestações se relaciona com a influência das mudanças culturais na subjetividade de nossa época. Se por um lado há algo no sintoma que é estrutural e atemporal, por outro, há algo que se articula com a cultura da época, cabendo ao analista, segundo as indicações lacanianas, se ocupar disso (EIDELBERG et al., 2003).

Na sociedade atual observamos o triunfo do capitalismo com toda a gama de ofertas sedutoras veiculadas pelos bombardeios propagandistas. Os objetos de consumo são oferecidos a todos com a falsa promessa de que tamponarão o vazio estrutural⁴ do ser humano. Na verdade, isso não ocorre e o sujeito se põe a consumir cada vez mais e mais em uma busca desenfreada por uma satisfação absoluta que nunca chega. Ao final, não sabemos mais quem é consumido: o objeto ou o consumidor. É nesse ponto em que Lacan vai localizar o mal-estar da modernidade.

⁴ O sujeito, ao entrar na linguagem, é marcado por uma perda inaugural decorrente da castração. Trata-se de uma falta estrutural formalizada no ensino lacaniano como falta-a-ser, que não pode ser saturada por nenhum objeto. Esse é o engodo do discurso do capitalismo que tenta produzir uma falta no sujeito, convencendo-o que a oferta infinita de objetos de consumo irá aplacá-la. Trata-se de uma falta não subjetivada que, no sentido psicanalítico, não se relaciona com o desejo. Afinal, não carrega consigo qualquer impossibilidade, animando o sistema de consumo.

Lacan, nos anos 30, em seu texto *Os complexos familiares na formação do indivíduo* (1938), em consonância com Freud, ressaltou a importância fundamental da função da imago paterna⁵ na estruturação psíquica do sujeito. Já nesta época, o psicanalista anunciava um declínio social dessa imago e a conseqüente *crise psicológica* que colocaria o sujeito à mercê das catástrofes do progresso. Nesse contexto, Lacan localiza a *grande neurose contemporânea*, e com ela, o auge da psicanálise (LACAN, 2003a).

Antes, a castração funcionava como elemento organizador que ordenava o psiquismo e o laço social. A ideia freudiana era a de que a cultura exigiria do sujeito a renúncia da satisfação pulsional, o que provocava uma divisão subjetiva entre o que é da ordem do desejo e o que é da ordem do social. Essa renúncia se tornava possível a partir das compensações produzidas pela civilização através dos ideais, que incluíam os mitos e a religião. Tais ideais se articulavam, de alguma forma, com o Mito Edipiano, com o pai e com o universo do sentido. Na medida em que ocorre um declínio da imago paterna, os ideais deixam de orientar o sujeito no adiamento da satisfação pulsional.

Com a assunção do discurso capitalista, os *gadgets*⁶, objetos fabricados pela tecnologia, passam a ordenar a realidade. A partir de uma oferta obscena de objetos, o capitalismo cria uma atmosfera onde tudo é possível. A fragilidade do anteparo da função significante não deixa alternativa, empurrando o sujeito ao consumo para que a satisfação seja imediata. Consuma! Goze! Aproveite! são os chamados que imperam e ofuscam a falta estrutural decorrente, em termos freudianos, da castração. Dessa forma, a bússola dos ideais é substituída pelos objetos que possibilitam um gozo imediato. Essa característica da época impede que o sujeito seja interrogado quanto ao desejo e, em última instância, quanto às questões relativas ao amor. A repercussão é a evidente fragilidade dos vínculos sociais. As imagens do mundo contemporâneo confirmam essa ideia quando

⁵ Na época deste texto, Lacan ainda não dispunha dos recursos do estruturalismo de Jakobson e Lévi-Strauss, denominando de imago paterno aquilo que viria a ser conhecido em seu ensino como Nome-do-Pai (NP) (MILLER, 1996). O NP é o significante que substitui outro significante, o desejo materno, através da operação da metáfora paterna. Essa operação introduz a função normativa e ordenadora da castração, limitando o gozo e, ao mesmo tempo, introduzindo a significação fálica. Desta forma, o desejo materno passa a ser orientado à incógnita fálica, separando mãe e filho.

⁶ *Gadget*, palavra em inglês que significa giringonça, foi usado por Lacan para se referir aos objetos tecnológicos de consumo que são ofertados como se fossem objetos de desejo dentro da lógica do capitalismo.

mostram, por exemplo, as *cracolândias* repletas de sujeitos que quase não falam entre si. Se antes, no auge do movimento *hippie* da década de 60, os entorpecentes eram usados em prol de um ideal de liberdade e amor, atualmente, esse tipo de comportamento não se refere a qualquer ideologia; visa uma satisfação autista devastadora e exclui o encontro com um parceiro sexual.

Nessa mesma lógica podemos localizar os comportamentos anoréxicos e bulímicos da atualidade. É evidente que o incômodo com a imagem corporal não se sustenta na possibilidade de um encontro sexual, afinal, o que se percebe é um corpo extremamente debilitado sem qualquer atrativo para o sexo. Se, antes, esse tipo de comportamento era orientado por ideais, fossem eles religiosos ou políticos, atualmente, a questão se relaciona com o excesso de imagens e objetos, inclusive o alimento, presentes no mundo moderno. Na medida em que *consomem nada*⁷, as anoréxicas parecem se rebelar justamente contra esta oferta excessiva de objetos, evidenciando com o seu corpo, até as últimas consequências, que o desejo é estruturalmente insatisfeito e que nenhum objeto é capaz de saturá-lo. Já as bulímicas parecem submeter-se à lógica do consumo desenfreado para mostrar justamente esta inconsistência do excesso de objetos, transformando-os em nada a partir da purgação (RECALCATI, 2007). O preocupante é que há algo nessa manobra que escapa ao princípio do prazer, evidenciando a devastação da pura pulsão de morte.

3.6.3 A anorexia clássica e o novo sintoma anoréxico

Embora na literatura médica existam razões para se justificar o estudo das anorexias separado das bulimias, na psicanálise, os dois quadros são habitualmente estudados como um binômio, tendo em vista o entendimento de que ambos compartilham a mesma lógica: tentar dominar o real a partir de uma imagem

⁷ Lacan ressalta o valor simbólico ao afirmar que na anorexia mental não se trata de não comer, mas sim de “comer nada”. Dessa forma, eleva o “nada” ao plano simbólico, ressaltando o papel ativo da criança ao introduzir um ponto de falta na mãe e inverter a relação de dependência (LACAN, 1995, p.188). Recalcati ressalta que o “nada” indica a característica fundamental do objeto: a de se constituir em torno do vazio. Uma vez que o objeto primevo está desde sempre perdido, o que se encontra são objetos substitutivos que não produzem a satisfação mítica do primeiro encontro. A satisfação da pulsão só é possível através da trajetória em torno do vazio deixado por essa perda inaugural. Ou seja, em última instância, o objeto da pulsão é sempre o “nada”. Nesse sentido, não se come apenas para aplacar a fome, mas também para tentar atingir essa satisfação primeira, o que nos permite dizer que o objeto em jogo se torna muito mais o “nada” - que contorna esse vazio estrutural - que o próprio alimento (RECALCATI, 2007).

idealizada desprendida do universo simbólico. Nesse sentido, a anorexia indicaria a realização desse ideal do corpo magro enquanto a bulimia representaria o seu fracasso. Ou seja, trata-se de uma oscilação de uma mesma posição cuja língua materna seria a anorexia (RECALCATI, 2007). Sendo assim, focaremos na distinção entre a anorexia clássica e o novo sintoma anoréxico para elucidar o que está em jogo nos quadros atuais.

No início de seu ensino, Lacan usava como referência o *sonho da bela açougueira* para o entendimento da anorexia. O sonho relatado a Freud pela paciente é o seguinte:

Eu queria oferecer uma ceia, mas não tinha nada em casa além de um pequeno salmão defumado. Pensei em sair e comprar alguma coisa, mas então me lembrei que era domingo à tarde e que todas as lojas estariam fechadas. Em seguida, tentei telefonar para alguns fornecedores, mas o telefone estava com defeito. Assim, tive que abandonar meu desejo de oferecer uma ceia. (FREUD, 1996c, p.181).

Esse sonho é retomado em *O Seminário, livro 05: as formações do inconsciente (1957-1958)*, onde o autor localiza a dialética do desejo e da demanda⁸ na histeria. Lacan conclui que manter o desejo insatisfeito é condição necessária para que se constitua um Outro que não seja inteiramente imanente à satisfação recíproca da demanda, à captura inteira do desejo pela fala do Outro (LACAN, 1999). Ou seja, a histórica se priva daquilo que demanda – o falo – para encarná-lo no lugar de recebê-lo. Assim, evidencia-se que o ser a que visa a anoréxica é ser o falo para o Outro, revelando que o que está em jogo é a localização de uma falta no Outro para provocar o seu amor (RECALCATI, 2007). Essa leitura insere a anorexia em uma lógica fálica que envolve a dialética do desejo. No entanto, atualmente, o que se observa com maior frequência na apresentação desses fenômenos é algo de outra ordem.

M. Recalcati provoca essa discussão ao ressaltar a contradição do termo *desejo da larva*, usado por Lacan no texto *Os complexos familiares na formação do indivíduo*. Recalcati comenta que a larva, apesar de ser um início de vida, revela

⁸ As necessidades naturais do sujeito abarcam uma dimensão fisiológico-biológica da urgência e devem, necessariamente, ser dirigidas ao Outro da linguagem para serem satisfeitas. Nesse ponto em que a necessidade passa pelo filtro significante localiza-se a demanda. No entanto, a demanda nunca é totalmente satisfeita, deixando sempre um resto que dá origem ao desejo. O desejo é aquilo que excede a demanda, fundando-se na falta-a-ser que habita o sujeito subordinado ao campo da linguagem. Dessa forma, o desejo é sempre insatisfeito, ao contrário do que propõe o capitalismo ao publicizar que certo objeto irá satisfazê-lo (RECALCATI, 2007).

uma ausência de vitalidade e de movimento que, em última instância, se relaciona com a ausência do desejo. A conjunção desses dois termos opostos pode ser observada na anorexia que, se por um lado rechaça o alimento para garantir a existência de seu desejo, por outro, executa uma manobra que culmina em uma destruição radical de qualquer possibilidade de desejo, evidenciando o poder irresistível da pulsão de morte (RECALCATI, 2007). A proximidade com a morte evoca a dimensão de gozo que ganha destaque no novo sintoma anoréxico. Ou seja, o que está em causa é um deslocamento do desejo ao gozo na medida em que o sujeito protege uma satisfação mortífera com a fome sem que isso represente uma estratégia amorosa (SANTOS, 2005).

O gozo fálico se inscreve na articulação com o simbólico e tem como apoio um corpo erogenizado, marcado pela castração, localizando-se fora do corpo, apesar de não dispensá-lo. Já o gozo do corpo propriamente dito se origina no mais-além do falo, no extático, onde o corpo *em bloco*, sem partição, se oferece por inteiro ao dilaceramento. No novo sintoma anoréxico, o que observamos é um corpo de gozo em oposição a um corpo de prazer. As sensações de privação e, prioritariamente a fome, instalam uma tentação que se torna fonte de gozo. Refugiar-se no corpo, implica *colar-se* a ele ao máximo, devido aos sofrimentos e pensamentos que se impõem. Nesse sentido, o corpo estaria intensamente presente, ainda que exaurido de seus recursos libidinais. Portanto, a anoréxica contemporânea revela o que seria esse gozo do corpo, gozo da privação, fora do sexo, para além do gozo fálico (BIDAUD, 1998). A aliança do gozo com o significativo mortal pode ser evidenciada na medida em que a eventual melhora dos sintomas anoréxicos não impede que esses sujeitos se suicidem.

Lacan, ao falar do *apetite de morte*, destaca que a tendência à morte não é algo que tem sua explicação em um fundamento biológico, mas sim nas marcas definitivas que a mãe imprime na estrutura psíquica do sujeito sob a forma original do desmame. Assim, o empuxo à morte estaria associado a uma tentativa de resgate do Outro materno denominado por Lacan como um “canibalismo fusional”. É nesse ponto que ele localiza a anorexia como *uma forma especialíssima de suicídio* (LACAN, 2003a, p. 39, 41). Trata-se de uma tentativa de reencontrar o gozo perdido através de uma passagem impossível pela morte, revelando uma posição fundamentalmente melancólica do sujeito. Tendo em vista a fragilidade da função paterna no mundo contemporâneo – que é a de proteger o sujeito dessa devoração

–, fica claro que, no novo sintoma anoréxico, essa vertente de gozo está mais presente.

Recalcati destaca que o núcleo melancólico das anorexias e bulimias se encontra justamente nessa ausência de consentimento do sujeito em relação à perda do objeto. O objeto é conservado, seja na forma da identificação ao morto nas anorexias, seja na forma de uma busca compulsiva do vazio deixado pelo objeto perdido no real do objeto comida nas bulimias (RECALCATI, 2007).

3.6.4 A *dismorfofobia*

Na sociedade atual observamos o império dos meios de comunicação em massa que refletem a economia do capitalismo ao fazer circular imagens instantâneas que passam a substituir as palavras. Essas imagens, antes mesmo de serem assimiladas, desaparecem, dando lugar a outras e levando consigo a possibilidade de qualquer historização. Ou seja, trata-se de imagens vazias de sentido que não possibilitam um intercâmbio dialético com os consumidores (EIDELBERG et al., 2004). É essa imagem pura que ganha proeminência nas anorexias e bulimias atuais, podendo-se dizer que o que está em jogo é muito mais uma alteração da percepção do que do comportamento alimentar.

Essa constatação é clara quando comparamos a descrição atual das anorexias e bulimias, que coloca acento na percepção deformada da imagem corporal, com aquelas do passado, como as santas jejuadoras, que não mencionam esse fenômeno. Aliás, nem mesmo o texto freudiano *Rascunho G. Melancolia* (1895), que faz referência à famosa “anorexia nervosa das moças jovens”, o menciona, relacionando a perda de apetite exclusivamente à perda de libido que marca a melancolia (FREUD, 1996a, p. 247).

Na verdade, a distorção da imagem, conhecida na psicopatologia como *dismorfofobia*, foi ressaltada pela psicanalista pós-freudiana Hilde Brunch como um aspecto importante nos transtornos alimentares. A *dismorfofobia* se relaciona diretamente com a constituição da imagem corporal, tema em torno do qual a psicanálise sempre se debruçou.

A experiência do espelho foi abordada de diversas maneiras por estudiosos, uma vez que se trata de um momento essencial no processo de maturação e desenvolvimento da criança. A novidade introduzida por Lacan foi a de elevar essa

experiência ao *status* de um paradigma estrutural permanente da subjetividade humana. A partir dos dados experimentais da psicologia comparada, o psicanalista elaborou, ao longo de seu ensino, o famoso Estádio do Espelho para se referir ao momento da constituição do eu a partir da imagem do próprio corpo vista no espelho. Basta observarmos uma criança, ainda imatura em relação ao domínio motor e fisiológico, para constatar a manifestação de júbilo que a imagem de um corpo inteiro lhe causa. Nesse momento, ela olha para o adulto para encontrar no olhar do outro a confirmação do reflexo que vê. A partir desse momento, a criança se aliena nessa imagem “que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental” (LACAN, 1998c, p. 100). Dessa forma, Lacan atribui à imagem um papel fundador na constituição do eu, ressaltando que a relação do sujeito consigo e com os outros será sempre determinada por este eixo imaginário. A confirmação do adulto através de seu olhar é fundamental para que o sujeito organize uma representação de sua imagem articulada à linguagem e ao simbólico, propiciando a ligação do eu a situações *socialmente elaboradas* (LACAN, 1998c). Nesse ponto, temos a matriz simbólica do Estádio do Espelho, cuja importância pode ser observada quando ela fracassa como, por exemplo, nas psicoses com os seus fenômenos de despedaçamento corporal. Nesse lugar simbólico, surge a formação do Ideal do Eu⁹, que irá regular a relação do sujeito com sua imagem.

A deformação da imagem corporal tão presente nas anorexias e bulimias atuais parece se relacionar justamente com essa matriz simbólica conhecida na psicanálise lacaniana como Ideal do Eu. Essa instância fica prejudicada com o enfraquecimento do simbólico que marca o mundo contemporâneo, provocando uma desorganização do campo imaginário. A imagem dissociada do simbólico deixa de funcionar como um véu para um excesso de gozo que se irrompe no espelho como um excesso de carne. É exatamente esse excesso que angustia as anoréxicas e bulímicas, que encontram no jejum e nas purgações uma forma de defesa (EIDELBERG et al., 2009).

Essa articulação nos permite repensar a efetividade das propostas que pretendem controlar a suposta epidemia de anorexias e bulimias através de leis que

⁹ Sigmund Freud utilizou a expressão Ideal do Eu para designar o modelo de referência ao eu, simultaneamente substituto do narcisismo perdido da infância e produto da identificação com as figuras parentais e seus substitutos sociais. Lacan em *O Seminário, livro 01: os escritos técnicos de Freud (1953-1954)*, afirma que o Ideal do Eu é o outro como falante, o outro na medida em que mantém com o sujeito uma relação simbólica sublimada na qual o manejo dinâmico é ao mesmo tempo igual e diferente à libido imaginária (ROUDINESCO et al., 1998).

tentam controlar o peso das modelos e exigem que marcas famosas do mundo da moda fabriquem roupas com tamanhos maiores. Na verdade, não se trata de tomar as anorexias e bulimias a partir de uma perspectiva meramente sociológica, dando ênfase ao impacto do mundo da moda sobre os ideais de um corpo feminino esquelético. Talvez os ideais de magreza corroborem para que atualmente tenhamos mulheres mais magras do que em outras épocas, mas não justificam o fenômeno da dismorfofobia (EIDELBERG et al., 2004, 2009).

3.6.5 Feminino e puberdade: fatores de risco?

Os estudos estatísticos presentes na literatura médica revelam que as anorexias e bulimias apresentam uma relação inequívoca com o sexo feminino e, habitualmente, se iniciam na puberdade.

Em relação ao feminino, conforme vimos na discussão sobre a etiologia, o impacto do ideal de beleza centrado no corpo magro, sustentado pela mídia e pela opinião pública, é apresentado como um fator predisponente para o desenvolvimento desses sintomas. Não obstante, não podemos esquecer que, além do discurso social, existe um sujeito responsável por essa escolha sintomática, o que torna relevante a investigação das particularidades da sexualidade feminina.

A tentativa de definir o feminino acompanha a psicanálise desde sua origem. Freud revelou um embaraço ao tentar determinar a posição específica de cada sexo a partir da presença ou ausência do falo, já que o que estava em jogo era uma característica desconhecida que fugia ao alcance da anatomia. Lacan, em *A significação do falo* (1958), esclarece que o falo não é um objeto do registro imaginário, mas sim, um significante cuja função é designar os efeitos de significado (LACAN, 1998f). A partir da descoberta infantil da diferença entre os sexos, o pênis é revestido de valor fálico, o que não quer dizer que o falo e o pênis sejam a mesma coisa. Aliás, na verdade, nem o homem, nem a mulher possuem o falo, afinal, esse só desempenha o seu papel enquanto simulacro, enquanto um significante do desejo.

Lacan propõe situar a relação entre os sexos em torno de um ser e de um ter o falo. O psicanalista define a posição da mulher como estando ao lado do ser o falo, destacando que “é para ser o falo, isto é, o significante do desejo do Outro, que a

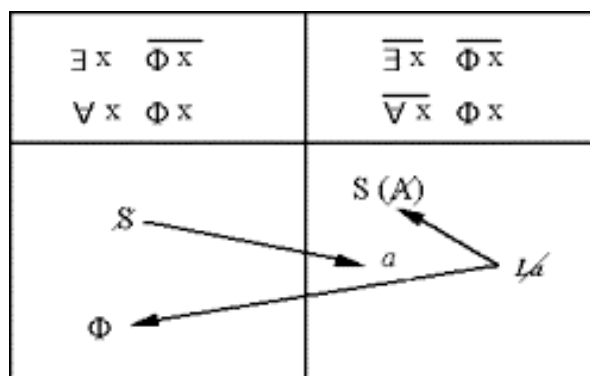
mulher vai rejeitar uma parcela essencial da feminilidade, nomeadamente todos os seus atributos na mascarada.” (LACAN, 1998f, p. 701)

A estratégia da mascarada fálica foi desenvolvida por Lacan, a partir do caso clássico relatado pela psicanalista Joan Rivière, como um recurso possível para que se constitua uma posição feminina. O jogo da mascarada pode ser entendido como uma encenação onde a mulher finge dar o que não tem, ou seja, o que está em questão é a ilusão do ter. Para isso, o corpo feminino é inteiramente revestido por um brilho fálico que, ao mesmo tempo, mascara a sua falta e presencia uma ausência.

A estrutura simbólica do jogo da mascarada é clara, uma vez que visa o parceiro sexual, ou seja, o falo do homem. Trata-se de uma estratégia que remete ao desejo e marca a presença de um laço discursivo. Nesse ponto, podemos localizar no texto freudiano *Feminilidade* a importância que a vaidade física assume para a mulher. Afinal, para entrar na dialética do desejo, ainda que seu desejo esteja causado pelo órgão que ela vai encontrar no corpo de um homem, ela não pode “(...) fugir à necessidade de valorizar os seus encantos, do modo mais evidente (...)” (FREUD, 1996p, p. 131). É nesse sentido que, ao se localizar em uma lógica totalmente fálica, a mulher rejeita uma *parcela essencial da feminilidade*.

Posteriormente, Lacan desenvolveu, em *O Seminário, Livro 20: Mais, ainda (1972-1973)*, um quadro para abordar a divisão dos sexos dos seres falantes conhecido como quadro da sexuação (FIG. 1).

Figura 1 - Quadro da sexuação



Fonte: (GRANT, 1998)

A sexuação se refere a uma operação de inserção subjetiva em um dos lados da partilha sexual, o que explicita a ausência prévia de uma identidade sexual para

os seres falantes. Lacan explica que, como a relação entre os sexos não ocorre naturalmente, ela precisa ser tomada como um arranjo, uma suplência. Através de fórmulas lógicas, o psicanalista estabeleceu dois modos de subjetivação para o desejo e o gozo sexual: um que ele denominou lado homem e outro, lado mulher. Na verdade, essas denominações não designam identidades sexuais, mas posições do sujeito em relação ao falo, ao desejo e ao gozo. O psicanalista propõe que todo ser falante, independente do sexo anatômico, se inscreve e se movimenta de um lado ou de outro desse quadro (LACAN, 2008).

Do lado esquerdo do quadro, localiza a inscrição da posição homem onde existe ao menos um não submetido à lei da castração ($\exists x \overline{\phi x}$). Essa exceção é encarnada pelo pai da horda que pode gozar de todas as mulheres, permitindo que todo homem esteja totalmente submetido ao gozo fálico ($\forall x \phi x$). Já no lado mulher, localizado ao lado direito, não existe essa exceção ($\overline{\exists x \overline{\phi x}}$), o que impede qualquer universalidade, universalidade essa que diz respeito à função fálica. Nesse ponto, podemos deduzir o aforismo lacaniano de que *não existe A mulher*, mas sim, as mulheres. Elas serão sempre não-todas submetidas ao gozo fálico ($\overline{\forall x \phi x}$). Pelo fato mesmo de serem não-todas, as mulheres têm, em relação ao gozo fálico, um gozo que Lacan nomeia como suplementar. Essa articulação se distancia da ideia freudiana de que o feminino é a falta do falo. Afinal, não é por elas serem não-todas inscritas na função fálica que deixam de estar nela de todo (LACAN, 2008).

Miller, em seu curso *El partenaire-síntoma*, faz uma leitura que esclarece os efeitos dessas fórmulas na imagem narcísica de cada uma das posições sexuais. Do lado masculino, existe o órgão fálico que se localiza fora do corpo, funcionando como uma exceção que coloca o corpo em um conjunto fechado. Já do lado feminino, a ausência de um órgão que se constitua como exceção faz com que o corpo esteja em um conjunto aberto (MILLER, 2008). Essa leitura nos remete mais uma vez à parceria da mulher com o espelho de tal forma que ela precisa estar se olhando e retocando permanentemente sua imagem não unificada. Contudo, não basta unificar o corpo, mas também fazê-lo entrar na dialética do desejo através da estratégia da mascarada.

Dessa forma, podemos localizar a problemática estrutural da imagem no feminino em dois momentos distintos do ensino de Lacan. Tais indicações se tornam importantes no estudo de quadros em que a deformação da imagem especular

ganha destaque, permitindo avançar na justificativa para a maior prevalência no sexo feminino. Esses mesmos argumentos também nos ajudam a pensar nas particularidades das mulheres que fazem com que elas sejam mais afetadas pelos ideais de beleza ditados pelo mundo da moda.

A investigação dos fatores de risco associados aos sintomas alimentares se torna ainda mais instigante quando consideramos que esses quadros, habitualmente, se iniciam na puberdade. A literatura médica, ao considerar a puberdade como um fator predisponente, acaba colocando pouca ênfase no que está em jogo nessa fase de *delicada transição*.

Na medicina, a puberdade é entendida como uma fase do desenvolvimento que se inicia com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e termina quando a maturidade sexual é atingida. As mudanças biológicas se associam a uma série de transformações psíquicas singulares que, muitas vezes, são englobadas na ideia de *crise da adolescência*.

Stevens indica que, na psicanálise, a adolescência pode ser concebida como uma fase de uma grande diversidade de respostas e escolhas de um sujeito diante do real da puberdade. Para entendermos o real que está em jogo, é necessário situarmos o real das transformações do corpo orgânico naquilo que, do gozo, restará de estrangeiro ao corpo que se torna significante. Ou seja, trata-se da irrupção de um órgão marcado pela linguagem na ausência de um saber sobre o sexo (STEVENS, 1993).

Na adolescência, o corpo torna-se o palco de diversas inquietações, adquirindo um estatuto diferente na medida em que passa a ocupar o lugar onde se atualizam os problemas da identidade, do desejo e do gozo sexual. O surgimento dos caracteres sexuais secundários evidencia uma disjunção entre a imagem e a identificação simbólica oriunda do discurso parental. Dito de outra forma, as alterações físicas provocam certo despedaçamento imaginário que lança o sujeito na busca de novas identificações, sejam elas simbólicas ou imaginárias, que possibilitem a separação entre ele e os seus pais.

Nesse contexto, podemos localizar uma infinidade de respostas como, por exemplo, a formação de *tribos* e a paixão por ídolos que, muitas vezes, se distanciam dos ideais paternos, outorgando uma inscrição simbólica ao sujeito. Também é frequente o tratamento do corpo através de *piercings*, tatuagens e incisões corporais deliberadas.

Não obstante, nem todas as respostas permitem que o sujeito se localize no campo da sexuação, sobretudo, quando pensamos nas particularidades dessa localização no feminino. Nesse ponto, é possível situar os relatos das anoréxicas e bulímicas que delimitam precisamente o momento em que o corpo começa a se tornar perturbador, fazendo referência às modificações puberais, incluindo a menstruação. São exatamente esses signos que acabam sendo apagados nas manobras de jejum, evitando um posicionamento em relação ao sexo.

Para concluir, vale retomar a ideia de que, se, por um lado, o feminino e a puberdade laçam o sujeito em direção a uma problemática relativa à imagem corporal, por outro, a forma como cada um subjetiva essa questão não pode ser esquecida. O risco desse esquecimento é patente ao considerar o feminino e a puberdade como fatores de risco e pode escamotear a essência do sujeito que se manifesta em suas escolhas.

3.6.6 Os princípios no tratamento

O diagnóstico em psicanálise parte do critério estrutural¹⁰, servindo como um ponto importante na condução do tratamento. Dizer que um sujeito é anoréxico ou bulímico pouco auxilia na articulação dos fenômenos à estrutura, o que impõe um esforço por parte do analista para elucidação desse enigma. O grande problema é que estabelecer um diagnóstico estrutural nesses quadros, habitualmente, é complicado. Aliás, essa dificuldade é patente nos ditos *novos sintomas*, dadas as características que eles assumem no mundo contemporâneo. Na psicanálise lacaniana, diversos autores ressaltam que o critério baseado na presença ou ausência do Nome-do-Pai (NP)¹¹, centrado no modelo edipiano, é insuficiente para

¹⁰ O diagnóstico estrutural parte da ideia lacaniana de que o sujeito é um efeito de linguagem, tendo como foco a forma em que o sujeito se localiza no discurso, ou seja, a relação do sujeito com o Outro. Dessa forma, o diagnóstico estrutural só é possível a partir da fala do paciente e da transferência.

¹¹ A elaboração lacaniana inicial em torno do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose centra-se na ação fundamental do significante NP que ocorre no complexo de Édipo. Na neurose, a realidade seria constituída a partir da presença desse significante mestre que permitiria a operação da metáfora paterna. Nesse caso, o mecanismo que estaria em jogo seria o processo de recalque seguido do retorno do recalçado na forma de sintoma. Na psicose, esse significante estaria foracluído, o que provocaria um defeito na constituição do Outro, dificultando a entrada do sujeito na linguagem e sua inscrição em um discurso. O Outro, sem qualquer regulação pelo NP, se tornaria um Outro absoluto, sem faltas, inflexível, imperativo e decido a fazer do sujeito o seu objeto de gozo. O sujeito estaria exposto ao retorno no real daquilo que fora excluído do simbólico na forma de uma metonímia sem pausas, tal como se observa nas formações delirantes. Assim, pode-se dizer que o

entender os casos com os quais nos deparamos na clínica atual (RECALCATI, 2007; SANTOS, 2008). Apesar disso, esse conceito ainda funciona como um importante referencial, devendo o analista saber fazer uso dele sem deixar de ir mais além em direção ao ponto de singularidade de cada sujeito. Dessa forma, podemos dizer que, para a psicanálise, não existe a anorexia ou a bulimia no singular, mas sim as anorexias e as bulimias no plural. Cada uma delas se articula a uma estrutura particular específica, seja neurótica ou psicótica, e a um ponto de singularidade que diz respeito ao gozo.

No campo das psicoses, as anorexias e bulimias podem funcionar como uma barreira diante de um Outro invasivo que quer gozar do sujeito. Além disso, a identificação com o sintoma, que o faz dizer, por exemplo, “sou anorético”, pode funcionar como uma suplência imaginária ao significante foracluído NP. Dessa forma, essa suplência pode permitir à psicose se manter estabilizada sem os fenômenos característicos, como delírios exuberantes e alucinações auditivas, que marcam a perda de contato com a realidade. No campo das neuroses, as anorexias e bulimias ganham o estatuto de uma provocação dirigida ao Outro para interrogar o seu desejo. Para isso, o sujeito pode fazer de seu próprio corpo aquilo que pode faltar ao Outro, apontando-lhe uma falta que o faz desejar. Pode ainda renunciar ao desejo de forma definitiva, arriscando a vida antes de mostrar a sua falta e dar um sinal de seu desejo ao Outro (RECALCATI, 2007).

Mais além da estrutura, deve-se ter em mente que os fenômenos anoréticos e bulímicos funcionam como resposta a um mal-estar singular do sujeito que, de alguma forma, também se relaciona com o mal-estar da época. Trata-se de manifestações que ofuscam as verdadeiras causas subjetivas relacionadas, em última instância, ao sexo, ao amor, à morte, enfim, a tudo aquilo que diz respeito a um ponto indizível que aprendemos com Lacan a chamar de real.

A psicanálise, entendendo que o sintoma reflete algo que escapa do universo simbólico e de qualquer tentativa de controle, orienta o tratamento muito mais em direção a uma reabilitação do excesso que à sua dissolução. Ou seja, não se trata de tentar extirpar o gozo, mas sim de ressaltar o valor do sintoma como uma solução particular que possibilita a sua organização.

delírio seria uma tentativa do sujeito psicótico reconstruir a realidade desorganizada em ocasião de um desencadeamento.

Ao compreender as alterações dos comportamentos alimentares como soluções que se relacionam com um modo singular de funcionamento subjetivo, seja em uma neurose ou em uma psicose, o tratamento é articulado no caso a caso, priorizando o entendimento da função dessas alterações para certo sujeito e avaliando as consequências de sua remoção (EIDELBERG et al., 2004).

Nesse sentido, a psicanálise caminha em direção oposta ao discurso científico do capitalismo, que é solidário com o apagamento da subjetividade e tende à homogeneização do entendimento e tratamento. A psiquiatria atual, ao denominar as anorexias e bulimias como *transtornos alimentares*, coloca ênfase justamente em um suposto defeito de um consumo considerado normal, insistindo na ideia de retificar um comportamento desviado. A articulação meramente estatística possibilita algumas descrições que tocam superficialmente alguns dos fenômenos centrais, no entanto, carece de uma lógica consistente que os articule e possibilite um melhor entendimento do que realmente está em jogo nesses quadros.

A partir de uma orientação ética, centrada no sujeito, a psicanálise apresenta uma possibilidade de resgate da clínica que muito tem contribuído para o entendimento dessas manifestações e seu tratamento. A aposta recai justamente no ponto em que o capitalismo fracassa: o amor. Afinal, é a partir do amor de transferência que surge no encontro com um analista, que o sujeito pode criar soluções menos devastadoras para bordejar o real. A prática da psicanálise lacaniana é marcada por um esforço poético já não centrado no sentido, no passado, no Édipo, e sim em um corte possível através da transferência com efeito de surpresa que possibilita ao sujeito construir um *saber-fazer* com a verdade de seu gozo, encontrando uma nova modalidade amorosa de laço com o outro (EIDELBERG et al., 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 A Construção do Caso Clínico como forma de Pesquisa em Psicanálise

4.1.1 Introdução

Para trabalhar a metodologia, tomaremos como referência a noção de Construção do Caso como foi proposta pelo psiquiatra e psicanalista italiano Carlo Viganò a partir de sua longa experiência de aplicação desse método na *Escola de Especialização em Psiquiatria da Universidade de Milão*. Posteriormente, o modelo foi incorporado por diversas instituições psiquiátricas italianas, possibilitando um debate clínico aberto e sem esoterismo. Nesse contexto, a Construção do Caso se revelou como um potente instrumento de formação dos profissionais e de avaliação do trabalho em equipe, possibilitando a melhoria da qualidade clínica dos serviços de saúde mental. Em 1997, Viganò realizou uma exposição emblemática dessa experiência no *Seminário de Saúde Mental, Psiquiatria e Psicanálise* que aconteceu em Belo Horizonte¹². Desde então, essa metodologia passou a nortear a prática clínica em diversos serviços de saúde mental do Brasil, estendendo-se para o campo da pesquisa clínica em psicanálise¹³.

A Construção do Caso permite a elaboração dinâmica de um saber cujo foco é o sujeito que sofre de seu sintoma. Essa referência é diferente de outras práticas em que as discussões giram em torno de questões epistemológicas relativas ao adoecer psíquico ou baseiam-se em protocolos semiológicos estabelecidos a partir da formalização empírica idealizada pela ciência positivista que exclui o sujeito em favor da objetividade e da universalidade, deixando a clínica em segundo plano (VIGANÒ, 2010a).

Como ponto de partida, adotamos o caso que, como lembra Figueiredo (2004), é diferente do sujeito. O caso se baseia em uma construção, a partir dos

¹² Essa conferência foi publicada no artigo intitulado *A construção do caso clínico em Saúde Mental*, referência fundamental para quem se interessa sobre o assunto (VIGANÒ, 1999).

¹³ Como referência, indicamos três publicações brasileiras importantes de psicanalistas que aplicaram o método em pesquisas reconhecidas no campo da saúde mental e que serviram como suporte para o desenvolvimento desse estudo: *A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental* (FIGUEIREDO, 2004), *Metodologia em Ato* (TEIXEIRA, 2010) e *A política do sintoma e a construção do caso clínico: modos de transmissão da psicanálise na prática coletiva em saúde mental* (BURSZTYN, 2012).

elementos colhidos das falas e ações do sujeito, de onde podemos inferir sua posição subjetiva no discurso. Ao realizarmos uma torção do sujeito ao discurso, podemos retomar à sua localização particular na linguagem, que nos permite deduzir um diagnóstico estrutural e articulá-lo aos pontos de singularidade. Essa articulação promove mudanças no eixo da discussão do diagnóstico e do tratamento, permitindo a transmissão de algo singular do sujeito que pode ter efeitos no trabalho de uma equipe, mesmo que esta esteja constituída por profissionais sem formação em psicanálise. Isso não significa que esses profissionais não estejam implicados na clínica, devendo assumir uma postura de responsabilidade diante do desejo de sustentar um trabalho nesses moldes (FIGUEIREDO, 2004).

Figueiredo se pergunta como constituir um solo comum de trabalho em uma equipe heterogênea, com diferentes formações e referências teóricas, a partir da concepção do sintoma pela psicanálise. Conclui que isso ocorre na medida em que essa concepção avança do particular (o diagnóstico) para o singular (o sujeito do inconsciente), chegando ao geral (os projetos terapêuticos elaborados pela equipe). É quando a psicanálise consegue transmitir que o sintoma não vai sem o sujeito e que o sujeito é aquele do inconsciente (FIGUEIREDO, 2004), que ela atua no geral. Assim, coloca em destaque o sujeito e suas produções em detrimento de um modelo de reabilitação em sua dimensão moral e pedagógica.

É nesse sentido que Viganò (2010) propõe que a Construção do Caso seja um trabalho democrático no qual cada um dos protagonistas envolvidos (profissionais, familiares e instituições) participa com suas contribuições. No entanto, adverte que esse debate democrático não deve visar um consenso quanto à melhor conduta a ser tomada (VIGANÒ, 2010a). Dessa forma, estaríamos diante da autoridade do mestre, excluindo o sujeito que é o verdadeiro protagonista de todo o trabalho. Não se trata de nos perguntarmos o que é melhor para um paciente ou o que podemos fazer por ele e sim, o que ele pode fazer por si.

O ponto comum a ser buscado na Construção do Caso por uma equipe é o ponto cego das narrativas em que pode ser evidenciado um vazio de saber. É nesse lugar em que podemos encontrar o sujeito e a doença que o acometeu. Portanto, o trabalho consiste em uma inversão dialética das partes de tal forma que a rede social envolvida no caso coloca-se em posição de discente e, o paciente, na posição de docente (VIGANÒ, 1999, 2010a). Seguindo a indicação do psicanalista Zenoni

(2000), a equipe deve se instalar no lugar de *aprendiz da clínica* (ZENONI, 2000), servindo-se das produções do sujeito como norteadores do tratamento.

Viganò (1999) convida a pensar a Construção do Caso como uma orientação da experiência em direção ao real, ou seja, ao ponto de singularidade que aprendemos com cada sujeito. O autor retoma a etimologia da palavra “caso” para reforçar essa ideia. Mostra que caso vem do termo latino, *cadere*, que significa cair ou ir para fora de uma regulação simbólica. Propõe que construir um caso é ir ao encontro do real, ou seja, daquilo que não pode ser dito, mas sim, circunscrito por um saber a partir de uma operação metafórica (VIGANÒ, 1999).

A definição de Viganò (1999) da Construção do Caso como uma operação capaz de cingir o real que escapa à regulação simbólica está afinada ao conceito lacaniano de real apresentado em *O Seminário, livro 20: mais, ainda (1972-1973)*. Ali, o real aparece como ponto de impasse da escrita. A escrita é o que sustenta o que não se pode escrever¹⁴. Dessa forma, podemos entender que, para Viganò (2010), este é o objetivo da Construção do Caso: sua redução a uma escrita mínima, que permitiria a circunscrição do real como impossível de tal forma que seja passível de transmissão (VIGANÒ, 1999 e 2010b).

Para sustentar essas considerações iniciais, examinemos o que vem a ser construir um caso em psicanálise, partindo do termo construção, introduzido por Freud no texto *Construções em análise*, e das contribuições dos textos que lhe são contemporâneos: *Análise terminável e interminável* e *Moisés e o monoteísmo*.

4.1.2 Analisar: criar um saber sobre a pulsão

Ao escrever os textos de 1937, Freud estava às voltas com questões que se encontram no cerne da noção de construção do caso: Como construir um saber

¹⁴ Em certo momento do seminário, Lacan usa a lógica modal aristotélica para conjugar os modos de cada sujeito se relacionar com a função fálica. Ele modifica a contribuição de Aristóteles para dela melhor se servir e transpõe as proposições modais para o registro da escrita. Define o necessário como aquilo que não cessa de se escrever, o que se escreve sem parar. A contingência como o que cessa de não se escrever, como o que pode eventualmente se escrever ou como o que pode se escrever de um modo ou de outro. O possível é o que cessa de se escrever, o que não está escrito de uma vez por todas. E, finalmente, apresenta o impossível como o que não cessa de não se escrever, o que não se escreve jamais, concluindo que esse impossível é o real. Ainda nesse seminário, Lacan, recorre mais uma vez à lógica para elaborar sua teoria sobre a sexuação, processo através do qual o gozo do sujeito, ao passar pelo significante, torna-se fálico. O recurso à lógica se explica pelo fato de que, para o autor, o real do sexo é o impossível de se escrever da relação sexual. Como ele supõe que as lógicas existentes alcançam uma formalização do impossível, acredita que, por meio delas, abre-se a possibilidade de cernir o impossível do sexo (LACAN, 2008).

sobre a verdade do sujeito que não surge sob a forma do retorno do recalçado? Como a verdade histórica é remanejada pelo saber?

Em *Análise terminável e interminável*, ao definir a expressão *término de uma análise*, estabelece as seguintes condições: 1) que o paciente não sofra mais de seus sintomas, ansiedades e inibições; 2) que o analista considere que a quantidade de material recalçado tornado consciente seja o suficiente para que processo patológico não se repita (FREUD, 1996r). Nota-se que o término da análise, nessa primeira definição, está ligado a uma tomada de posição do analista, pois depende de seu julgamento, o qual só pode ser efetuado a partir das hipóteses construídas para pensar o caso e da avaliação da análise em questão. Isto é, a tomada de posição do analista tem relação direta com a construção que ele faz do caso.

Além disso, afirmar que o final de análise depende da quantidade de material recalçado tornado consciente é o mesmo que dizer que depende de uma aquisição de saber com o qual o sujeito consente.

Vale assinalar que o ganho de saber ocorre em diferentes registros. Por um lado, temos o saber produzido pelo próprio paciente em análise, que sofre, evidentemente, as incidências das interpretações do analista. Por outro, temos o saber produzido pelo próprio analista. Esse último se desdobra no saber construído sobre a singularidade de um sujeito específico – e aqui estamos no âmbito da Construção do Caso – e no saber construído que permite certa generalização, podendo servir de baliza para a reflexão sobre outros casos – e aqui estamos no âmbito da teoria.

Retornando ao texto *Análise terminável e interminável*, é preciso destacar que Freud não se contenta com a primeira definição da expressão *término de uma análise*, propondo um segundo significado que ele designa como ambicioso, pois supõe que uma influência tão poderosa da análise foi exercida sobre o paciente que se tornou impossível qualquer outra modificação no caso. A normalidade psíquica teria sido alcançada a partir da solução de todos os recalçamentos do paciente e do preenchimento de todas as lacunas em sua lembrança (FREUD, 1996r). Nesse ponto, Freud nos convida a examinar a experiência clínica e a teoria para descobrir se isso é possível. O resultado do duplo exame é a série de obstáculos inventariados para que uma análise se cumpra de modo integral, o que o leva à conclusão da inexistência de uma análise sem restos.

A ideia de que no tratamento analítico existem sempre manifestações residuais é essencial no texto de Freud. Nesse sentido, ele se posiciona contra Rank, que defende que o recalque originário tem um conteúdo determinado, sendo possível ir, diretamente, a esse ponto. Para Freud, o recalque originário não tem conteúdo, o que faz com que a verdade de um sujeito não possa ser esgotada e que não exista uma última palavra em análise. A pergunta sustentada ao longo do texto é, justamente, a de saber como pensar a conclusão da análise sem essa última palavra. A saída freudiana é a de situar a conclusão da análise em dois pontos: na articulação do sujeito interpretável com a pulsão e no que ele denominou “estado criado” (FREUD, 1996r, p. 242).

Por um lado, Freud considera a possibilidade do “amansamento da pulsão” (FREUD, 1996r, p. 240-241), que não significa livrar-se dela, mas colocá-la em harmonia com o eu, evitando que ela siga independentemente seu caminho para a satisfação. Sua posição, portanto, é a de que a psicanálise pode reconhecer o conflito entre o eu e a pulsão, pode enfrentá-lo e transformá-lo, mas, em nenhum caso, pode eliminá-lo, o que faz com que a decisão do conflito pulsional, em psicanálise, se dê em função de um indecível. Por outro lado, Freud aponta para certo efeito da análise: a elaboração de um *estado criado do eu*, que não surge espontaneamente (FREUD, 1996r). Esta é uma indicação importante, na medida em que a expressão “estado criado” evoca a característica fundamental da análise, que se diferencia pela variedade dos tratamentos possíveis dados à pulsão a partir da abertura à surpresa, ao encontro e à invenção.

Em síntese, o que Freud acentua é que a análise envolve uma decisão – tanto do analista quanto do analisante – acerca de um indecível relacionado à criação ou à invenção. Decisão esclarecida, evidentemente, que excede a determinação que o sujeito sofre do significante e do objeto que causa seu desejo, mas que, ao mesmo tempo, depende dela.

Ao mencionar o indecível do processo analítico, nos referimos, especificamente, ao que Freud situa no horizonte do final da análise, a saber, a incurável divisão do sujeito, o conflito entre a pulsão e o eu (*ich*). Diante disso, Freud não acredita que a análise venha promover qualquer tipo de unificação ou totalização do psiquismo. Quando se pergunta como é que a análise pode intervir nesse conflito, a resposta que lhe ocorre é dizer que ela pode reconhecê-lo e

enfrentá-lo. Pode transformá-lo por meio de saídas e soluções criativas, mas, em nenhum caso, eliminá-lo.

Esse aspecto da criação, retomado nos artigos *Construções em análise e Moisés e o monoteísmo*, é central quando pensamos na Construção do Caso, pois também aí está em jogo a construção de um saber sobre a pulsão, causa do sintoma do sujeito. Isso significa que a construção a respeito de um caso não se limita ao que se pode interpretar e decifrar do sintoma. Inclui, igualmente, a invenção de um saber sobre algo que não se encontra no registro das representações e que Freud, em 1937, chamou de *verdade*. Vejamos de que verdade se trata.

4.1.3 Construções sobre a verdade histórica

Em *Moisés e o monoteísmo*, a edificação do judaísmo foi vista por Freud como um saber elaborado sobre a verdade histórica, que se refere, entre outras coisas, ao assassinato de Moisés por seu povo. Esse assassinato é a causa ativa que permaneceu velada na história da religião judaica. Freud, no entanto, num determinado momento, faz intervir uma causa e uma verdade mais arcaicas. Afirma que o assassinato de Moisés seria a repetição real do traço de memória esquecido do assassinato do pai da horda primitiva. A ulterior reabilitação do Deus único pela religião judaica seria a reconciliação com esse pai, determinada pelo sentimento de culpa (FREUD, 1996q).

Assim, para Freud, existem duas causas envolvidas na constituição da religião judaica, que ele faz equivaler ao sintoma. A primeira é o assassinato de Moisés, inscrição histórica recalcada pelos relatos da tradição. Já a segunda não é da ordem do recalcado, pois não há inscrição histórica. Na verdade, o assassinato do pai primitivo é um mito freudiano. Freud relaciona a primeira causa à verdade material, ou seja, à materialidade dos fatos e a segunda, à verdade histórica. Essa última tem relação com o fato de que, nos tempos primitivos, houve uma pessoa imensamente poderosa, que retornou, posteriormente, na memória dos homens, elevada à posição de divindade (FREUD, 1996q). Podemos relacionar a verdade histórica com a noção de *nachträglich*, explicitada na análise do caso Emma, presente no texto *Projeto para uma psicologia científica*. Esse caso ilustra o que Freud busca evidenciar com a definição dos dois tipos de verdade que se articulam e atuam como causa do sintoma.

Como se sabe, Emma é uma moça que não é capaz de entrar sozinha numa loja e explica seu sintoma com a seguinte lembrança: aos doze anos, entrou numa loja e, ao perceber o riso dos vendedores, se assustou e fugiu. Na análise, contudo, surge uma segunda lembrança. Aos oito anos, esteve em uma confeitaria e o confeitoiro tocara seus órgãos genitais. Na primeira cena, aos oito anos de idade, Emma não se abalou e, somente com a segunda, a primeira adquiriu valor traumático e desencadeou a angústia. Na opinião de Freud, a segunda situação (o riso dos vendedores) despertou um afeto que não pôde se expressar na primeira (a sedução do confeitoiro) dada a imaturidade sexual de Emma. A nova compreensão, surgida na puberdade, preenche o vazio de significação da primeira cena de sedução (FREUD, 1996b).

A perspectiva freudiana é a mesma em *Moisés e o monoteísmo*: o sintoma da religião judaica é causado pela incidência de um fato posterior (o assassinato de Moisés) sobre um primeiro, mais arcaico (o assassinato do pai da horda primitiva). Para Freud, a segunda situação – seja no caso Emma, seja no caso da religião judaica – remodela, posteriormente, aquilo que, na primeira situação, não conquistou representação no psiquismo.

Assim, a visada de Freud oferece uma concepção do inconsciente antagônica à ideia de uma memória onde tudo já está dado e inscrito sob a forma do recaiado. O comentário acima deixa claro que o sintoma implica em um manejo do saber no tempo, que faz surgir, do arcaico, algo que não podemos dizer que já estava aí.

É importante dizer que o saber elaborado pelo analisante em análise e pelo analista, na Construção do Caso, obedece ao mesmo modelo descrito. Trata-se de uma elaboração de saber que opera numa dupla vertente: na vertente das representações e da decifração do sentido do sintoma, mas também na vertente da pulsão que não se inscreveu no psiquismo, que não pode ser rememorada, e que exige, portanto, uma criação, como Freud apontou em *Análise terminável e interminável*.

Essa perspectiva conduz Freud à noção de construção. A construção, em *Moisés e o monoteísmo*, são as roupagens míticas, históricas e sintomáticas edificadas em torno de um núcleo de verdade – o assassinato do pai e o de Moisés. Já em *Construções em análise*, são intervenções do analista que se distinguem da interpretação, na medida em que consistem em inventar algo onde o retorno do recaiado não se produziu.

4.1.4 Criar/construir um saber sobre a verdade do sujeito

Em *Construções em análise*, a construção aparece como um tipo de intervenção necessária ao desenvolvimento do trabalho analítico. O termo já havia sido utilizado por Freud em *Bate-se em uma criança*, quando ele sustentou que o segundo tempo da fantasia nunca é lembrado pelo analisante e deve, portanto, ser construído em análise (FREUD, 1996m). O psicanalista reconhece que há um ponto do inconsciente que não é linguagem e que não pode ser decifrado ou lembrado. Nesse caso, a possibilidade de intervenção que se apresenta é a de se construir algo sobre o que não retorna no registro do significante. A construção se distingue da interpretação de sentido na medida em que não está referida a uma significação inconsciente e sim, a uma dimensão do inconsciente que não se estrutura como linguagem.

Freud fornece critérios para diferenciarmos a construção da interpretação. A interpretação aplica-se a um elemento isolado, tal qual uma associação ou uma parapraxia, enquanto a construção apresenta ao paciente um fragmento de sua história primitiva (FREUD, 1996s). Partindo desse ponto, Miller (1996) sugere que a construção é a estratégia pela qual o analista inventa uma coerência para os fragmentos de inconsciente que surgem isoladamente. O material inconsciente aparece aos pedaços e o analista, articulando esses pedaços, compõe um conjunto com a construção (MILLER, 1996).

Todavia, a grande questão colocada por Freud, nesse texto, é a de saber que garantia tem o analista da correção de sua construção (FREUD, 1996s). Ele se preocupa com o problema da garantia da verdade, ou seja, com a validade de seu método.

Inicialmente, Freud diz que não há problema se, ocasionalmente, cometemos algum equívoco e oferecemos ao paciente uma construção errada como sendo a verdade histórica provável. A construção falsa pode ser prontamente abandonada (FREUD, 1996s). Essa posição indica que a construção não tem a ver com a exatidão do saber, mas com os efeitos provocados no sujeito pela comunicação desse saber. O que importa são os efeitos de verdade que a construção desse saber provoca e que podem ser reconhecidos nos elementos que aparecem de forma indireta. Assim, podemos concluir que, na construção, há de se fazer com que alguns significantes assumam o valor do fragmento do inconsciente que não retorna.

A construção é uma metáfora na qual um saber substitui a verdade que não pode ser integralmente revelada. O problema é que não pode ser uma metáfora qualquer, pois deve ser uma metáfora preta de verdade.

Freud já havia abordado essa questão ao discutir o problema da profilaxia em psicanálise. Ele afirma que a tentativa de ativar, no paciente, conflitos pulsionais para tratá-los profilaticamente está fadada ao fracasso, pois o paciente escuta o que temos a dizer, mas não reage. Algo parecido ocorre quando um adulto fornece às crianças esclarecimentos sexuais. As crianças aprendem algo que não sabiam antes, mas não têm pressa em sacrificar as teorias que construíram em harmonia com sua organização libidinal infantil em prol desse novo conhecimento. Assim, fica claro que o saber elaborado em análise, a partir da construção, deve ser equivalente àquele encontrado nas teorias sexuais infantis, as quais estão referidas à satisfação sexual do sujeito. O saber que vale, na análise, é aquele que enlaça o significante e o gozo para cada sujeito.

Pode-se dizer que, em *Construções em análise*, Freud situa, mais uma vez, o trabalho analítico como um trabalho epistêmico onde se encontra em questão a elaboração de um saber que convoca o consentimento do sujeito. Retoma também a ideia de que existe um ponto de indecível no inconsciente que faz apelo à decisão e à criação. Trata-se da invenção de um saber que vem no lugar da verdade e que não pode ser qualquer um, pois deve produzir a convicção no paciente ao ser comunicado. A condição para isso é que esse saber esteja referido ao gozo do sujeito em questão.

Examinados os três artigos freudianos de 1937, o próximo passo será verificar como os elementos apresentados servem para fundamentar a Construção do Caso Clínico em psicanálise.

4.1.5 A veracidade da Construção do Caso Clínico

Freud evidencia um aspecto fundamental quando interroga a garantia de correção da construção feita pelo analista. Vimos anteriormente que ele distingue exatidão e verdade.

Um exemplo clínico que demonstra isso com clareza é um fragmento da análise do *Homem dos Ratos*. Orientado pela hipótese do complexo de Édipo, Freud considera que o pai, nesse caso, apresentava-se como o agente perturbador do

gozo sexual do paciente. Essa era a construção de Freud a respeito do caso e as interpretações que ele endereçava ao paciente privilegiavam a sobredeterminação significativa do sintoma e a trama pulsional no mito edipiano (FREUD, 1996e).

Já nos primeiros encontros, ele diz ao paciente que, quando este tinha menos de seis anos, fora culpado de uma má conduta (masturbação), tendo sido duramente castigado pelo pai. A punição teria colocado fim na atividade masturbatória e produzido um rancor inextinguível do Homem dos Ratos em relação ao pai (FREUD, 1996e).

Para surpresa de Freud, essa comunicação provoca como resposta o relato de uma cena que a mãe do paciente lhe havia narrado. É de se notar que, de acordo com o Homem dos Ratos, ele mesmo não se recordava do evento e que, portanto, a intervenção de Freud não teria provocado o levantamento da amnésia ou do recalque. A cena relatada havia acontecido quando ele, com três ou quatro anos de idade, cometera uma travessura. O pai batera nele e, tomado de uma ira terrível, a criança respondera com uma série de insultos. Essa experiência provocou uma mudança no caráter do menino, pois, a partir daquele momento, ele se tornou, segundo suas palavras, *um covarde*, por medo da violência de sua própria raiva (FREUD, 1996e).

Depois de ter feito o relato na análise, o paciente conversou com a mãe a respeito do episódio e esta confirmou sua ocorrência, acrescentando que a punição que o pai lhe havia infligido deveu-se ao fato de ele ter mordido a babá. Ora, para Freud, não havia dúvidas de que a ação cometida pelo menino fora de natureza sexual. O importante, no entanto, é que a partir daí, segundo Freud, cedeu a recusa do paciente em acreditar na raiva adquirida contra seu pai (FREUD, 1996e).

Esse fragmento de análise evidencia o papel da Construção do Caso na orientação das intervenções do analista. A cena à qual a construção de Freud conduz, embora não tenha sido lembrada pelo paciente, aparece como indicativa de uma satisfação pulsional não conhecida e permite ao sujeito circunscrever um ponto do real para extrair, dali, a convicção acerca da construção que lhe fora comunicada. O fragmento também mostra que o que indica ao analista a veracidade ou não de sua construção sobre o caso são os elementos surgidos no processo analítico, que podem confirmá-la ou refutá-la.

4.1.6 A Construção do Caso e o manejo da verdade por um saber que não se completa

Outro ponto importante, apontado por Freud, diz respeito ao ganho de saber que a análise propicia. No processo clínico/investigativo da análise, de um lado, o paciente elabora um saber sobre seu sintoma e sobre a verdade de seu desejo, e, de outro, o analista constrói um saber sobre o caso clínico. Em ambos os casos há um manejo do saber que permite revelar algo da verdade do sujeito.

A ideia de Freud é que não existe análise integral, sendo a angústia de castração o resto inalisável que se depura do processo analítico. Já para Lacan, esse resto é o objeto pequeno *a* que se subtrai a toda operação de decifração.

É importante dizer que a dimensão de incompletude no saber produzido em análise pode ser igualmente reconhecida no saber elaborado pelo analista na Construção do Caso e deve ser preservada. Quando construímos um saber sobre um caso, preservamos um ponto de vazio que impede que a verdade sobre o paciente seja totalizada. A manutenção desse vazio é o que permite que as construções sobre o caso possam ser sempre renovadas e novas soluções formuladas.

Na Construção do Caso, portanto, o analista também está aberto à surpresa e à invenção. O que significa que os elementos contingentes surgidos no tratamento analítico interferem constantemente na construção do saber sobre o caso. Por outro lado, como veremos no próximo seguimento, a Construção do Caso Clínico é um processo no qual se depura, do saber, o resto mencionado acima.

4.1.7 A Construção do Caso e a política do analista

Em primeiro lugar, vale lembrar que o analista é o responsável pelo tratamento, como assinala Freud ao dizer que os acontecimentos na análise dependem de sua decisão e julgamento. Lacan esclarece que o analista dirige o tratamento, mas não, o paciente (LACAN, 1998g) e, para fazê-lo, é necessário algum tipo de orientação.

Lacan, inspirado na sistematização de Clausewitz, propõe que as ações do analista devem se organizar em três níveis: o da tática, o da estratégia e o da política. Ele situa a interpretação no âmbito da tática, o manejo da transferência no

âmbito da estratégia e a *falta-a-ser* no âmbito da política. O psicanalista afirma que, no final, a política é o que decide uma guerra (LACAN, 1998g).

A expressão *falta-a-ser* indica que o analista não deve permitir que o seu ser entre em jogo no tratamento, o que exige uma espécie de renúncia narcísica. Caso contrário, o analista encarnaria o lugar do mestre, enxertando significantes que ordenariam o discurso do paciente.

No entanto, é importante esclarecer que a política do analista não toma a falta como causa, mas sim o objeto causa de desejo: *objeto pequeno a*¹⁵. É esse ponto que é ressaltado por Lacan ao afirmar que o analista entraria no discurso analítico apenas como semblante do *objeto a* (LACAN, 1992).

Para isso, o analista deve abdicar de seu ser, fazendo-se de um significante qualquer que circunscreverá o objeto a ser investido pelo analisante na transferência. No entanto, o analista não estará no lugar do objeto da fantasia de uma maneira passiva e sim, como representante da causa do desejo do Outro, que é o agente do discurso analítico.

A política do analista, nesse sentido, visa circunscrever e depurar, do sintoma, este objeto que tem o estatuto de real. É esse manejo que orientará as ações do analista no tratamento.

Dessa forma, podemos dizer que política do analista se define a partir da Construção do Caso, que consiste em inventar uma coerência para fragmentos do inconsciente que aparecem desarticulados durante o processo analítico e que possibilita não apenas uma visão geral do tratamento, mas também a elaboração de hipóteses que orientarão as intervenções clínicas. A construção permite ao analista localizar o seu lugar na transferência em função do qual lançará suas interpretações. Permite, ainda, o manejo da transferência ao se reconhecer o *objeto pequeno a* circunscrito, de uma maneira muito singular, pelo sujeito.

Tendo sido localizados os fundamentos teóricos para noção de Construção de Caso Clínico, buscaremos definir, em seguida, alguns princípios dessa metodologia.

¹⁵ Lacan inventa o objeto a, ressaltando nele duas vertentes. Uma se relaciona à *falta-a-ser*, ou seja, ao objeto que se destaca do corpo do sujeito no momento em que ele se introduz no campo da linguagem. Essa vertente representa a causa do desejo. A outra se relaciona ao *mais-de-gozar* e representa um resto de gozo que não é tratado pelo simbólico. Nessa última vertente, Lacan localiza o equacionamento que cada sujeito faz com o que resta do gozo após o tratamento pela *falta-a-ser* ou, em outros termos, pela castração. Assim, o psicanalista evidencia que desejo e gozo se articulam em um mesmo objeto.

4.1.8 A Construção do Caso e o tempo

Viganò (2010) trabalha, no texto *Avaliação e evidência clínica na saúde mental*, a Construção do Caso como uma forma de avaliação que leva em conta a transferência e as singularidades do sujeito, diferente da proposta da Medicina baseada em Evidências que é fundada na objetivação do quadro clínico. Para isso, faz referência à temporalidade lógica proposta por Lacan (1945) no texto *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada*¹⁶ (LACAN, 1998a), ressaltando que a tendência a omissão desses tempos lógicos da transformação do problema psicológico como evidência clínica faz com que a avaliação perca sua validade, tornando-se meramente ideológica (VIGANÒ, 2010b).

Antes de examinarmos as considerações de Viganò, vejamos o que podemos deduzir do apólogo dos três prisioneiros apresentado no texto lacaniano para fomentar a discussão: a) Não se tem um acesso direto à verdade, a qual é alcançada em função da elaboração de um saber; b) O que se inscreve como saber depende de um não saber. Depende da marca da ausência dos dois discos negros, impressa no processo lógico. c) A verdade é apreendida de modo antecipado. Dessa forma, podemos concluir que tanto o prisioneiro quanto o analista decidem sobre a verdade sem conhecê-la inteiramente. Verdade que será submetida à prova, mas que não seria verificada se eles não a atingissem na certeza (LACAN, 1998a).

Tendo em vista que a Construção do Caso consiste no testemunho das diversas fases do trabalho do paciente (VIGANÒ, 1999), podemos localizá-la nos diferentes momentos de acompanhamento de um paciente no campo da saúde mental que, seguindo as recomendações de Viganò (2010), devem ser articulados aos tempos lógicos. A omissão desses tempos lógicos da transformação do

¹⁶ Nesse texto, Lacan apresenta o famoso apólogo dos prisioneiros em que o diretor do presídio oferece a três detentos a liberdade para aquele que desvendar um problema. O chefe do presídio dispõe de cinco discos - 3 brancos e 2 negros - e cola um deles, nas costas de cada prisioneiro, de forma que um prisioneiro consegue ver os discos nas costas dos outros dois, mas não o seu próprio disco. Quem descobrir a cor de seu próprio disco deve ultrapassar a porta e, caso forneça uma explicação lógica, ganha a liberdade. Depois de certo tempo de hesitação, os três se precipitam e respondem corretamente a questão. A lógica é a seguinte: a hesitação dos três prisioneiros ao ver os discos dos outros dois atesta que não poderia haver 2 discos pretos nas costas de dois prisioneiros, senão o terceiro prisioneiro imediatamente saberia que o seu disco seria branco. Sabe-se, então, que cada prisioneiro pode ter visto um disco branco e outro preto ou 2 brancos. Cada prisioneiro que descobriu o enigma sabia que os outros dois também sabiam dessa primeira premissa. Ainda sim, nenhum dos outros dois se manifestou. Se o disco nas suas próprias costas fosse negro, algum dos outros dois, por conta da primeira premissa apresentada e por ninguém ainda ter apresentado a solução, saberia que o seu disco era branco, e logo apresentaria a solução para libertar-se. Como a hesitação continuou, o seu próprio disco só poderia ser branco.

problema psicológico como evidência clínica faz com que a avaliação perca sua validade, tornando-se ideológica (VIGANÒ, 2010b).

- a) **O instante de ver:** nesse tempo, que corresponde à hesitação dos prisioneiros, Viganò localiza o olhar clínico que não deve ser confundido com a evidência dos diagnósticos atuais que precipitam a conclusão. O autor ressalta que esse tempo não é um tempo de mensurações, mas sim, de avaliação, devendo introduzir uma evidência que esteja ancorada ao caso e não à verdade universal das classificações.

- b) **O tempo de compreender:** nesse tempo, que precede o ato analítico e que corresponde à precipitação dos prisioneiros em direção a porta, os componentes recolhidos da fala e dos atos do sujeito permitem ao analista reconhecer a posição desse no discurso, estabelecer um diagnóstico estrutural e localizar o gozo singular que seu sintoma circunscreve. É a partir desse ponto singular que é possível ao analista lançar seu ato, sobre o qual somente o paciente poderá testemunhar. Viganò destaca que, com o argumento de que se devem reduzir os custos, esse tempo é estrangulado e, até mesmo negligenciado, na atualidade. O autor argumenta que “chega-se ao absurdo de cortar pela raiz o que não custa nada, como o voluntariado, a escuta clínica, isso que o sujeito está disposto a pagar com a sua pessoa” (VIGANÒ, 2010, p. 473).

- c) **Momento de concluir:** é nesse momento que se cria um espaço analítico ou terapêutico. É aí que podemos localizar o ato analítico, no qual o saber é elaborado sobre o objeto causa de desejo do analisante, precipitando um ato conclusivo. No processo analítico, o objeto causa de desejo equivale ao disco que o prisioneiro porta nas costas sem conhecê-lo. A conclusão, na análise, surge como escansão no tempo de compreender, que lhe antecede. Põe um termo no tempo de elaboração. A conclusão é solidária com o ato do analista, pensado como decisão e aposta, e que, posteriormente, será verificado. Viganò adverte que, na medida em que não é estabelecido um critério no tempo anterior, esse tempo se torna um espaço degradado de simples *manobras eleitorais*.

O autor insiste no propósito de se construir a dignidade ética e cultural do ato analítico, ressaltando a importância de se submeter à prova a eficácia da psicanálise nas discussões e exposições de casos clínicos. Nesse sentido, as estruturas reais do caso clínico e a lógica de suas respostas devem ser evidenciadas, afinal, a contingência dessas estruturas é ligada ao caso clínico e não à teoria, enquanto o seu valor universal é garantido pela escritura e pela discussão dos casos.

A proposta é que a lógica e a topologia sejam usadas como instrumentos para construção da evidência clínica, indicando que a transmissão seja feita através do testemunho daquele que conduz o tratamento como acontece em alguns *passes*¹⁷. Uma vez que a evidência vem do próprio paciente, Viganò sugere uma escritura do caso que conecte o que se compreende no tratamento com o que pode ser lido e transmitido após o ato analítico de acordo com a resposta do paciente. Trata-se de fazer aparecer a incidência do não programado.

4.1.9 A escrita, a redução do caso e a sua validação como método

A escrita como um instrumento lógico da Construção do Caso Clínico deve demonstrar os momentos cruciais do acompanhamento clínico. Conforme alerta Bursztyn, é necessário evitar dois extremos: o da apresentação do caso como ilustração da teoria e o da condução do tratamento reduzida à exposição de uma série de significantes da qual se subtrai o real do ato. Na verdade, deve se evidenciar algo que pode ser apreendido do ato clínico e que só poderá ser reconstruído *a posteriori*, a partir do testemunho da equipe em relação às mudanças discursivas do sujeito. Portanto, a escrita final deve incluir o testemunho do encontro com o inusitado da experiência clínica e com o indizível do gozo de um sujeito que, ao ser recolhido por um analista, o leva a construir, coletivamente, as passagens, os reviramentos de uma lógica discursiva até que algo se possa ler de real através de escansões que extraem a letra subjetiva de gozo (BURSZTYN, 2012).

Na Construção do Caso, a ideia é fazer com que o caso sofra uma redução até o ponto em que se toca o impossível de ser dito, o objeto *a* que não se traduz pelo significante. Esse processo se aproxima do que Miller chamou de *operação-*

¹⁷ Dispositivo proposto por Lacan em *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola* (LACAN, 2003b) com o objetivo de verificar, através do testemunho de sua própria experiência de análise, como um analista praticante se torna *Analista da Escola*. Nessa experiência se revela uma íntima relação do sujeito com o gozo passível de transmissão.

redução, no comentário que ele tece sobre o trabalho analítico em *O osso de uma análise* (MILLER, 1998). Nesse processo, estão articulados o necessário da repetição da cadeia significativa, o impossível de ser lembrado pela cadeia e a contingência do investimento libidinal, que explica a impossibilidade de a verdade ser dita toda na experiência analítica. Busca-se reduzir o caso clínico aos significantes fundamentais e necessários do sujeito, supondo que essa redução vai demarcar, ao mesmo tempo, um impossível e a contingência/singularidade de certo modo de gozo para um sujeito. Nos limites do texto extraído dessa operação, circunscrevemos o real que se apresenta, justamente, como impasse da escrita.

Essencialmente, o método da Construção do Caso corresponde ao da verificação tal como o que se produz na supervisão de casos, sendo, por isso, capaz de demonstrar o real em jogo no tratamento. Entretanto, considerando que o real não se pode dizer e nem sequer representar, a lógica torna-se a do testemunho, da descoberta *après-coup*¹⁸ de uma escansão que surpreende no momento em que se constrói. Isso se reflete no trabalho clínico-institucional, na medida em que essa dimensão do testemunho instaura o trabalho preliminar da Construção do Caso como uma prática vivenciada pela equipe na posição de *aprendiz da clínica*.

A validade do método proposto por Viganò depende da passagem dos elementos discursivos do sujeito por uma elaboração coletiva, tendo como princípios a escrita e a interlocução do clínico com um supervisor e com os diversos membros da equipe interdisciplinar (VIGANÒ, 2010b). Vale ressaltar que esse tipo de validação está de acordo com a ideia de validação da pesquisa pelos pares, tal como mencionado por Alves-Mazzotti ao tratar da temática de estudo de caso no âmbito da pesquisa qualitativa. Nesse texto, a autora concebe um diálogo do pesquisador com a comunidade acadêmica, o que confere relevância e confiabilidade à pesquisa, num processo de produção coletiva de conhecimento (ALVES-MAZZOTTI, 2006).

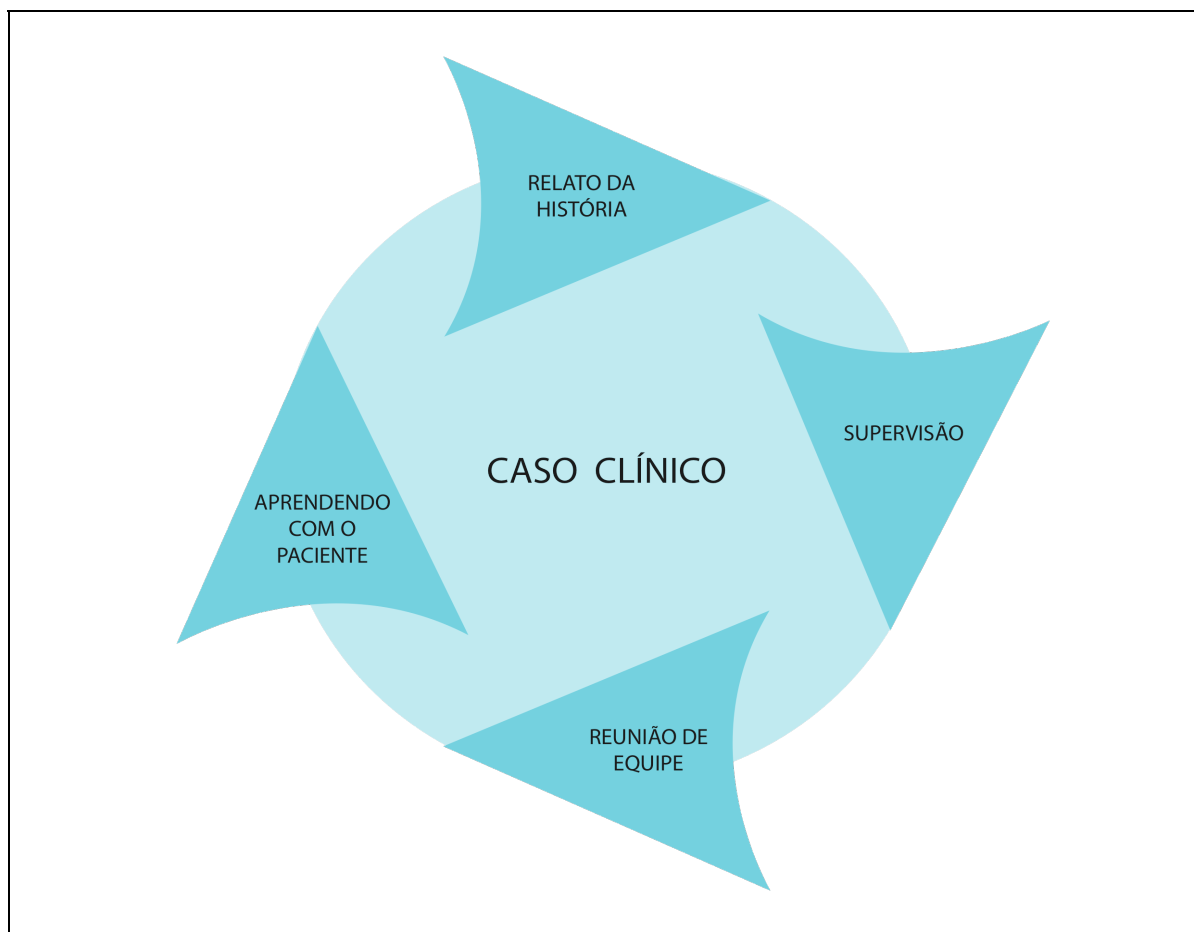
Uma vez estabelecida a ideia de que a Construção do Caso é consequência de um trabalho coletivo de redução efetuado sobre o discurso do paciente na tentativa de se transmitir algo que se apreende *a posteriori* do tratamento, buscaremos, agora, localizar quatro momentos que aplicamos nesta pesquisa.

¹⁸ *Après-coup* significa *após o golpe* ou *a posteriori*.

Essa metodologia, no formato em que foi empregada neste estudo, assume o caráter de investigação, intervenção e transmissão conforme se espera do método psicanalítico. Ao trabalhar esse método, Teixeira propõe o termo “metodologia em ato” para destacar que o saber que se constrói na pesquisa em psicanálise *emerge como efeito de sua colocação em ato*. Assim, as consequências que decorrem desse tipo de pesquisa se relacionam muito mais a “um saber do caso no momento pontual de sua colocação em ato” que a um saber já estabelecido (TEIXEIRA, 2010, p.28).

Os quatro momentos instituídos foram: *relato da história, supervisão, reunião em equipe e aprendendo com o paciente*. A definição desses quatro momentos serviu simplesmente aos fins de formalização. Evidentemente, neste percurso não houve uma ordem pré-estabelecida, sendo realizado diversas vezes na condução de um tratamento, conforme ilustra a FIG. 2.

Figura 2 - Momentos da Construção do Caso



Fonte: Elaborada pelo autor

4.1.9.1 Relato da história

O processo tem início quando um membro da equipe, habitualmente um praticante da psicanálise, elege o caso em que assume um lugar privilegiado na transferência, fazendo uma compilação, de memória, dos conteúdos das sessões em um texto com o formato de história clínica. Essa história é fundamental na medida em que, a partir dela, é gerada a possibilidade de se iniciar a Construção do Caso. A própria eleição do caso já modifica o olhar da equipe sobre o paciente. Esse texto inicial traz uma visão geral do caso, de onde se é possível extrair uma questão específica, de acordo com o estilo e interesse particular do praticante.

4.1.9.2 Supervisão

A partir da supervisão individual com um analista¹⁹, a questão torna-se mais circunscrita e os elementos singulares do caso tomam contornos mais nítidos. Nesse momento, os significantes fundamentais do sujeito que se destacaram à força da repetição ganham um maior relevo. Aí se localiza o que Figueiredo aponta como passagem da história, rica em detalhes, cenas e conteúdos, para o caso, produto do que se extrai do decantamento da história e do ato do praticante ao longo do tratamento (FIGUEIREDO, 2004).

A supervisão possibilita a quem conduz o tratamento localizar os pontos em que a relação com sua fantasia produz obstáculos para a extração da lógica do caso e, por conseguinte, lhe permite reorientar sua posição na transferência. É o lugar privilegiado para que a prática na instituição e em equipe interdisciplinar passe pelo crivo da psicanálise pura. O ato do praticante, nesse âmbito, é retomado, comentado e verificado, com o intuito de discernir, por meio dos significantes, o real aí implicado.

O saber gerado por esse comentário não tem relação com o acúmulo de conhecimento, e, sim, com a apreensão de um *saber-fazer* com o caso clínico. O que se produz na supervisão permite um novo recorte do caso e, então, mais um texto é produzido, agora, ainda mais reduzido. Esse texto funcionará como eixo

¹⁹ Este tipo de supervisão se refere ao dispositivo proposto para a formação do analista e designa a escolha individual do praticante em ter um supervisor a quem remete a construção dos casos que acompanha como uma forma de controle de sua prática. Esse supervisor é ligado à Escola de Psicanálise à qual o praticante vincula sua formação.

condutor para a discussão da equipe na medida em que localiza um impasse na condução do caso.

4.1.9.3 Reunião de equipe

Na equipe, os elementos do texto podem ser verificados e ampliados a partir da conversação com outros profissionais envolvidos no caso, os quais assumem uma posição de ignorância em função do privilégio conferido à pesquisa e ao questionamento, próprios da clínica. Nessa conversação, é fundamental a presença de *pelo menos um* exterior à equipe que suporte o lugar do não saber, responsabilizando-se pelo balizamento da discussão. O ponto de não-saber permite que a verdade sobre o paciente não seja jamais totalizada e que as construções sobre o caso possam ser sempre renovadas e repensadas. Possibilita, também, a invenção de novos saberes e soluções, na medida em que leva em conta as contingências, as idiossincrasias e as singularidades encontradas na experiência clínica como pontos de variação da estrutura teórica já constituída.

O singular do caso, que Viganò (1999) chama de real, não é dedutível de um saber universal, já dado, mas deve ser extraído pelo processo de redução do caso aos seus significantes mínimos, como foi descrito anteriormente. É a partir desse ponto que se pensa nas estratégias e intervenções possíveis que visam ao reposicionamento do sujeito frente seu sintoma.

4.1.9.4 Aprendendo com o paciente

No quarto momento ocorre a verificação do que se construiu do caso a partir da resposta do paciente às intervenções da equipe. Afinal, apesar de a Construção do Caso incluir elementos discursivos de vários protagonistas envolvidos, o referencial é sempre o sujeito, e suas produções funcionam como o pivô na direção de seu tratamento.

É importante assinalar, no entanto, que nos referimos aqui, a um tipo específico de resposta. Freud afirma que o que conta é a elaboração, por parte do analisante, de novas associações. O que confirma ou refuta a construção do analista é a resposta do inconsciente, que vem à margem e de forma indireta, como as

recordações vivas de detalhes relativos a um determinado acontecimento, tanto em sonhos quanto em fantasias (FREUD, 1996e).

Por isso Viganò (2010) ressalta que aquilo que o paciente ensina a respeito da construção de seu caso não passa por sua consciência nem pela fala direta, e sim, pela escuta que o analista faz das particularidades e das coincidências, escandidas de sua história, e também do enigma de seus atos falhos, recaídas e ausências. Para isso, torna-se fundamental o confronto das posições subjetivas nas passagens de discurso realizadas pelo sujeito com os acontecimentos ocorridos ao longo do tratamento sob transferência, na tentativa de extrair inferências hipotetizáveis (VIGANÒ, 2010a).

Dessa forma, a Construção do Caso é verificada *après coup*, ou seja, a construção continua após o ato analítico, quando o verifica, o evidencia e o avalia. Nesse tempo, é possível a construção de um último texto, no qual a conexão entre o que se apreendeu do caso e o tratamento possível até aquele momento pode ser transmitida.

Nesse contexto, Viganò retoma figuras da antiga retórica – Cicerone e Quintiliano – para elucidar a evidência que deve ser transmitida, que consiste em “trazer o personagem ou uma situação de modo a suscitar a impressão de tê-los vivos diante dos olhos” (VIGANÒ, 2010b, p. 479).

4.2 Aplicação do método: local da pesquisa, amostra, aspectos éticos

Esta pesquisa foi desenvolvida no NIAB no período de janeiro de 2011 a agosto de 2012. O método foi aplicado nos casos selecionados seguindo a formalização descrita.

A amostra foi intencional, como convém à pesquisa clínica-qualitativa, ou seja, sem preocupação com a representatividade em relação à população total. Foram trabalhados dois casos, o que foi considerado suficiente pelos pesquisadores envolvidos para satisfazer a discussão e atingir os objetivos do projeto (TURATO, 2003).

Os pacientes selecionados já estavam em acompanhamento pela equipe do NIAB e a pesquisa aconteceu sem que interferisse em seus processos terapêuticos. Ambos passaram por avaliações clínica, nutricional e psiquiátrica, conforme já acontecia na rotina do serviço, e o diagnóstico de AN e BN foram baseados nos

critérios preconizados pelo DSM IV-R. Os pacientes que apresentavam sintomas anoréxicos ou bulímicos secundários a doenças médicas em geral ou a quadros psiquiátricos mais graves de acordo com os critérios preconizados pelo DSM IV-R (por exemplo, Esquizofrenia ou Retardo Mental) foram excluídos.

Dadas a minha formação em psiquiatria e a minha condição de praticante em psicanálise, estive presente na construção e condução de ambos os casos, ocupando um lugar privilegiados na transferência. Foi tomado o cuidado de escolher casos que, de alguma forma, mobilizaram toda a equipe, na medida em que levantaram alguma questão específica quanto ao diagnóstico, manejo da transferência, efeitos do tratamento e questões subjetivas extraordinárias que molduravam o quadro.

Vale ressaltar que o objeto de pesquisa não foi a cura do paciente, mas sim, o estudo de seu sintoma, suas variáveis e transformações na organização subjetiva de gozo a partir do eixo clínico da transferência em certo momento do tratamento. Para isso foi usado o método da Construção do Caso, seguindo, rigorosamente, os passos descritos. Cada caso passou pelo menos duas vezes por cada passo. Os registros foram realizados pelos diversos membros da equipe e, ao final, compilados pelo pesquisador principal. Optei em restringir esses registros, na apresentação dos resultados, no texto final, tendo em vista o excesso de escritos produzidos ao longo das passagens. Após este texto, houve um esforço de articulação com a teoria, com o objetivo de possibilitar a transmissão e fomentar a discussão.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e os dados, apresentados na forma de vinhetas clínicas com nomes e dados fictícios, a fim de impossibilitar a identificação dos pacientes envolvidos e preservar o caráter confidencial das informações.

Cada caso foi nomeado com dois significantes: um faz referência ao universal e, o outro, ao singular. A nomeação universal encarna o signo das comunidades de gozo virtuais conhecidas como pró-Ana e pró-Bia. Nessas comunidades, adolescentes trocam receitas para se manterem magras, revelando um modo de organização muito característico do mundo contemporâneo.

5 RESULTADOS

5.1 O caso Bia: senhorita factícia

5.1.1 O caso

Bia é uma jovem de 26 anos de idade que, desde os 15 anos, apresenta uma preocupação exagerada com o corpo. Jejuns, dietas extremamente restritivas, vômitos, exercícios físicos extenuantes, abuso de medicações e, até mesmo, intervenções cirúrgicas dominam sua rotina na tentativa de dar um tratamento para o excesso corporal que irrompe na puberdade. Aos 22 anos, conseguiu um emprego de secretária executiva em uma empresa farmacêutica, saiu da casa da mãe e foi morar só. Nessa época, os sintomas bulímicos se intensificaram, causando-lhe um sofrimento que não experimentara antes.

Os episódios de compulsão alimentar ocorriam mais de duas vezes por semana, eram precedidos de intensa ansiedade que a levavam a comer o equivalente a uma família de três pessoas em um curto espaço de tempo. O alívio só era atingido após os vômitos, o que não a impedia de repetir o ciclo comer e vomitar diversas vezes por dia. Era como se estivesse drogada e, quando se dava conta, já havia passado o final de semana inteiro, sozinha, dentro de casa, comendo e vomitando. Além de vomitar, Bia ingeria laxantes e altas doses de hormônio tireoidiano. Durante alguns períodos, também praticava atividades aeróbicas de forma exaustiva. Não aguentava mais ter que mentir para esconder as práticas bulímicas, optando pelo isolamento: saiu do trabalho, quase não tinha amigos e não namorava.

Do romance familiar, trazia uma mãe bastante invasiva, que desprestigiava o pai, não o inserindo como norteador de seu desejo. Ela exigia de Bia e de seu irmão, um ano mais velho, um comportamento exemplar. Era muito religiosa e parecia rechaçar radicalmente a própria sexualidade, o que a lançava em um ataque sádico contra o corpo feminino da filha que despontara na puberdade. Criticava as roupas decotadas de Bia e boicotava qualquer possibilidade de encontro com o sexo oposto. Bia, por sua vez, ficava a mercê do imperativo caprichoso do desejo materno. Teve um único namoro, por um curto período de tempo, sem que a mãe soubesse. Foi nessa época que Bia começou a vomitar.

Aos 7 anos, o pai, um executivo de uma importante multinacional, saiu de casa com a justificativa de que recebera uma promoção no trabalho. Às vezes, passava alguns dias em casa, mas dormia em um quarto separado da mãe. Quando Bia estava na puberdade, ele a flagrou vomitando e suspeitou que ela estivesse grávida. Contou o fato para mãe e esta a levou ao médico, época em que recebeu o diagnóstico de bulimia. Desde então, a mãe passou a tratá-la como uma criança doente. Quando Bia estava com 16 anos, o pai morreu após infarto agudo do miocárdio, deixando uma herança generosa para os filhos. Esta passou a ser gerenciada pela mãe. Pouco tempo depois, o irmão se mudou para fora do país e, desde então, não tem contato com a família. Bia acha que essa mudança foi a forma que o irmão encontrou para viver sua sexualidade longe da reprovação materna.

No NIAB, em um primeiro momento, Bia começou o acompanhamento com um médico clínico. A jovem apresentava taquicardia, tremores finos de extremidades, insônia, diarreias com sangue e sudorese, o que, associado às importantes alterações nos exames de função tireoidiana, conduziu ao diagnóstico de hipertireoidismo factício. Na medida em que se estabelecia a transferência, o clínico tentava, cuidadosamente, negociar uma redução nos hormônios tireoidianos. Bia, com medo de uma arritmia cardíaca que a levasse à morte, passa a participar ativamente de seu tratamento, sugerindo como deveria ser feita a redução. Gradualmente, diminuía a dose, mas, às vezes, não suportava, ficava com medo de engordar, retomando a dose anterior. O caso fora discutido em equipe e, diante da gravidade e da dúvida quanto ao diagnóstico, decidiu-se introduzir um psiquiatra praticante de psicanálise no tratamento. Bia tinha medo de ser tachada de louca e, após dois meses de muita conversa e negociação, consentiu com o atendimento.

O praticante acolheu o sofrimento de Bia, valorizando a história que se escondia atrás dos vômitos e preocupações com a imagem corporal e mantendo uma presença quase silenciosa. O comportamento invasivo da mãe era o tema que predominava nos atendimentos, o que leva Bia a concluir que o que ela vomitava, na verdade, era a mãe. O praticante concorda, ressaltando que, mesmo morando fora da casa da mãe, Bia ainda se sentia vigiada por ela. Nesse ponto, Bia localiza que a pior cobrança era a dela mesma e não a da mãe.

Após algum tempo, Bia conta que, passou a vomitar em um banheiro público, deixando a porta entreaberta na expectativa de ser flagrada por alguém. Algo aí parecia ter mudado, afinal, a bulimia deixara de ser uma prática privada e escondida,

fato apontado pelo analista. O olhar foi apontado, em supervisão, como um objeto privilegiado para o sujeito, o que reforçou para os profissionais envolvidos no tratamento a importância de manter estratégias em que o olhar não fosse tão invasivo como o da mãe.

Bia consentiu em iniciar o tratamento farmacológico sugerido, desde o início, pelo médico clínico. A equipe acreditava que essa abordagem era importante dado o gozo desmedido que assolava a jovem. Foi prescrito fluoxetina 60mg/dia e topiramato 200mg/dia.

Bia começou a falar mais de sua solidão, dizendo que a bulimia já não lhe fazia mais companhia como antes. Comentou da dificuldade de se relacionar com os homens, chegando a supor que fosse assexuada. Quando o praticante questiona o significado assexuada, Bia localiza que essa sensação se relacionava com o fato de sua mãe a tratar como uma criança. Conclui que a bulimia a atrapalhava em enxergar as “coisas de mulher”. A jovem começou a se questionar por que tinha que sempre agradar a mãe, revelando que o que recebia em troca era dinheiro e não amor e reconhecimento como gostaria.

Pouco tempo depois, em um dos atendimentos, fala, com muita vergonha, que aguardava, ansiosamente, o dia da próxima sessão, sugerindo certo enamoramento pelo praticante. Este afirmou que esse afeto fazia parte do tratamento e que iria passar. Após essa intervenção, Bia começou a falar mais do pai. Contou que, quando pequena, o viu com outra mulher e, ao questioná-lo, ele lhe disse que lhe explicaria quando ela estivesse com idade apropriada. Essa explicação nunca lhe foi dada e, pelo que parece, Bia, até então, não se interessara em saber sobre o fato. Elaborou que a mãe não gostava de sexo, afirmando que não queria ser igual a ela. Relembrou uma cena em que foi ao clube sozinha com o pai após a mãe optar por ficar em casa para não se expor em trajes de banho. Nesse momento, a jovem percebeu um olhar insinuante do pai para o seu corpo. Apesar disso, assume o quanto ficava feliz quando o pai estava em casa e que ele a protegia das censuras da mãe.

Bia retomou os estudos e voltou a trabalhar como secretária executiva, profissão que antes era associada por ela à prostituição. Localizou que esse emprego era fundamental para que ela retomasse a sua vida social. Começou a sair mais de casa e criou um círculo de amigos. Nessa época, resolveu pedir ajuda para um amigo advogado que a auxiliou a intervir junto à mãe, requerendo a herança do

pai. Após assumir o controle dessa herança, Bia, que já não usava mais laxantes, hormônios tireoidianos e se envolvia muito raramente em comportamentos purgativos, deixou de vomitar. Conheceu um rapaz com quem se envolveu e manteve uma relação conturbada. Achava-o muito ciumento e sentia que ele queria apenas o seu corpo, tratando-a como um “troféu” com o qual gostava de desfilá-la. Concluiu que estava substituindo a bulimia por esse relacionamento que a fazia sofrer, decidindo pela ruptura. Atualmente, está sem namorado e tem relações sexuais ocasionais com rapazes que conhece quando sai com os amigos. Não se angustia com isso e fala que está buscando alguém que possa amar, com quem possa constituir uma família.

Bia encontra-se muito bem do ponto de vista médico e se distanciou do acompanhamento com o médico clínico. O tratamento com o praticante de psicanálise continua e ela já não fala mais de suas preocupações com o corpo, debruçando-se sobre perguntas relacionadas ao feminino e ao amor. O contato com a mãe é esporádico, mas sua presença, que se faz presente através da voz, via telefone, ainda continua sendo importante para a jovem.

5.1.2 Comentários

A Construção do Caso Bia evidencia dois momentos do tratamento. Inicialmente, Bia faz uma demanda dirigida ao saber médico. Realmente, o abuso de hormônios tireoidianos afetava gravemente o seu estado de saúde e as consequências poderiam ser fatais. Nessa época, a Construção do Caso permitiu que o médico clínico entendesse que esse abuso era uma solução encontrada pelo sujeito para alguma questão subjetiva que, a princípio, encontrava-se velada. Em seu primeiro texto sobre o caso, o médico destaca o significante “factício”, o que, de alguma forma, não só revelava um ponto relacionado ao gozo da paciente, mas também o orientava quanto a falácia de se reduzir o entendimento do caso à ideia de que se deveria remover prontamente os artefatos produzidos pela jovem. As mentiras e os vômitos apareciam no caso como uma forma de recobrir tudo aquilo que escapava ao controle, indicando a dupla posição da organização pulsional de Bia: se fazer controlada e manter o controle.

O acolhimento mediante uma escuta cuidadosa, respeitando o tempo da paciente, permitiu que o médico não encarnasse o Outro materno invasivo e

onipotente que mantinha a jovem no lugar de objeto. Dessa forma, o sujeito foi convocado a participar ativamente de seu tratamento. Ao apontar os riscos eminentes relacionados ao abuso de hormônios, o médico efetua uma manobra que introduz o real da morte e possibilita uma separação entre o real indomável do corpo e a imagem narcísica, evidenciando a letalidade de seu gozo. É nesse espaço que algo do sujeito começa a aparecer. A partir da condução do médico clínico sustentada pela Construção do Caso, foi possível a introdução do praticante de psicanálise no tratamento, fato determinante para que o sujeito deslocasse sua demanda para além do saber médico e seguisse o trabalho de elaboração. Aos poucos, surgiram elementos que enriqueceram a Construção do Caso, possibilitando conjecturas a respeito do diagnóstico estrutural e o isolamento de pontos que nortearam a condução.

A entrada de Bia no tratamento é marcada por uma discreta mudança de sua manifestação sintomática, que pode ser verificada no momento em que ela passa a vomitar em um banheiro público na busca do olhar do Outro. A compulsão alimentar, os vômitos e as práticas purgativas que eram mantidas em segredo pela jovem indicavam uma prática clandestina e solitária de gozo em que o Outro da linguagem estava excluído. Na medida em que Bia se dispõe a dialetizar algo do sofrimento que a afligia, o Outro passa a participar da cena através do olhar.

Inicialmente, o objeto olhar, desarticulado da cadeia significativa, irrompe no real e é vivenciado pela jovem como algo invasivo e persecutório. O excesso é manifestado no espelho através das deformações da imagem corporal, revelando um ponto fundamental do caso que se localiza na identificação de Bia com um desejo materno não mediado pela função regulatória do pai. Para melhor entendimento desse ponto, retomemos a elaboração do Édipo freudiano realizada por Lacan, no *O Seminário, livro 05: as formações do inconsciente (1957-1958)*.

O psicanalista propõe dividir o Édipo em três tempos. No primeiro tempo do Édipo, a criança se identifica, imaginariamente, com o falo, objeto do desejo materno. Nessa fase, o pai está presente de uma forma velada na medida em que já reina a lei do universo simbólico articulada à sua função. No segundo momento, nodal e negativo, ocorre a intervenção da lei, veiculada através do reconhecimento da mãe quanto à validade da palavra paterna. Ou seja, a criança só irá se desprender da identificação imaginária com o falo através da introdução, mediada pela mãe, da lei privadora do pai representada pela castração. Para isso, é

fundamental que a lei paterna intervenha sobre a mãe, outorgando um valor simbólico ao seu objeto de desejo. No terceiro tempo, o pai deve dar provas, em um sentido genital, de que tem o falo, ou seja, o pai prova que pode dar à mãe o que ela deseja justamente porque ele o possui. Assim, transmite, simbolicamente, o falo ao filho. Isso ocorre a partir da identificação da criança com a instância paterna, possibilitando a saída do complexo de Édipo. Essa identificação é denominada Ideal do Eu (LACAN, 1999). Podemos dizer que, nessa leitura, Lacan iguala o complexo de Édipo à metáfora paterna que culminará na transmissão simbólica do falo, permitindo a introdução de algo da ordem do significante que poderá ser utilizado na época da puberdade, quando ocorre o posicionamento do sujeito na partilha dos sexos.

Conforme já apontava Freud (FREUD, 1996p), o Édipo no sexo feminino é mais complexo que no masculino, afinal, a menina, ao contrário do menino, precisa fazer um movimento a mais para efetivar a mudança de seu objeto de amor da mãe para o pai. Enquanto o menino irá resolver o complexo de Édipo ao se desprender da mãe, a menina irá entrar nele através desse mesmo movimento. Para que isso ocorra, é necessário que ela subjetive que a mãe não pode lhe dar o falo que ela pede porque esta também está afetada pela falta. A condição para isso é que a mãe se divida entre ser mãe e ser mulher, apontando para algo que está além da filha e que ela pode encontrar no parceiro sexual. Consequentemente, a filha é tomada por um afeto de decepção que a impele a se orientar em direção ao pai. Essa orientação é a possibilidade para menina de simbolizar a falta e transformar a relação de rivalidade imaginária com a mãe. Quando a mãe não se divide, a filha mantém a reivindicação fálica voltada para ela e, sem ter condições de metaforizar o desejo materno, encarna o lugar de objeto de gozo de um Outro onipotente. Nesse ponto, podemos localizar a posição de devastação para a menina.

O termo devastação aparece em Lacan, em seu texto *O Aturdido* (1973), para qualificar a relação complicada da menina com a mãe na pré-história da relação edipiana (LACAN, 2003c). Ao elaborar as fórmulas da sexuação, Lacan conclui que a mulher está não-toda inscrita na função fálica, apresentando um gozo suplementar. Trata-se de um gozo que jamais é circunscrito pela metáfora paterna e reflete a inexistência de um significante que nomeie A mulher. Esse gozo, sem limites, adquire as características da devastação, retornando para o sujeito feminino

em diferentes graus em sua relação com o corpo ou em suas parcerias amorosas (DRUMMOND, 2011).

Retomando o caso Bia, podemos supor que o sujeito não ultrapassa o ponto nodal do segundo tempo do Édipo, ou seja, não ocorre a privação do falo efetuada na mãe pelo pai. A mãe de Bia, ao rechaçar a própria sexualidade, parece não buscar algo para além dos filhos, não evidenciando sua divisão entre o ser mãe e ser mulher, o que prejudica a introdução da dimensão da castração. Na casa de Bia, era a mãe quem ditava as leis, desprestigiando a palavra do pai. Nesse caso, uma dificuldade na metáfora paterna seria justamente a inoperatividade da palavra do pai junto à mãe. Outro detalhe é que o pai não fazia da mulher a causa de seu desejo, afinal, ao que indica Bia, ele tinha várias amantes. Dessa forma, ela localiza algo relacionado a um gozo obscuro no desejo paterno que se volta para o seu corpo de filha. O pai, indigno de amor e respeito, não se faz preferido em detrimento da mãe, o que reforça a posição do assujeitamento de Bia em relação ao Outro materno. Portanto, podemos localizar uma dupla vertente da devastação: tanto a devastação materna como também a paterna²⁰.

A jovem, fixada na identificação com o falo imaginário característica do primeiro momento do Édipo, inscreve-se no lugar metonímico do desejo materno que se associa ao dejetivo e, em última instância, à morte. Nesse caso, o vômito assume arcaicamente a função do pai na medida em que, ao se identificar com o *dejetivo-vômito*, Bia tenta se proteger da devoração materna. A importância dessa operação se evidencia na inversão lógica em que o sujeito deixa de vomitar para comer mais, e come para continuar vomitando. Esse resto – o vômito – sustenta uma repetição pulsional sem ponto de basta, revelando a insuficiência dessa solução.

A identificação com o falo imaginário, quando acomete o sexo feminino, não produz uma alteração na posição sexuada como ocorre no sexo masculino²¹, uma vez que uma das possibilidades da posição feminina é ser o falo como semblante

²⁰ Nieves Soria, psicanalista argentina e autora de diversos textos sobre anorexias e bulimias, introduz a ideia de devastação paterna para evidenciar que não só a mãe, mas também o pai pode desempenhar um papel ativo no romance de alguns casos marcados pela devastação.

²¹ A identificação com o falo imaginário repercutirá de maneiras diferentes de acordo com o sexo anatômico do sujeito. No sexo masculino, a condição de ser o falo da mãe entra em conflito com a posição de possuí-lo, o que prejudicará a ascensão do sujeito a uma posição viril. Esse fato é ilustrado por Lacan ao comentar sobre a homossexualidade masculina (LACAN, 1999, p. 214-220).

para o desejo do Outro. No entanto, a detenção da mulher nesse ponto faz com que ela seja o falo para o desejo da mãe e não para o desejo de um homem (EIDELBERG et al., 2004). Parece que é justamente isso que ocorre com Bia na época da puberdade, momento em que ocorre um encontro com alguma experiência traumática de gozo sexual em que se revela a falta no Outro. Esse encontro parece ser revivido quando Bia se muda da casa da mãe, ficando longe do olhar dela, momento em que os sintomas bulímicos pioram consideravelmente. Se o sujeito não pode responder simbolicamente a essa falta, que remete diretamente à castração materna, só lhe resta a saída mortal de rejeição ou reintegração do produto pela genitora. Como consequência, há uma parceria sintomática que se realiza com a mãe e não com um parceiro do outro sexo. A vertente do amor se manifesta como um amor sem limites, não atravessado pela castração e representa um gozo devastador. Isso se repete nas escolhas dos parceiros pela jovem, que acabam encarnando o Outro devorador, que a vigia e quer apenas o seu corpo, exibindo-o como se fosse um “troféu”. Nesse ponto, podemos localizar algo que fracassa no artifício da mascarada fálica²².

Nesse caso, a falicização do corpo feminino encontra um impasse e Bia fica identificada ao falo imaginário sem atravessar a relação pré-edípica com a mãe em direção ao falo de um homem. Ou seja, fica aprisionada no *narcisismo do ego* sem poder dialetizar a falicização que a constitui como falo para um homem com seu próprio desejo causado pelo falo no corpo dele. O fracasso da tentativa de igualar a imagem corporal ao falo imaginário pode ser evidenciado nos fenômenos de deformação da imagem. Estes representam a materialização real do objeto olhar no campo da imagem, no ponto em o sujeito insiste em manter-se na posição de ser o falo para escamotear a castração do Outro materno.

O encontro com o praticante de psicanálise abre a possibilidade para que Bia vivencie outra versão do amor. A transferência surge, inicialmente, com um colorido erotômico, refletindo a relação insaciável com a mãe. O que está em jogo, definitivamente, não é uma demanda de saber e sim, de ser incondicionalmente amada. Uma das estratégias adotadas pelo praticante na condução do caso foi a de

²² Em *O Seminário, livro 05: as formações do inconsciente (1957-1958)*, Lacan aborda o feminino a partir do caso clássico relatado pela psicanalista Joan Rivière, evidenciando a estratégia da mascarada fálica como uma forma de a mulher inscrever algo do seu gozo no campo simbólico, articulando-o ao desejo. Na falta de um significante que designe A mulher, o feminino encontra na mascarada sua forma de apresentação no universo simbólico (LACAN, 1999).

marcar uma presença silenciosa e um olhar pouco invasivo, o que introduziu certo espaço que permitiu esvaziar a inflação imaginária, tanto do objeto olhar quanto do objeto voz. Dessa forma, Bia pôde fazer uma parceria diferente daquela estabelecida com a mãe.

A partir da intervenção do praticante em que ele diz que esse tipo de afeto faz parte do tratamento, toca-se um ponto que permite o resgate da função paterna. A operação efetivada pelo Nome-do-pai possibilita, pelo menos parcialmente, a inscrição da mulher na normatização fálica, o que a coloca em um conjunto. Nesse sentido, dizer que ela experimenta algo que outros também vivenciam, permite que ela se inscreva em um grupo. Em *O Seminário, livro 20: mais, ainda (1972-1973)*, Lacan, ao desenvolver o quadro da sexuação (FIG. 1), ressalta que não é pelo fato de a mulher estar não-toda inscrita na função fálica que ela deixa de estar nela de todo (LACAN, 2008). Essa inscrição, mesmo que parcial, do feminino na norma fálica impede que a mulher fique à deriva de um gozo louco e sem sentido. Isso só é possível a partir da exceção introduzida pela função paterna. É nesse sentido que a intervenção narrada foi trabalhada na Construção do Caso como um resgate dessa função.

Como resposta do sujeito, advieram algumas lembranças apaziguadoras da normatização paterna, evidenciando-se a presença de um amor ao pai que se ocultava em consonância aos ideais maternos. Mas isso parece não bastar para conter a devastação materna e a jovem se vale do recurso da lei para conseguir o que lhe era de direito: a herança paterna. Uma vez que a função paterna ganha a cena, Bia esboça a criação de uma espécie de armadura simbólica para o corpo²³, deslocando-a de uma posição puramente imaginária. É assim que ela, aos poucos, vai deixando de se incomodar com a imagem corporal. Ao consentir que algo do pai simbólico apareça em sua vida, a jovem pode significar algo da falta, prescindindo do movimento compulsivo de comer e vomitar.

Vale destacar que, no trabalho de Construção do Caso, em diversos momentos se discutiu o que, de fato, estava em jogo no ocultamento ao pai. No

²³ Nieves Soria, a partir do texto freudiano *Psicologia da massas e análise do eu*, esclarece que a identificação que ocorre em alguns sintomas histéricos, como, por exemplo, a tosse que Dora imita do pai, ocorre a partir de uma regressão ao objeto de amor. Dessa forma, propõe que, nas histéricas, o amor dirigido ao pai possibilitaria uma segunda volta sobre a identificação primária pré-edipiana que teria a função de armadura para o corpo. Nesse percurso, a psicanalista retoma o quadro da sexuação para localizar que o amor ao pai, na paciente histérica, teria a função de envolver o conjunto aberto de seu gozo, permitindo a inscrição de seu corpo no campo sexual (EIDELBERG, 2009, p. 49-66).

início do tratamento, Bia parecia não contar com o recurso do amor ao pai, o que impedia que o simbólico mediasse o imaginário e o real, como ocorre no sintoma histérico clássico²⁴. Evidenciar a presença do amor ao pai foi decisivo para que a hipótese quanto ao diagnóstico recaísse na neurose histérica. Certamente, existia uma debilidade na metáfora paterna, mas, de acordo com o que foi sendo construído a partir das respostas da jovem, não se tratava de algo decorrente da forclusão do Nome-do-Pai. A debilidade da metáfora paterna se refere aos acidentes que podem acontecer no complexo de Édipo, prejudicando a ação significativa da metáfora. Como consequência, surgem as manifestações características dos *novos sintomas* que não se inscrevem na ordem do sentido e não se constituem como um enigma a ser decifrado. Recalcati destaca que essa debilidade metafórica não deve ser entendida por si só como índice de uma estrutura psicótica (RECALCATI, 2004, p. 179).

Na Construção do caso, é justamente o resgate do amor ao pai que passou a ganhar destaque na orientação quanto à direção do tratamento. A aposta é que este ponto se relaciona com a singularidade de Bia uma vez que ela resgata este amor de uma maneira muito própria ao utilizar o recurso da lei. O que aparece, até o momento, é uma identificação da jovem com o pai ao optar por encontros sexuais furtivos em que ela não se sente invadida e abusada como nas parcerias amorosas que ocorreram até agora em sua vida.

É verdade que o tratamento está só começando, mas a jovem dá indícios de que continuará o trabalho de elaboração subjetiva que, atualmente, tem girado em torno do feminino e do amor.

5.2 O caso Ana: a pequena equilibrista

5.2.1 O caso

Ana estava com 14 anos de idade quando foi trazida para tratamento pelos pais. A jovem se apresentava como uma ginasta muito dedicada e com planos de se tornar profissional. Já havia passado por diversas competições e, apesar das ótimas avaliações, sempre lhe diziam que ela não tinha um “corpo de ginasta”. Para o

²⁴ O sintoma histérico clássico se caracteriza por sua constituição a partir de uma operação metafórica, mecanismo próprio do universo simbólico, que o deixa repleto de sentido a ser decifrado.

último concurso, treinou muito, restringiu a alimentação e perdeu peso. Assim, Ana alcançou o “corpo de ginasta” e ganhou o primeiro lugar. Desde então, por medo de qualquer alteração no corpo almejado, piorou a restrição alimentar e passou a perguntar, insistentemente, à mãe, se ainda tinha “corpo de ginasta”. A mãe, preocupada, não conseguia fixar o olhar na filha.

Ana entrou para ginástica olímpica aos 4 anos de idade, em consonância com o desejo materno, adotando uma rotina rigorosa de treino. Desde pequena é uma menina exemplar: na escola, em casa, na ginástica. Filha única de um casal jovem, nunca teve muitos amigos, preferindo a companhia da mãe. A mãe é pedagoga e, quando a filha nasceu, abandonou o trabalho para cuidar dela.

Aos 3 anos, Ana já conseguia ler e escrever com o incentivo da mãe. Aos 7 anos, os pais se separaram. Depois disso, a mãe nunca arrumou outro companheiro ou mesmo um trabalho que pudesse intermediar a relação com a filha. O pai, embora tivesse outro relacionamento, fazia questão de passar os finais de semana com a filha.

O primeiro atendimento foi realizado por um médico clínico que, desde então, participou ativamente de todo tratamento. Ana havia perdido mais de 10% do peso nos últimos 3 meses e apresentava um IMC de 16 (percentil entre -2 e -1 desvio padrão) à custa da restrição alimentar. Nessa época, a jovem ainda não tinha tido a menarca. Apesar do diagnóstico de Anorexia Nervosa do tipo restritivo, o que mais preocupou o clínico foi a angústia de Ana que aumentava ao longo dos atendimentos. Diante do pedido da mãe de uma prescrição dietética, o clínico sugeriu que a jovem fizesse um diário que abarcasse seus sentimentos e pensamentos durante a semana, mas ela se restringia a escrever um relato concreto dos alimentos ingeridos. A dificuldade de falar sobre o que a afligia motivou a entrada de um analista no tratamento.

No primeiro atendimento com o analista, Ana contou que estava indecisa quanto a continuar o investimento na ginástica. Essa dúvida também estava presente nos pais, dada a associação do esporte com o desencadeamento do quadro. O analista sugeriu que não tomassem nenhuma decisão precipitada. No atendimento seguinte, Ana retornou com uma postura diferente. Estava mais retraída, angustiada e falou que resolvera abandonar os treinos. Também não estava querendo ir à escola, para ficar perto da mãe. O analista se surpreendeu com a mudança brusca na postura da jovem. A partir daí, Ana quase não falava e os

atendimentos não fluíram mais como o primeiro. A mãe estava muito ansiosa e pedia para conversar ao final dos atendimentos. O analista acolheu essa demanda e, a partir dos relatos maternos, construía a história de Ana. Também usava vários artifícios para estabelecer um vínculo com a jovem: tentou fazer sessões mais curtas, propunha atividades lúdicas, mas Ana se mantinha calada.

Ana começou a ter crises nas quais gritava, chorava e agarrava-se à mãe pedindo desculpas por estragar tudo, referindo-se a um tempo mítico em que era pequena e agradava a mãe. Não conseguia ficar longe da mãe, querendo fazer tudo com ela. Passou, também, a imitar seus gestos como um reflexo especular. Quando questionada pela mãe, a jovem dizia querer perder o mesmo tanto de calorias que ela. Frequentemente, batia as mãos no ar, como se tentasse secá-las, e só parava quando a mãe as segurava. Fazia abdominais durante pequenas ausências da mãe e dependia do comando dela para fazer coisas cotidianas, como, por exemplo, servir-se no café. Ana impunha diversas condições para se alimentar e sair de casa. Tudo deveria seguir uma programação rígida e estereotipada para evitar as crises. Ela exigia que a mãe lhe dissesse várias vezes que comesse, assegurando-lhe que o alimento lhe faria bem. Caso contrário, ela não comia e, assim, a culpa por estragar tudo era atribuída à mãe. Esta estava exausta e já não conseguia atender todas as exigências da filha. Em certo momento, chegou a oferecer um travesseiro para que a filha se desgrudasse um pouco dela.

Nessa época, o analista já havia iniciado a Construção do Caso a partir de supervisões individuais e discussões com a equipe, o que permitiu o isolamento de elementos que apontavam para o diagnóstico estrutural de psicose. A jovem mantinha a restrição alimentar e quase não falava. Mesmo os atendimentos com o médico clínico, em que Ana se mostrava mais acessível ao diálogo, começaram a ficar complicados, dada a desconfiança e certa hostilidade da paciente.

O analista verificou a impossibilidade da jovem se fazer um corpo na ausência da mãe e, no meio da turbulência, entendeu que era preciso seguir as indicações de Ana, dando-lhe o suporte que ela parecia pedir. Desde então, começou a atender mãe e filha simultaneamente. Assim, iniciou-se um segundo tempo do atendimento em que a mãe falava e Ana a observava, imitando os movimentos da mãe.

A jovem foi encaminhada para o atendimento com um médico psiquiatra que a acolheu na ausência da mãe e com uma postura esvaziada de saber. Essa manobra parece ter permitido que Ana retomasse a fala, desenvolvendo uma boa

relação transferencial com o médico. Dada a gravidade do quadro, foi prescrito risperidona 1mg/ dia e fluoxetina com aumento gradual até 40mg/dia. Assim, Ana passou a ser atendida pelo analista junto à mãe e, em seguida, pelo psiquiatra. Nas discussões da equipe, ficava claro que a jovem repetia para o psiquiatra o que havia sido falado pela mãe no atendimento anterior. Apesar disso, decidiu-se fazer uma aposta nesse novo espaço de atendimento.

Ana falava que se sentia triste, confusa e que não sabia se deveria persistir em seu projeto de se tornar uma ginasta profissional. Sentia-se pressionada a fazer tudo certo e tinha medo de que alguém percebesse que ela não estava bem. Também reclamava por não conseguir ficar sem a mãe por perto. O psiquiatra acolhia o sofrimento da jovem e, com uma escuta cuidadosa e interessada, ressaltava elementos que pudessem permitir a Ana uma historização de sua vida. No entanto, a jovem parecia não conseguir elaborar o que lhe ocorria, apresentando um romance familiar empobrecido e um relato restrito às amenidades do cotidiano.

Com o tempo, Ana ficava mais apaziguada e voltou a se alimentar. Um dia, contou sobre sua vontade de ser engenheira, profissão do pai. O psiquiatra mostrou certo interesse nessa fala e, pouco tempo depois, a jovem revelou que estava se dedicando a uma empresa de construção fictícia que criara quando criança, levando para a consulta a logomarca reformulada. Esta logomarca tinha uma clara referência ao nome de Ana. O pai, finalmente, estava mais próximo da filha, participando dessa atividade lúdica sem a presença física da mãe.

Diante da evidente melhora, a equipe optou por separar o atendimento de mãe e filha. Nesse terceiro tempo, Ana deixa de participar dos atendimentos da mãe sem resistência. Ana se sentia bem e apresentava projetos para o futuro. A única queixa era a de um pesadelo recorrente em que as pessoas a reprovavam e brigavam com ela, o que a fazia despertar durante a noite.

Após dois anos, Ana confessou que voltara a se sentir mal. Estava incomodada com o aumento do peso e com a falta de controle com a alimentação. Contou que não conseguia identificar em quais momentos estava realmente com fome, temendo ser acusada de gulosa quando comia. Por isso, precisava do auxílio da mãe para organizar sua dieta. O psiquiatra insistiu que o problema não parecia ser o peso e a comida. Relembrou os pesadelos em que as pessoas brigavam com ela e sugeriu que, talvez, a questão fosse a necessidade de agradar as pessoas (a mãe). Ana concordou e, nos atendimentos seguintes, se mostrou menos angustiada.

Em nova discussão do caso, descobriu-se que essa intervenção não foi narrada para a mãe como de praxe. Dessa forma, evidenciou-se que a introdução de um novo sentido para Ana sobre o que lhe ocorria permitiu a criação de um intervalo entre ela e a mãe. Essa manobra parece tê-la distanciado, momentaneamente, do sentido mortífero associado à identificação maciça com o desejo materno.

Ana, há algum tempo, abandonou a ginástica olímpica. A jovem ganhou peso e está obesa. No entanto, parece que ela não se dá conta disso. Diferente da mãe, que permanece preocupada com o corpo da filha, Ana diz que se sente muito bem. O clínico, a partir das discussões do caso, tem adotado uma postura mais conservadora. As queixas em relação ao corpo têm aparecido mais como queixas somáticas do que aquelas relacionadas ao formato corporal.

Apesar da gravidade, do ponto de vista médico, observa-se atenuação importante dos sinais e sintomas físicos e psíquicos. Ana continua os estudos e pretende fazer vestibular para engenharia. Está mais alegre e interage melhor com os colegas. Na escola, retomou a postura de liderança dos trabalhos e atividades. É notável que, apesar da maturidade para determinados assuntos como, por exemplo, os estudos e o futuro profissional, a jovem se mostra infantilizada diante de tudo aquilo que diz respeito à puberdade e ao sexo. Recrimina os colegas que usam bebidas alcoólicas e prefere não participar das festas com jovens de sua idade.

Atualmente, Ana está com 16 anos de idade e os seus atendimentos prosseguem regularmente. Parece que ainda não encontrou uma solução consistente para lidar com a fragilidade de sua estrutura psíquica, o que provoca a impressão de que ela ainda se equilibra em uma corda bamba, dada a precariedade das identificações imaginárias que a sustentam.

5.2.2 Comentários

Na história relatada pela mãe de Ana, percebe-se que não existiu, por parte desta, qualquer valorização fálica do ex-marido, o que comprometeu a transmissão do Nome-do-Pai, de tal forma que esse significante ficou foracluído²⁵. A mãe nunca

²⁵ O termo foraclusão é utilizado no campo jurídico como processo prescrito, ou seja, aquele que já não cabe mais recurso, uma vez que se perdeu o prazo. Lacan utiliza esse termo para designar a rejeição do significante Nome-do-Pai, mecanismo fundamental na gênese da psicose, introduzindo-nos na dimensão da lei e de sua proscricção. Então, a foraclusão do Nome-do-Pai presente na psicose indica que o sujeito está fora da lei simbólica, proscrita pela carência do significante, que nessa

se voltou para algo além da filha, instituindo-se apenas como mãe, uma mãe “toda”, sem faltas. Portanto, não houve a entrada de um terceiro que rompesse a completude imaginária entre as duas, deixando Ana desalojada do universo simbólico. Na ausência de recursos simbólicos para construir como um corpo, restou à jovem o recurso imaginário. Assim, Ana permaneceu enraizada em uma relação especular com a mãe, fadada às significações particulares induzidas por seu desejo caprichoso.

No texto *De uma questão preliminar de todo tratamento possível da psicose* (1957-58), Lacan fala da identificação “pela qual o sujeito assumiu o desejo da mãe”, localizando-a como uma forma de compensação imaginária (LACAN, 1998e, p. 572). A ideia de compensação imaginária foi abordada por Lacan, em *O Seminário, livro 3: as psicoses, 1955-1956*, a partir do estudo de Hélène Deutsch sobre o mecanismo *como se* presente em pacientes esquizofrênicos (LACAN, 2002). Essa psicanalista propõe que esses sujeitos, antes de apresentarem os fenômenos elementares como delírios e alucinações, passam por um período em que se adaptam perfeitamente à realidade através de uma imitação exterior (MALEVAL, 2009, p. 268-269). Lacan esclarece a precariedade desse mecanismo ao compará-lo com um tripé em que falta o quarto elemento estabilizador: o Nome-do-Pai.

A identificação ao desejo é que, inicialmente, estabiliza a estrutura psíquica da jovem. Essa identificação pode ser evidenciada nos relatos de que Ana foi uma criança perfeita: aprendeu a ler precocemente e sempre foi uma aluna brilhante, inclusive na ginástica olímpica. De alguma forma, isso reflete a captura da jovem pelas expectativas da mãe, que era pedagoga e sempre se interessou por ginástica olímpica. Neste sentido, ser uma ginasta permite que Ana construa, ainda que de uma forma frágil, um corpo. Um corpo em uma dimensão puramente imaginária que funcionava como uma extensão do corpo materno. Assim, podemos localizar a ginástica olímpica e a própria anorexia como uma forma de construção corporal a partir da amarração entre o imaginário e o real. Vale destacar a singularidade dessa anorexia que, ao invés de funcionar como uma solução para proteção diante de um Outro materno devorador, acaba deixando a paciente ainda mais colada à mãe.

estrutura não estará presente para permitir a formulação da metáfora edípica. Vale destacar que, embora na Construção do Caso, aventemos a possibilidade da não transmissão desse significante através da fala materna, há algo nesse mecanismo que diz respeito à escolha do sujeito. Foi o que Lacan, ao desenvolver a teoria da casualidade da psicose, ressaltou ao dizer que sempre há algo de “insondável” nessa “decisão do ser”. (LACAN, 1998b, p. 179)

A vida de Ana caminhava sem grandes problemas enquanto sua realidade estava enquadrada conforme o discurso materno. No momento em que ela atinge o “corpo de ginasta” idealizado, encarnando o espectro máximo do desejo narcísico da mãe, o quadro psicótico se desestabiliza. A nomeação “corpo de ginasta” dada pelo júri convoca a jovem ao campo do Outro, assumindo um estatuto enigmático, o que a deixa em um vazio de significação. Na falta do recurso simbólico do Nome-do-Pai para responder a esse enigma, abre-se um buraco no imaginário e um gozo desregulado e sem sentido retorna no real do corpo, o que pode ser constatado na intensa angústia e desorganização psíquica presentes no caso.

O modelo lacaniano para o entendimento das psicoses envolve a forclusão do significante Nome-do-Pai (P_0), que repercute com a não inscrição de uma significação fálica (ϕ_0). Os fenômenos associados ao P_0 são os transtornos das palavras, da enunciação, do pensamento e as alucinações verbais, enquanto aqueles associados ao ϕ_0 são as disfunções corporais, as ideias delirantes ligadas à sexualidade e ao corpo, assim como algumas passagens ao ato como as automutilações (MILLER, 2003). No caso Ana, o desencadeamento obedece à temporalidade lógica proposta por Lacan para o entendimento do desencadeamento do quadro psicótico de Schreber: chamado ao significante Nome-do-Pai (corpo de ginasta) → formação de P_0 (perplexidade) → formação de ϕ_0 (desabamento do corpo imaginário). Dessa forma podemos localizar a presença de ambos os grupos fenomenológicos, embora aqueles relacionados ao ϕ_0 ganhem uma maior visibilidade no caso.

Ao que tudo indica, o fato de a mãe não ter podido olhar para a filha emagrecida na ocasião da competição intensificou a desestabilização do quadro. A ausência desse olhar fez cair a referência através da qual Ana se sustentava, revelando um buraco no Outro que já não respondia mais. Desde então, a jovem passa a se queixar insistentemente disso, o que mostra sua impossibilidade em fazer consistir um corpo quando desalojada do lugar de objeto do olhar da mãe.

Vale lembrar que, na época do desencadeamento, Ana estava próxima à puberdade, fase delicada em que algo da feminilidade irrompe como um excesso corporal que já não pode ser tratado pela imagem. Ou seja, certamente, há algo relacionado a isso que também se associa à desestabilização psíquica. Aliás, a impossibilidade de Ana entrar em uma lógica sexual pode ser constada até o

momento, uma vez que ela rechaça radicalmente tudo que se relaciona ao real do sexo.

Apesar da ausência de fenômenos como alucinações auditivas ou ideação delirante sistematizada, na medida em que o caso foi sendo construído, esclareceu-se que todo o movimento do sujeito girava em torno de uma tentativa de construção corporal após a catástrofe imaginária que marcou o desencadeamento. Nesse caso, ocorreu um desprendimento do registro imaginário, fazendo com que o corpo se desarmasse. Esse entendimento conduziu à hipótese de uma estrutura psicótica esquizofrênica. A presença de um Outro invasivo e persecutório que pôde ser observado, por exemplo, nos pesadelos em que as pessoas a olhavam e a acusavam de gulosa, permitiu um avanço da hipótese diagnóstica em direção à esquizofrenia paranóide²⁶.

Para Ana, o corpo apresentava um estatuto puramente imaginário, sem intermediação simbólica. Afinal, na ausência do Nome-do-Pai, a nomeação “corpo de ginasta” não responde a uma significação fálica. Dessa forma, ela pode se localizar em apenas um dos polos: o de uma imagem vazia, caracterizado pela onipotência narcísica que marca o momento em que ela atinge o “corpo de ginasta”, ou o do objeto degradado, sem qualquer valor fálico. O eu ideal - i(a) - é a imagem especular que se constitui no estúdio do espelho e representa o narcisismo primário em uma dimensão imaginária, limitada e idealizada, conferindo ao sujeito uma sensação de onipotência. Sua regulação depende da instauração da instância simbólica do ideal do eu - I(A). Nesse caso, como não há uma intermediação do ideal do eu, o que aparece é uma disjunção no eu ideal: de um lado temos uma imagem vazia, sem carne, sem volume, ou seja, I com o parêntese vazio - i() - e de outro, o objeto rebotalho a. Na medida em que ocorre o tratamento, algo disso vai sendo restituído, o que pode ser percebido quando Ana começa a ter queixas somáticas, apresentando uma vertente de corpo mais libidinizado.

A localização de Ana no lugar de objeto degradado pode ser evidenciada no momento em que ela é invadida por pensamentos de que ela não valia nada e estragara tudo, o que pode ser atestado pela presença de fenômenos melancólicos no caso. Vale lembrar que a presença de fenômenos melancólicos não indica,

²⁶ Aqui estamos trabalhando com o entendimento da esquizofrenia paranóide a partir da psicanálise lacaniana, o que é diferente daquele da psiquiatria que exige a presença de fenômenos como alucinações, delírios, discurso desorganizado, embotamento afetivo e abulia para o diagnóstico.

necessariamente, uma estrutura psicótica do tipo melancólica. Nesse contexto, Nieves Soria ressalta que, frequentemente, podemos localizar uma vertente melancólica nas diversas estruturas psicóticas, tendo em vista que, em algum momento, todo psicótico se localiza no lugar de resto devido à ausência de uma significação fálica (DAFUNCHIO, 2008, p. 233). No caso Ana, podemos verificar a presença de fenômenos melancólicos em uma estrutura esquizofrênica.

Ana já não sabia mais o que queria e tenta buscar nessa *mãe toda* uma resposta. A jovem passa a se preocupar em contar as calorias que entram e saiam a partir da referência do corpo materno. Organizava dietas e cronogramas que incluíam a mãe, na tentativa de manter uma homeostase que não poderia ser rompida pelo apelo do Outro, cuja presença era sentida como invasiva e perturbadora. Tudo o que se mexia do lado do Outro, tudo o que fazia multiplicar suas demandas, tudo o que tornava a situação instável ou imprevisível, fazia emergir as crises na jovem. Nesse contexto, a organização de cronogramas, a exigência da voz e do olhar materno e o ato de se fazer como uma imagem especular da mãe revelam uma tentativa de criar uma medida para o gozo sem sentido através de uma amarração entre os registros imaginário, real e simbólico.

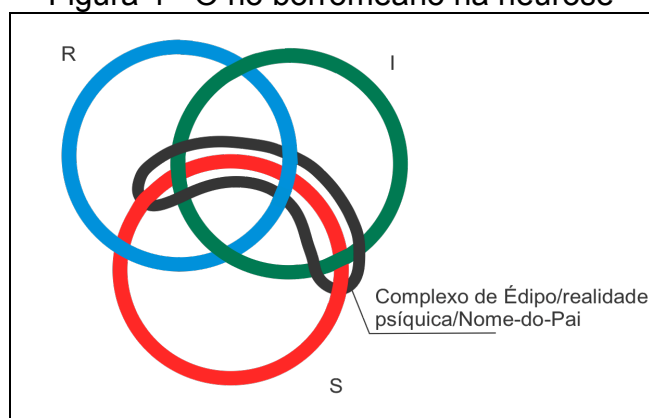
O caso de Ana mobilizou toda a equipe do NIAB dada a gravidade, o colorido fenomenológico e os impasses na condução do tratamento. Quando Ana foi acolhida pelo médico clínico, esse profissional não se deteve à evidência do diagnóstico de Anorexia Nervosa e, em consonância com a política do serviço, que entende que esses fenômenos clínicos são expressões sintomáticas ao real que desponta especialmente na puberdade, introduziu um analista no acompanhamento. Nesse momento, a Construção do Caso se inicia, sobretudo, a partir dos elementos trazidos pela mãe.

Ao longo do acompanhamento com o analista, diante do silêncio de Ana, ele verifica um ponto de impasse. Esse impasse motivou a supervisão individual e a discussão em equipe, momentos em que os elementos do caso ganharam um contorno mais preciso, sendo aventada a possibilidade de um diagnóstico estrutural de psicose. O analista, diante do silêncio de Ana, entende a importância da presença materna para que o corpo da jovem retomasse a relativa consistência que se perdeu no desencadeamento do quadro, apostando no atendimento das duas em conjunto.

A ideia que prevalecia na equipe em relação à condução do caso era da importância de se encontrar uma estratégia de separação do par mãe e filha. A conduta do analista, ao receber mãe e filha juntas, foi questionada, gerando um ponto de discordância e tensionamento entre os profissionais. No entanto, diante da singularidade do caso, o analista manteve sua orientação. A Construção do Caso evidenciou, *a posteriori*, que o atendimento em conjunto foi uma tática adotada no intuito de manter o único ponto de apoio operante para Ana, o que possibilitou a transferência com o analista que sustentou a inclusão de outro profissional em seu tratamento.

Em uma das supervisões com a psicanalista Nieves Soria, trabalhou-se a partir da clínica nodal na tentativa de localizar mais precisamente os elementos do caso e avançar na lógica singular de tratamento de gozo adotado pelo sujeito. Como esclarece Nieves²⁷, a ausência de um quarto elemento (Nome-do-Pai) na psicose não permite que os registros imaginário, real e simbólico sejam amarrados borromeamente, conforme ocorre na neurose. Na neurose esse quarto elemento suplementa o registro simbólico, amarrando borromeamente o imaginário, real e simbólico. Dessa forma, os elementos ficam enganchados uns aos outros sem se tocarem de modo que, cortando qualquer um deles, todos se soltam (FIG. 4). (LACAN, 2007)

Figura 4 - O nó borromeano na neurose



Fonte: (LACAN, 2007, p. 21)

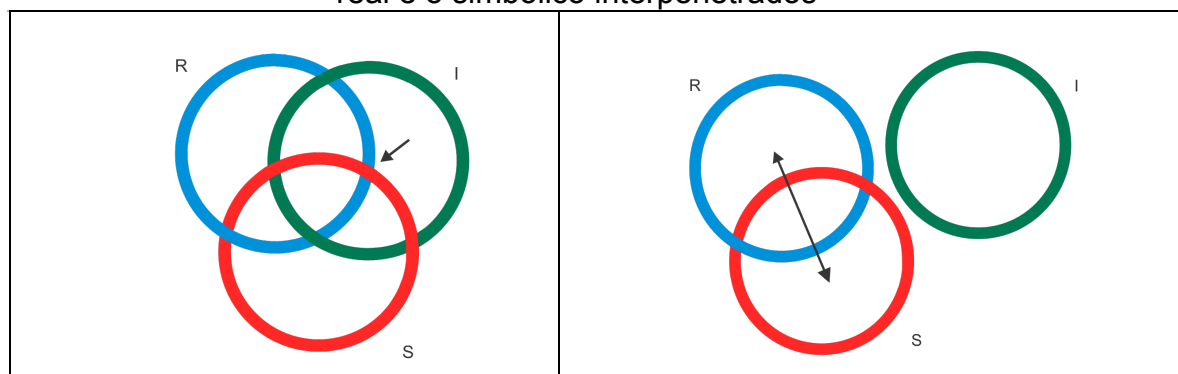
Nota: Adaptada pelo autor

Já nas psicoses, como os nós não são borromeanos, um dos elementos pode se soltar sem que os outros se soltem. No caso da esquizofrenia, o registro que se

²⁷ Para um maior aprofundamento sobre a clínica nodal das psicoses, conferir o livro *Confines de las psicosis* (DAFUNCHIO, 2008).

solta é o imaginário, o que explica a catástrofe imaginária e a perda da realidade no momento do desenlaçamento²⁸. A interpenetração do real e do simbólico seria responsável pelos fenômenos elementares como, por exemplo, as alucinações auditivas (FIG. 5).

Figura 5 - O nó que rateia na esquizofrenia: o imaginário se solta, deixando o real e o simbólico interpenetrados

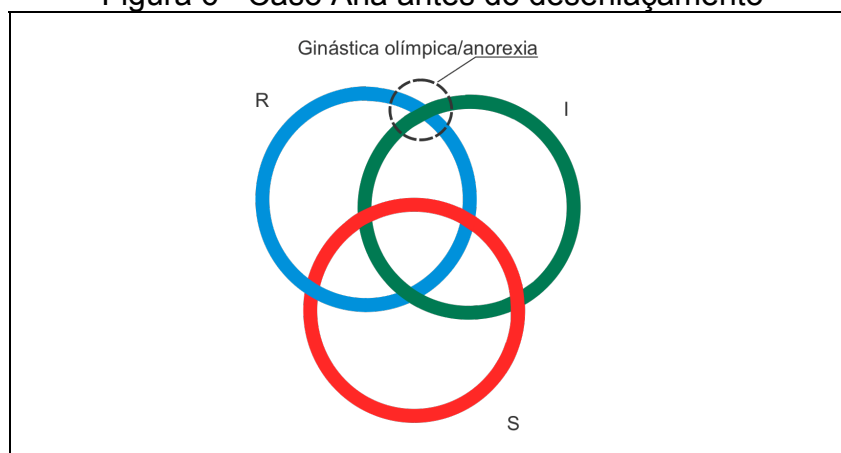


Fonte: (DAFUNCHIO, 2008, p. 142)

Nota: Adaptado pelo autor

No caso de Ana, antes do desenlaçamento, o registro imaginário não ficava totalmente solto, dada sua amarração com o real possibilitada pela ginástica olímpica e, em seguida, pela anorexia (FIG. 6). Nesse contexto, observamos o estatuto singular que a ginástica olímpica assume para esse sujeito, o que difere da observação genérica da literatura médica de que essa carreira representa um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Figura 6 - Caso Ana antes do desenlaçamento



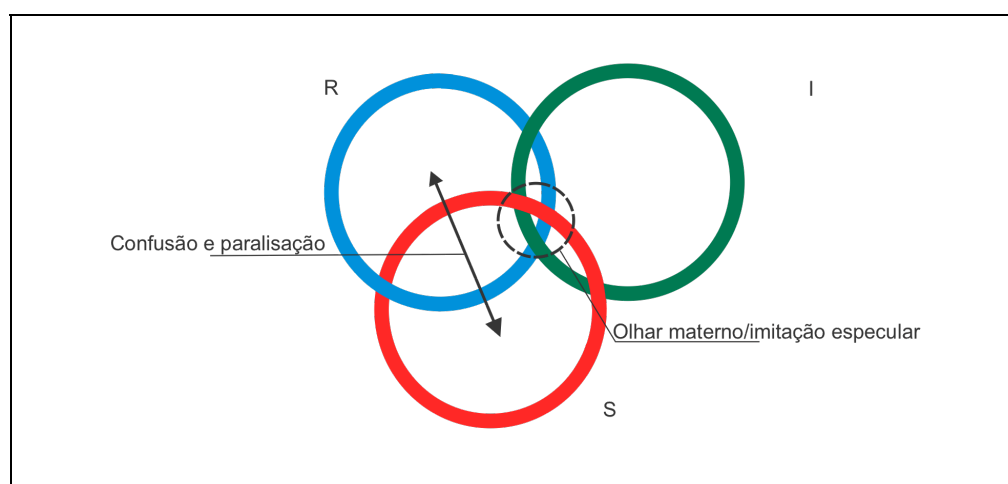
Fonte: Elaborada pelo autor

Nota: A partir da supervisão de Nieves Soria

²⁸ Como neste momento do texto estou trabalhando com a clínica dos nós, optei por escrever *desenlaçamento* ao invés de *desencadeamento*.

No momento do desenlçamento, o imaginário se solta, ainda que parcialmente, o que deixa o real e o simbólico interpenetrados. Essa interpenetração explicaria a perplexidade, índice de certa desorganização do pensamento relatado como uma “confusão” mental, assim como a paralisação da jovem frente à invasão do real sem mediação simbólica ou imaginária. Na tentativa de refazer a amarração de sua estrutura psíquica, Ana lança mão da contagem de calorias, da voz e do olhar materno e da imitação especular, o que pôde impedir, pelo menos em um certo momento, um soltamento completo do imaginário (FIG. 7).

Figura 7 - Caso Ana no desenlçamento



Fonte: Elaborada pelo autor

Nota: A partir da supervisão de Nieves Soria

O acolhimento do psiquiatra, a partir de uma posição esvaziada de saber, parece ter permitido que Ana retomasse a fala e fosse, finalmente, escutada ao invés de simplesmente escutar a mãe. Assim, foi sendo construída uma relação transferencial em que a jovem se localizava no lugar de quem sabe, o que permite certa reconstrução egóica a partir da via do saber em uma espécie de *paranoização*.

O sujeito paranóico é marcado por um “imediatismo da identificação” (LACAN, 1998b, p. 171), fixando-se em um significante ideal imaginarizado que não se conecta à cadeia significante. Esse ideal tem o efeito de ênfase do sujeito e, ao promover certa organização do gozo, sustenta sua unidade narcísica. Assim, o gozo é situado no campo do Outro, que se torna persecutório, gozador e invasivo. Nesse sentido, é interessante examinarmos a relação de Ana com o conhecimento retomada no tratamento. Ao se localizar no lugar de quem sabe, Ana pode, pelo menos parcialmente, localizar algo do gozo no campo do Outro, o que a deixa mais

apaziguada na medida em que esse gozo não retorna mais tão intensamente sobre o seu próprio corpo. Ou seja, há algo aí que passa pela via da paranoização²⁹ do sujeito que permite algum tratamento para sua esquizofrenia. É importante destacar que se trata de um conhecimento com um estatuto imaginário, que não toca o real do sexo.

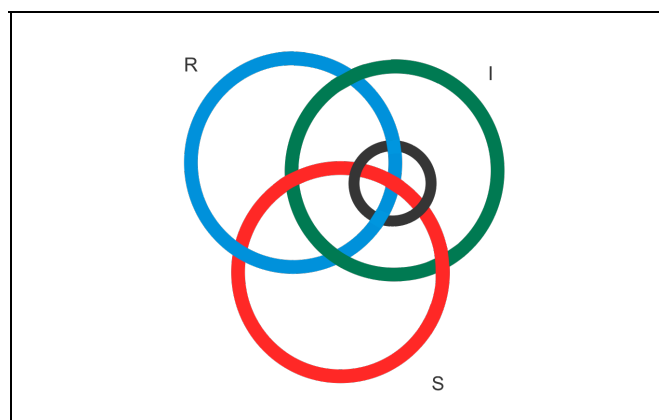
Nesse contexto, podemos verificar a retomada do interesse de Ana pelos estudos. Ao liderar os trabalhos escolares com uma postura nítida de superioridade em relação aos outros, a jovem passa a capturar o olhar de uma forma mais libidinizada, de tal forma que esse olhar se torna menos invasivo e mais suportável.

Chama a atenção o momento em que Ana passa a se interessar, mais precisamente, pela profissão do pai. Essa identificação com a profissão paterna pode ser entendida como um recurso ao pai imaginário, o que, de alguma forma, difere da identificação com o desejo materno. Apesar de ainda ser um recurso imaginário, a engenharia pode funcionar como uma nomeação que se aproxima mais do campo simbólico, permitindo que Ana prescindia um pouco dos fenômenos de corpo. A logomarca criada por ela parece ser uma alternativa mais interessante, por poder englobar não só o simbólico e o imaginário, mas também tocar o real. No entanto, embora essa marca pudesse funcionar como um reenlaçamento bem sucedido dos registros, como observamos em outros casos (FIG. 8)³⁰, há algo aí da *insondável decisão do ser* que impede que o sujeito se aproprie de uma forma mais consistente desse recurso.

²⁹ Para esclarecimento do processo de paranoização na evolução da esquizofrenia conferir *Teoria e Clínica da Psicose* (QUINET, 2006).

³⁰ Lacan, no *O Seminário, livro 23: o sinthoma (1975-1976)*, destaca que a escrita e a obra de Joyce exercem uma função de compensação da carência paterna, recompondo o seu ego. Para Joyce, o ego não é um ego narcísico/corporal uma vez que é sustentado pela escrita e não, pelo corpo. Assim, sua escrita tem uma função reparadora, tecendo o imaginário e instaurando uma segunda amarração entre o real e o simbólico, o que impede que o imaginário se esvaia (LACAN, 2007).

Figura 8 - O nó de Joyce



Fonte: (LACAN, 2007, p.148)

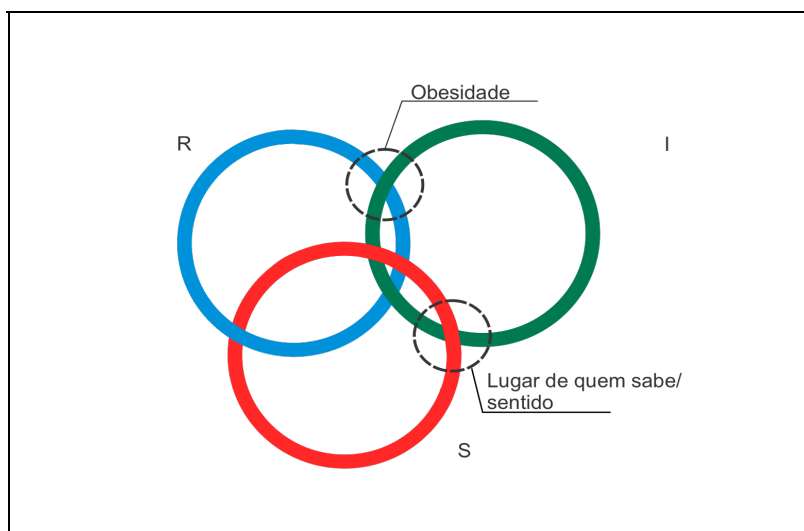
Nota: Adaptada pelo autor

Na Construção do Caso, também foi constatado o efeito da intervenção do psiquiatra quando ele fala com a jovem que o seu incômodo parecia estar mais relacionado com a sua necessidade de agradar a mãe do que propriamente com o corpo e com a comida. Trata-se aí de uma intervenção pela via do sentido que lhe permite localizar um outro sentido que a distancia, pelo menos momentaneamente, do sentido mortífero do desejo materno.

Um ponto de investigação que vem sendo, atualmente, explorado é a função da obesidade para esse sujeito. Existe a possibilidade de que esse ganho de peso funcione como certa barreira ao Outro materno invasivo. Afinal, apesar de também ser um recurso imaginário, parece não ser como a anorexia, que apresenta uma lógica de reconexão com a mãe. Esse dado tem feito com que a equipe adote uma conduta mais expectante.

Retomando a localização topológica dos elementos do caso, não podemos dizer que Ana criou alguma suplência consistente para manter o registro imaginário amarrado com o real e simbólico. Apesar disso, algumas tentativas da jovem merecem ser localizadas. Na psicose, o soltamento do nó pode ser corrigido exatamente no local onde ele acontece ou, ainda, em diferentes pontos. Nesse contexto, poderíamos localizar a obesidade como uma possibilidade de amarração entre o real e o imaginário. O posicionamento de Ana no lugar de quem detém o saber, assim como as intervenções pela via do sentido, estariam localizados entre o imaginário e o simbólico. Dessa forma, existiram aí possibilidades de manter uma amarração que, ainda que precariamente, permitiria certa estabilidade do quadro, como a verificada atualmente (FIG. 9).

Figura 9 - Caso Ana e o seu esboço de solução



Fonte: Elaborada pelo autor

Nota: Hipótese a ser verificada

Atualmente, Ana continua em tratamento. A equipe envolvida entende que se trata de um caso grave e que, apesar de certa melhora sintomática, a jovem ainda não encontrou uma solução definitiva que lhe permita construir um corpo separado da mãe. No entanto, podemos dizer que o espaço aberto pelo psiquiatra, a partir de uma orientação analítica, tem permitido que ela esboce algumas saídas para o seu impasse estrutural. É nesse espaço que os esboços de Ana vêm sendo depositados. Há algo na relação transferencial que possibilita a manutenção de uma estabilização, ainda que precária, do quadro, o que renova a cada momento o desejo do psiquiatra de sustentar o tratamento.

5.3 O trabalho em equipe: a experiência do NIAB

Os TA são quadros que cursam com repercussões em diversos campos da vida, o que indica que o tratamento seja conduzido por equipe interdisciplinar (PIMENTA; FERREIRA, 2003). Apesar dessa recomendação, não há na literatura uma orientação em relação ao modelo mais adequado de trabalho em equipe, sendo escassos os artigos que abordam a organização, funcionamento e experiências de serviços desse tipo. Na tentativa de contribuir com esse tema, uma das direções desta pesquisa visou formalizar o trabalho desenvolvido no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB).

No Brasil, não existem políticas públicas que contemplem especialmente o

atendimento de pacientes com TA. Estes são atendidos por equipes de alguns serviços universitários especializados, distribuídos principalmente nas regiões Sul e Sudeste ou, mais comumente, por profissionais isolados e dispersos pelo país (POMBO, 2006). Nesse cenário, alguns profissionais iniciaram um grupo de trabalho no HC da UFMG visando os TA. A partir do aprendizado com os limites e os impasses das diversas abordagens disponíveis, em 2004, esse grupo formalizou o NIAB como um espaço dedicado à assistência a pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos, de todas as idades, provenientes da rede de saúde de Minas Gerais. Além da assistência, há um esforço em caminhar na consolidação de duas outras orientações de trabalho: a pesquisa e o ensino, como meios de formalização e aprimoramento de sua experiência. O NIAB mantém intercâmbio com serviços e profissionais de outros países com orientações teóricas semelhantes. Entre eles alguns grupos italianos como a *Comunità Terapeutica La Vela di Moncrivello*, a *Associazione per lo Studio e La ricerca sull'anoressia, bulimia i disordini alimentari (A.B.A)* e o *Dipartimento di Salute Mentale S.C. Psichiatria 4/Università Degli Studi di Milano/Ospedale Niguarda Ca'Granda*, além de serviços especializados ligados à *Universidad de Buenos Aires (UBA)*.

O NIAB é constituído por médicos clínicos, endocrinologistas, nutrólogos, psiquiatras e também por assistentes sociais, psicólogos, psicanalistas e nutricionistas. O referencial teórico para entendimento desse modo de adoecer, a política, estratégia e tática de tratamento fundamentam-se na psicanálise lacaniana. Trata-se de um serviço clínico onde o sujeito e suas vivências psíquicas assumem o foco das intervenções a partir da escuta analítica, em detrimento dos fenômenos isolados através da observação e da normatização classificatória. Para isso, a Construção do Caso Clínico tem funcionado como norteador das atividades desenvolvidas, possibilitando um trabalho interdisciplinar bem sucedido.

É preciso esclarecer o que quer dizer interdisciplinaridade. Muito se fala sobre isso, o que contribui para dispersar o que realmente se quer dizer ao usar esse termo. Ao interrogar-se quanto à interdisciplinaridade, Olga Pombo indica que ela decorre de um fenômeno do mundo contemporâneo: a especialização. A crescente especialização é uma tendência que caracteriza o programa de desenvolvimento da ciência que pretende dividir o objeto de estudo para analisar seus elementos constituintes e, depois, recompor o todo. No entanto, algumas vezes, pode-se perder a ideia do todo, criando-se profissionais que sabem cada vez mais sobre cada vez

menos. Essa autora destaca que o progresso da investigação científica tem acontecido cada vez mais em zonas de interseção entre as diversas disciplinas do que, propriamente, dentro das especializações (POMBO, 2006).

Olga Pombo, simplificada, propõe que os termos interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade se relacionam em um *continuum*. A multidisciplinaridade estaria em um dos extremos, indicando um paralelismo entre diferentes campos de saber. O avanço em direção à combinação, convergência e complementaridade, nos colocaria no terreno intermediário da interdisciplinaridade. Finalmente, a aproximação de um ponto de fusão nos permitiria a passagem para uma perspectiva ainda mais holística, característica da transdisciplinaridade (POMBO, 2006).

Quando pensamos em um tratamento conduzido por uma equipe, a multidisciplinaridade, quase sempre, expressa a intervenção de vários profissionais, cada em seu campo, como se suas ações fossem complementares. Já o interdisciplinar leva em conta que há tensões e conflitos entre campos disciplinares diferentes, conduzindo a um certo grau de elaboração que permite a condução de um caso clínico. Apesar das tensões, há um diálogo possível desde que haja uma compreensão de falta e incompletude em cada área do conhecimento. Seguindo esse raciocínio, a transdisciplinaridade seria uma visão idealizada de que os saberes se completam sem conflitos.

Podemos dizer que o trabalho do NIAB se aproxima mais da ideia de interdisciplinaridade. Afinal, trata-se de uma convergência de saberes em torno de um determinado caso. No entanto, isso não esgota a proposta do serviço, tendo em vista as novidades introduzidas pela Construção do Caso e suas possibilidades de desdobramentos. No NIAB, conforme desenvolvido na metodologia, busca-se a Construção do Caso, tendo como princípio a manutenção de um espaço em que o sujeito possa aparecer. Para isso, é fundamental a renúncia narcísica dos profissionais de seus saberes preestabelecidos. Como efeito, ocorre um esvaziamento no saber, criando um espaço de *não-saber* propício à invenção de novos saberes e soluções tanto da equipe como também do próprio paciente.

Isso não quer dizer que os profissionais não estejam bem informados quanto às teorias que fundamentam suas respectivas disciplinas. Na verdade, trata-se de uma indicação para que os diversos saberes de uma equipe não tenham a pretensão onipotente de que sejam completos ou que se somem, constituindo um

saber totalizante. Essa ideia está em consonância com conceito de *douta ignorância*, desenvolvido pelo filósofo Nicolau de Cusa. Para este, a busca pelo conhecimento está inteiramente alicerçada na ciência que o homem alcança de sua própria ignorância. É o saber de seu *não-saber* que permite que o ser humano elabore uma pergunta e se engaje em uma busca de algo para além do saber já adquirido (SANTOS, 2008).

Ou seja, se, por um lado, a Construção do Caso convoca a convergência dos saberes em torno do caso, por outro, possibilita a preservação de um ponto de divergência e dissimetria onde podem surgir novidades relacionadas às singularidades de cada sujeito.

A Construção do Caso, ao sustentar a *douta ignorância* da equipe, faz com que cada profissional se engaje na investigação e no processo de construção a partir do que há de *mais vivo em seu desejo*. Dessa forma, toda a equipe se torna responsável pelo caso. Além disso, ao propor uma participação ativa do sujeito em seu tratamento, a responsabilidade também recai sobre ele, deslocando-o do lugar de enfermo conformadamente identificado ao mal que lhe acometeu.

A política do NIAB norteada pelo sintoma parte do pressuposto de que há algo na manifestação sintomática que funciona como uma solução singular para o sujeito. A partir da Construção do Caso, tenta-se elucidar e transmitir o estatuto da solução sintomática de cada um. Assim, se torna compreensível para todos da equipe, independente de qualquer formação psicanalítica, que o paciente relute em abrir mão daquilo que permite sua adaptação e organização.

Como efeito, essa *solução-sintoma* é, na medida do possível, respeitada até o momento em que o sujeito encontre saídas menos devastadoras, retomando o aforismo médico de que “existem doentes e não doenças” (FERREIRA, 2012). Esse entendimento promove um posicionamento da equipe a partir do princípio ético *primum non nocere*.³¹ Esse é o princípio da não maleficência, de acordo com o qual a primeira preocupação para um médico será nunca prejudicar o seu doente.

Dessa forma, o NIAB tem construído um trabalho clínico consistente no campo dos TA que pode contribuir muito para algumas discussões, sobretudo quando consideramos as diversas controvérsias relacionadas à voluntariedade ou não do tratamento desses quadros e às condutas mais ou menos coercivas.

³¹ O que significa, basicamente, em primeiro lugar, não fazer mal.

Tendo em vista as importantes repercussões clínicas, nutricionais e psíquicas decorrentes dos TA, o NIAB tem se aproximado da ideia de redução de danos³² que, atualmente, tem sido amplamente discutida na abordagem de usuários de drogas. Em contraste com o modelo centrado na doença, que vê o uso de drogas como uma patologia e a abstinência como única meta aceitável do tratamento, a redução de danos oferece uma ampla variedade de procedimentos que visam reduzir os prejuízos decorrentes do comportamento aditivo. Nesse sentido, existe uma orientação menos centrada em um ideal de saúde, focando-se naquilo que é possível para certo sujeito. A característica central dessa orientação é a flexibilidade no contrato com o paciente, valendo-se de propostas diversificadas e construídas com cada paciente e sua rede social. Dessa forma, valorizam-se as singularidades e o tempo do sujeito sem impor ideais pré-estabelecidos (CONTE, 2004).

As estratégias de redução de danos podem ser adotadas no tratamento de vários quadros médicos. Embora o assunto não tenha sido diretamente abordado na literatura referente a AN e BN, a essência da redução de danos tem sido discutida no NIAB, funcionando como um importante argumento na condução do tratamento. Além das evidências do sucesso dessas estratégias em outros quadros, a possibilidade de uma articulação dessa proposta com o tratamento analítico contribui para que essa prática seja adotada no serviço.

Como alternativa às abordagens mais coercivas, existe a ideia de *contrato de peso* realizado com o paciente no início do tratamento. Esse tipo de contrato, proposto pela primeira vez por Hilde Bruch, na década de 40, consiste em uma promessa mútua, em que a paciente se compromete a não perder mais peso e, em contrapartida, o médico jamais exigirá dela comer ou aumentar o peso estipulado (BRUCH, 1973). Essa abordagem está em consonância com a ideia de Lasègue de que quanto maior a insistência, maior a recusa do paciente (LASÈGUE, 2000). Além disso, permite o deslocamento do entendimento dos TA como meras inadequações

³² As estratégias de redução de danos tiveram origem na Inglaterra, em 1926, com o *Relatório Rolleston*, que estabeleceu o direito dos médicos ingleses de prescreverem opiáceos aos usuários dessas drogas, entendendo esse ato como tratamento das síndromes de abstinência mais complicadas. Na década de 80, a redução de danos ganha uma maior projeção tendo em vista o crescimento do número de infecções pelo HIV entre os usuários de drogas injetáveis na Europa. Desde então, pesquisas constataram que, nos países em que se adotaram os programas de redução de danos, ocorreu estabilização no número de dependentes, diminuiu a infecção pelo HIV e baixou a mortalidade entre os usuários. Desde 1989, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça do Brasil passaram a orientar a implantação desses programas, financiados pelo Banco Mundial (BUNING; OLIVEIRA, 2004; CONTE, 2004).

da ingesta alimentar e da percepção corporal que precisam ser retificadas, criando um espaço para importantes elaborações de novas saídas para questões subjetivas presentes na gênese desses quadros.

Sempre atentos às possíveis complicações clínicas e nutricionais presentes dos TA, os médicos do NIAB atuam, inicialmente, no sentido de preservar a vida e minimizar as alterações clínicas decorrentes da desnutrição e dos comportamentos purgativos. O tratamento clínico inclui medidas sintomáticas e que visem à redução das consequências relacionadas à desnutrição e comportamentos purgativos. Dentre elas assinala-se a oferta de vitaminas, sais minerais, mais comumente o potássio e sais para hidratação nos casos de BN. Pode incluir também cuidados com os dentes, uso de medicações para a redução da secreção ácida do estômago, como inibidores H_2 e bloqueadores de bomba de prótons, para pacientes com vômitos induzidos com sintomas de doença do refluxo gastro-esofageano. O cálcio pode ser ofertado para pacientes com anorexia nervosa em amenorreia, visando à prevenção da osteoporose futura.

A assistência apresenta um caráter predominantemente ambulatorial, com atendimentos semanais. Os casos mais grave, nos quais as condições clínicas e/ou psiquiátricas implicam em um risco eminente para o paciente, são encaminhados para tratamento em hospitais da rede de saúde de Belo Horizonte. Nesse tipo de situação, existe uma preocupação da equipe em manter o paciente internado o menor período de tempo possível, articulando o tratamento hospitalar com a proposta do tratamento ambulatorial.

Paralelo à assistência clínica, que visa ao corpo orgânico, ocorre um trabalho preliminar de toda a equipe na tentativa de resgatar a palavra e a história dos sujeitos em tratamento. Para isso, os profissionais partem da ideia de que existe um sujeito por trás de toda a série monótona de manifestações fenomenológicas, o que permite o estabelecimento de um laço com o serviço e a escuta cuidadosa de suas queixas, necessidades e demandas. O fato de a transferência incidir, *a priori*, sobre a instituição, justifica uma elaboração coletiva em torno do caso. Nesse sentido, existe um esforço no intuito de resgatar a dignidade do sintoma do sujeito e um convite para que ele fale sobre isso.

Na medida em que a eliminação dos sintomas alimentares não se torna o objetivo principal, os pacientes tendem a se sentir mais acolhidos e menos julgados, aderindo melhor ao tratamento. Isso permite um estabelecimento e fortalecimento de

um vínculo com algum profissional praticante da psicanálise, podendo ou não culminar em um tratamento psicanalítico propriamente dito³³.

A questão que se coloca, frequentemente, nesse tipo de clínica é se o sujeito é ou não analisável, porque, afinal, para ser analisável, é importante que o sujeito consiga se distanciar minimamente de seu corpo. Muitos pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos não estão preparados para que se coloque alguma questão em relação ao seu sintoma. Para eles, o suporte médico e nutricional estará em um primeiro plano. No entanto, o laço transferencial, seja com algum profissional ou com o próprio serviço, sempre estará no centro do tratamento. Enquanto isso, o trabalho de Construção do Caso atua no sentido de fazer consistir um sintoma para aquele sujeito, desalojando-o um pouco do corpo a partir da introdução de algo do significativo.

Ainda que nem todos os pacientes se engajem em um tratamento psicanalítico puro, existe um esforço da equipe para singularizar o tratamento de cada um, oferecer um lugar de escuta, construir um laço transferencial, deslocar o sintoma médico ao sintoma analítico e possibilitar um encontro com um analista. Afinal, como afirma Cottet, “nem a psicoterapia, nem a psicanálise são aconselhadas para todo mundo, mas o encontro com um analista é a melhor situação possível para vislumbrar as estratégias mais apropriadas a seus casos” (SANTOS, 2005, p. 39).

Apesar da orientação do NIAB ser norteadada por uma mesma ética e por uma mesma política, ao buscar estratégias de tratamento a partir da singularidade de cada caso, o serviço se desdobra em vários. Ou seja, para cada caso, existe um serviço, constatação que está de acordo com a precisa indicação de Teixeira, ao concluir em sua pesquisa, que “a instituição é o nosso caso clínico” (TEIXEIRA, 2010, p. 154).

Dessa forma, a tentativa de formalização do trabalho desenvolvido pelo NIAB só é possível quando tomamos a dimensão do caso a caso. Nessa perspectiva, a Construção do Caso funciona como um “tratamento à relação intrínseca entre a

³³ Neste ponto, vale destacarmos a diferença entre a psicanálise pura e aplicada. A psicanálise aplicada é aquela que ocorre em locais fora do *setting* clássico de análise como, por exemplo, nas instituições. Trata-se de uma resposta aos chamados à psicanálise para sustentar a clínica nos mais diversos locais. A experiência mostra que, preservando-se o princípio do inconsciente estruturado como linguagem e sua complexa relação com a pulsão, torna-se possível o ato analítico mesmo distante do divã. A psicanálise aplicada, apesar de diferir da finalidade ortodoxa da psicanálise pura de travessia da fantasia, compartilha com essa uma ética centrada no sujeito, podendo produzir efeitos terapêuticos (SANTOS, 2005).

instituição e aquele que a procura” (TEIXEIRA, 2010, p. 156). É justamente isso que queremos fazer notar ao apresentar dois casos em nossa pesquisa, ressaltando o rearranjo que aconteceu na equipe de acordo com as singularidades de cada um deles.

No caso Bia, chama atenção o primeiro momento em que o médico clínico adota uma postura flexível em relação ao abuso de hormônios tireoidianos, convocando a jovem a participar ativamente de seu tratamento. Aos poucos, a lógica do caso foi se encaminhando em direção ao amor transferencial com o praticante de psicanálise, fazendo com que o seu tratamento se centralizasse nesse profissional. Já o caso Ana exigiu, em um momento de maior desorganização psíquica da paciente, uma reinvenção do modo de atendimento do analista a partir do entendimento de que Ana não tinha recursos para construir um corpo que não fosse pela via da extensão do corpo materno. Nessa época, houve certo tensionamento na equipe que animou a Construção do Caso e contribuiu para o avanço na condução do tratamento. Esse trabalho preliminar permitiu que Ana encontrasse um novo lugar para onde direcionar suas questões. Em ambos os casos fica claro que o tratamento tem sido conduzido sob a perspectiva da solução singular a ser encontrada por cada um dos sujeitos, o que reflete o caráter dinâmico e contínuo da metodologia de trabalho.

O esforço de articular um tratamento na medida de cada sujeito tem permitido, ao longo dos oito anos de funcionamento do NIAB e dos mais de 300 pacientes atendidos, o acompanhamento clínico de casos muito graves, com estabilização ou mesmo melhora, usando poucas vezes o recurso da internação recorrente e involuntária assim como da nutrição artificial. Tais constatações evidenciam a importância desse tipo de abordagem em uma clínica que carrega consigo tantos enigmas e impasses para a medicina.

*“Subiu a construção como se fosse sólido.
Ergueu no patamar quatro paredes mágicas.
Tijolo com tijolo num desenho lógico.”*

Chico Buarque de Holanda

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No passeio pela história, observa-se que comportamentos alimentares que lembram aqueles das anoréxicas e bulímicas sempre estiveram presentes na humanidade. No entanto, o contemporâneo, caracterizado pelo discurso capitalista e pela queda dos ideais, contribui para que nas vicissitudes subjetivas prevaleçam fenômenos corporais que evidenciam um *terrificante apetite de morte*. Nesse cenário, a imagem ganha proeminência e o culto ao corpo se torna um imperativo, escancarando a *dismorfofobia generalizada* que diferencia os quadros atuais de outrora.

Embora a ciência tenha se transformado em diversos aspectos, os pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos continuam interrogando e impondo impasses aos profissionais de saúde que pretendem tratá-las. A literatura médica atual mostra que as propostas são insuficientes. As classificações psiquiátricas, ao tentarem homogeneizar as categorias, não apresentam indicações clínicas que contribuam efetivamente para o tratamento. A epidemiologia nos dá a pista que há algo nos adolescentes e no sexo feminino que os tornam mais propensos a desenvolverem esse tipo de sintoma. O estudo etiológico atual reconhece algo da subjetividade, tentando normatizá-la através da insígnia *fatores psicológicos* para incluí-la nos modelos neuropsicológicos passíveis de quantificações que gerem evidências. No entanto, a psicanálise aponta que sempre há algo da escolha do sujeito que não é mensurável e que a ciência tenta eliminar nos ensaios estatísticos. Dessa forma a evidência pode se tornar falaciosa, não permitindo um cálculo real das variáveis subjetivas para um determinado sujeito.

A literatura médica atual apresenta diversas controvérsias em relação ao tratamento das anorexias e bulimias. Talvez, o ponto problemático seja justamente o entendimento de que o tratamento seja destinado às anorexias e bulimias e não aos pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos. Apesar disso, é essa mesma literatura que nos dá claras indicações que, seja qual for o tratamento escolhido, ele deve se basear na relação médico-paciente. Essa relação é a base da clínica, termo utilizado nesse estudo em seu sentido mais radical. Afinal, o médico pode estabelecer a relação com seu paciente de diversas maneiras. Pode acreditar que sabe exatamente o que o seu paciente deve fazer para melhorar, impondo, de forma mais autoritária ou mais amistosa, o tratamento que julga adequado,

desresponsabilizando-o de qualquer escolha. Também pode permanecer demandando que seu paciente melhore, remetendo-o a uma posição de impotência. Em se tratando de anorexias e bulimias, esse tipo de conduta pode gerar frustração no médico e se desdobrar em posturas inadequadas e iatrogênicas com o seu paciente.

De outro modo, o médico pode se posicionar no lugar daquele que parece que sabe, mas, na verdade, sabe que não sabe, uma vez que acredita que o saber está do lado do paciente. Aí encontramos o ponto de encantamento pela clínica: o que não está escrito nos livros e que aprendemos em cada caso. Nesse contexto podemos inscrever a proposta da metodologia da Construção do Caso como um *método de pesquisa em ato*. Ou seja, uma pesquisa associada à condução clínica de casos concretos de pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos atendidos pela equipe do NIAB.

Nos dois casos apresentados, esse método se mostrou um potente dispositivo para elucidação do que estava em jogo em cada um deles. Certamente, não eram os sintomas alimentares tampouco o colorido fenomenológico que os tingiam. Mas sim, o ponto de impossibilidade ineliminável conhecido na psicanálise como real. É o real, evidenciado mais nitidamente no feminino e na adolescência, que exige a construção de uma solução de cada sujeito para lidar com esse impasse. Foi esse ponto que se tentou transmitir a partir das descontinuidades e escansões do texto de cada caso, fazendo com que ele se constituísse como uma evidência clínica para condução do tratamento. Uma evidência válida para o cálculo do incomensurável do gozo de certo sujeito, sem preocupação com o universal. Trata-se de uma proposta que se afasta radicalmente da ideia da medicina biotecnológica, que tenta foracluir o sujeito, evidenciando a importância de determinados conceitos como singularidade do caso, transferência, escuta, sintoma e gozo.

Podemos dizer que as construções dos casos apresentadas são construções inacabadas, dignas de estranhamento em um mundo em que o que era para hoje ficou para ontem. No entanto, é justamente a retificação dessa temporalidade que pode ser evidenciada como uma contribuição da metodologia proposta. Afinal, trata-se de um trabalho que exige um esforço preliminar de desconstrução da serialidade e monotonia que marcam os tempos atuais para que se erga, sobre os destroços, algo da singularidade de cada um.

REFERÊNCIAS

- ABEBE, D. S. et al. The development of bulimic symptoms from adolescence to young adulthood in females and males: a population-based longitudinal cohort study. **International Journal of Eating Disorders**, [S.l.], v. 45, n. 6, p. 737-745, Sept. 2012.
- AGUIAR, A. A. de. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALKMIM, W. D. de (Ed.). **Carlo Viganò: novas conferências**. Belo Horizonte: Scriptum livros, 2010.
- ÁLVAREZ, S. S. Abordaje de los episodios psicóticos en los transtornos de la conducta alimentaria. **Jano**, [S.l.], n. 1731, p. 20-24, marzo 2009.
- ALVES, E. et al. Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 503-512, mar. 2008.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 129, p. 637-651, dez. 2006.
- ANDERSEN, A. E. **Males With Eating Disorders**. New York: Brunner/Mazel, 1990.
- ANDERSON, D. A. et al. Assessment of eating disorders: review and recommendations for clinical use. **Behavior modification**, [S.l.], v. 28, n. 6, p. 763-782, nov. 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2006**. [S.l.]: American Psychiatric Pub, 2006.
- APPOLINARIO, J. C.; BACALTCHUK, J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares Pharmacological treatment of eating disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, sup. 3, p. 54-59, 2002.
- ARCELUS, J. et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. **Archives of general psychiatry**, [S.l.], v. 68, n. 7, p. 724-731, 2011.
- ATTIA, E.; ROBERTO, C. A. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? **International Journal of Eating Disorders**, [S.l.], v. 42, n. 7, p. 581-589, nov. 2009.
- AYTON, A.; KEEN, C.; LASK, B. Pros and cons of using the Mental Health Act for severe eating disorders in adolescents. **European eating disorders review**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 14-23, Jan. 2009.

BAILER, U. F.; KAYE, W. H. Serotonin: imaging findings in eating disorders. **Current topics in behavioral neurosciences**, [S.l.], v. 6, p. 59-79, 2011.

BARLOW, S. E. Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. **Pediatrics**, [S.l.], v. 120, sup., p. 164-192, dez. 2007.

BARRETO, F. P. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

_____. **Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental**. Belo Horizonte: Scriptum livros, 2010.

BECKER, A. E. et al. Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. **International Journal of Eating Disorders**, [S.l.], v. 42, n. 7, p. 611-619, Nov. 2009.

BECKER, A. E. et al. Ethnicity and differential access to care for eating disorder symptoms. **International Journal of Eating Disorders**, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 205-212, 2003.

BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da Clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

BIDAUD, E. **Anorexia, mental, ascese, mística**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

BELL, L. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? **Eating and weight disorders: EWD**, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 181-187, Sept. 2003

BIRMINGHAM, C. L.; TOUYZ, S.; HARBOTTLE, J. Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the "transdiagnostic" theory of eating disorders. **European eating disorders review**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 2-13, Jan. 2009.

BONAMIGO, E. L. **A reforma do código de ética médica: pontual ou estrutural?** [2012?]. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/novocodi>>. Acesso em: 20 maio 2012.

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

BUNING, E.; OLIVEIRA, M. A. R. de. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BURSZTYN, D. C. **A política do sintoma e a construção do caso clínico: modos de e mental transmissão da psicanálise na prática coletiva em saúde mental**. 2012. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012. Não publicado

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade, uma história da alimentação**. Rio de Janeiro: Campos, 2003.

CARR, K. D. Food scarcity, neuroadaptations, and the pathogenic potential of dieting in an unnatural ecology: binge eating and drug abuse. **Physiology e behavior**, [S.I.], v. 104, n. 1, p. 162-167, 25 July 2011.

COLLIER, D. A. The aetiology of eating disorders. **The British Journal of Psychiatry**, [S.I.], v. 185, n. 5, p. 363-365, Nov. 2004.

COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Identifying and Treating Eating Disorders. **PEDIATRICS**, [S.I.], v. 111, n. 1, p. 204-211, Jan. 2003.

CONTE, M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 25, p. 23-33, 2004.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004.

CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. de M. Eating disorders: historical background. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 3, p. 3-6, Dec. 2002.

COSTIN, C. **The Eating Disorders Sourcebook**. United States of America: McGraw-Hill Companies, 2006.

CROW, S.; PETERSON, C. Refining treatments for eating disorders. **American Journal of Psychiatry**, [S.I.], v. 166, n. 3, p. 266-267, 2009.

DAFUNCHIO, N. S. **Confines de las psicosis**. Buenos Aires: Del Bucle, 2008.

DRUMMOND, C. Devastação. **Opção Lacaniana on line**, São Paulo, v. 2, n. 6, p. 1-14, nov. 2011. Disponível em: <
<http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero6/texto5.html>>. Acesso em: 01 abr. 2012.

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

EIDELBERG, A. et al. **¿Cómo tratan los psicoanalistas las anorexias y bulimias?** Buenos Aires: Factoría Sur, 2004.

EIDELBERG, A. et al. **Porciones de nada. La anorexia y la época**. Buenos Aires: Del Bucle, 2009.

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

EY, H. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Masson, 1981.

FAIRBURN, C. G.; BOHN, K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified”(NOS) category in DSM-IV. **Behaviour Research and Therapy**, [S.l.], v. 43, n. 6, p. 691-701, 2005.

FAIRBURN, C. G. et al. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. **Behaviour Research and Therapy**, [S.l.], v. 45, n. 8, p. 1705-1715, 2007.

FAIRBURN, C. G. Evidence-based treatment of anorexia nervosa. **The International journal of eating disorders**, [S.l.], v. 37, p. 26-30, 2005.

FAIRBURN, C. G; Cooper, Z. Thinking afresh about the classification of eating disorders. **The International journal of eating disorders**, [S.l.], v. 40, n. 3, p. 107-110, Nov. 2007.

FERGUSON, J. M.; DAMLUJI, N. F. Anorexia nervosa and schizophrenia. **International Journal of Eating Disorders**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 343-352, 1988.

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

FERREIRA, R. A. **Há lugar para o discurso analítico na medicina**. Belo Horizonte: [s.n.], 2012. Inédito.

FERREIRA, R. A.; CUNHA, C. F.; TORRES, H. O. G. Anorexia e Bulimia na Adolescência. In: LEÃO, E. et al. **Pediatria ambulatorial**. Belo Horizonte: COOPMED, 2013. No prelo.

FICHTER, M. M. The anorexia nervosa of Franz Kafka. **International Journal of Eating Disorders**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 367-377, 1987.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 74-86, 2004.

FOUCAULT, M.; MACHADO, R. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FREUD, S. Rascunho G. Melancolia [7 de janeiro de 1895?]. In: _____. **Publicações pré-psicanalística e esboços inéditos**: extratos dos documentos dirigidos a Fliess (1883[1888-1893]). Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 1, p. 249-253. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Projeto para uma psicologia científica (1950[1895]). In: _____. **Publicações pré-psicanalística e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 1, p. 347-443. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. A interpretação dos sonhos (1900). In: _____. **A interpretação dos sonhos (primeira parte) (1900)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 12, p. 39-363. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Sobre a psicoterapia (1905[1904]). In: _____. **Um caso de histeria, Três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 7, p. 244-254. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909). In: _____. **Dois histórias clínicas (O "Pequeno Hans" e o "Homem e os Ratos") (1909)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. v. 10, p. 139-215. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Sobre a psicanálise (1913[1911]). In: _____. **O caso Schreber, artigos sobre e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. v. 12, p. 225-244. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III (1915[1914])). In: _____. **O caso Schreber, artigos sobre e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. v. 12, p. 177-188. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

FREUD, S. Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria. In: _____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III) (1916-1917): teoria Geral das Neuroses (1917 [1916-17])** Rio de Janeiro: Imago, 1996h. v. 16, p. 251-263. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Conferência XVII: O sentido dos sintomas. In: _____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III) (1916-1917): teoria geral das neuroses (1917 [1916-17])** Rio de Janeiro: Imago, 1996i. v. 16 p. 265-279. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In: _____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III) (1916-1917)**. Subtítulo: Teoria Geral das Neuroses (1917 [1916-17]). Rio de Janeiro: Imago, 1996j. v. 16, p. 361-378. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Conferência XXIV: O estado neurótico comum. In: _____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III) (1916-1917): teoria geral das neuroses (1917 [1916-17])**. Rio de Janeiro: Imago, 1996l. v. 16, p. 379-392. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. 'Uma criança é espancada' uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais (1919). In: _____. **História de uma neurose infantil e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996m. v. 17, p. 195-218. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Além do princípio de prazer (1920). In: _____. **Além do princípio de prazer, Psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996n. v. 18, p. 17-75. (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. O mal-estar na civilização (1930[1929]). In: _____. **O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996o. v. 21, p. 73-153. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Conferência XXXIII: Feminilidade. In: _____. **Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise e outros trabalhos (1932-1936)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996p. v. 12, p. 113-134. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Moisés e o monoteísmo três ensaios (1939[1934-38]). In: _____. **Moisés e o monoteísmo, Esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996q. v. 23, p. 19-149. (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Análise terminável e interminável (1937). In: _____. **Moisés e o monoteísmo, Esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996r. v. 23, p. 231-274. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. Construções em análise (1937). In: _____. **Moisés e o monoteísmo, Esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996s. v. 23, p. 275-287. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

GONZALEZ, A.; KOHN, M. R.; CLARKE, S. D. Eating disorders in adolescents. **Australian family physician**, [S.l.], v. 36, n. 8, p. 614-619, 2007.

GORDON, K. H.; PEREZ, M.; JOINER, T. E. The impact of racial stereotypes on eating disorder recognition. **International Journal of Eating Disorders**, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 219-224, Sept. 2002.

GRANT, Walkiria Helena. A mascarada e a feminilidade. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 249-260, 1998

GUTMAN, G. “Uma quietude e um quase contentamento”: revisitando os transtornos alimentares. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 800–805, 2009.

HERPERTZ, S. et al. Clinical practice guideline: The diagnosis and treatment of eating disorders. **Deutsches Ärzteblatt International**, [S.l.], v. 108, n. 40, p. 678-85, 2011.

HERPERTZ-DAHLMANN, B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. **Child and adolescent psychiatric**

clinics of North America, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 31-47, 2009.

HILL, L. S. et al. The development of an eating disorder screening questionnaire. **The International journal of eating disorders**, [S.l.], v. 43, n. 4, p. 344-351, May 2010.

HOEK, Hans W. et al. The incidence of anorexia nervosa on Curaçao. **The American journal of psychiatry**, [S.l.], v. 162, n. 4, p. 748-752, Apr. 2005.

HOSTE, R. R.; LABUSCHAGNE, Z.; LE GRANGE, Daniel. Adolescent Bulimia Nervosa. **Current Psychiatry Reports**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 391-397, May 2012.

HUGO, P. J.; LACEY, J. H. Disordered eating: a defense against psychosis? **The International Journal of Eating Disorders**, v. 24, n. 3, p. 329-333, Nov. 1998.

JACKSON, C. W.; CATES, M.; LORENZ, R. Pharmacotherapy of Eating Disorders. **Nutrition in Clinical Practice**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 143-159, 22 Apr. 2010.

JÁUREGUI-LOBERA, I. Neuroimaging in eating disorders. **Neuropsychiatric disease and treatment**, [S.l.], v. 7, p. 577-584, 2011.

JORGE, M. R. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: APA, ArtMed, 2002.

KAFKA, F. **Um artista da fome e A construção**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

KAYE, W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. **Physiology & behavior**, [S.l.], v. 94, n. 1, p. 121-135, Apr. 2008.

KESKI-RAHKONEN, A. et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. **Psychological Medicine**, [S.l.], v. 39, n. 05, p. 823-831, Sept. 2008.

LACAN, J. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. **O seminário, livro 4: a relação de objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 197-213.

_____. Formulações sobre a casualidade psíquica. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 152-194.

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

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____.

Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998d. p.238-324.

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____ . **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998e. p. 537-590.

_____. A significação do falo. In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998f. p.692-703.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998g. p.591-652.

_____. **O seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957-1958).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana,** São Paulo, n. 32, p. 8-14, dez 2001.

_____. **O Seminário, livro 3: as psicoses, 1955-1956.** 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: _____. **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a. p.29-90.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: _____. **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b. p.248-264.

_____. O aturdido. In: _____. **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003c. p.448-497.

_____. **O seminário, livro 23: o sintoma, 1975-1976.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

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

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

LIMA, M. A. C. Lacan: um pós-estruturalista? **Interações,** v. 12, n. 22, p. 231-260, ju./dez. 2006.

LOCK, J. Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges. **Minerva psiquiátrica,** [S.I.], v. 51, n. 3, p. 207-216, 2010.

MALLEVAL, J-C. **La forclusión del Nombre del Padre: el concepto y su clínica.** Buenos Aires: Paidós, 2009.

MARTINEZ, J. R. B. **Metapsicopatologia da Psiquiatria: Uma Reflexão sobre o Dualismo Epistemológico da Psiquiatria Clínica entre a Organogênese e a Psicogênese dos Transtornos Mentais.** 2006. 448f. Tese (Doutorado em filosofia)

- Centro de educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2006.

MATTAR, L. et al. Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: a critical review of the literature. **Journal of affective disorders**, [S.I.], v. 132, n. 3, p. 311-318, Aug. 2011.

MCKNIGHT, R. F.; PARK, R. J. Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: A review. **European Eating Disorders Review**, [S.I.], v. 18, n. 1, p. 10-21, Jan. 2010.

MILLER, C. A.; GOLDEN, N. H. An Introduction to Eating Disorders. **Nutrition in Clinical Practice**, [S.I.], v. 25, n. 2, p. 110 -115, 1 Apr. 2010.

MILLER, J-A. A Marginália de Construções em Análise. **Opção Lacaniana**, São Paulo, v. 17, n. p. 92-107, 1996.

_____. **O osso de uma análise**. Salvador: Biblioteca Agente, 1998.

_____. **La Psicosis ordinaria: la convención de Antibes**. Buenos Aires: Instituto Clínico de Buenos Aires: Paidós, 2003.

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

_____. **El partenaire-Síntoma**. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2008.

MILOS, G. et al. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. **The British Journal of Psychiatry**, v. 187, n. 6, p. 573-578, 2005.

MIOTTO, P. et al. Symptoms of psychosis in anorexia and bulimia nervosa. **Psychiatry Research**, [S.I.], v. 175, n. 3, p. 237-243, Feb. 2010.

MITRANY, E.; MELAMED, Y. Compulsory treatment of anorexia nervosa. **The Israel journal of psychiatry and related sciences**, [S.I.], v. 42, n. 3, p. 185-190, 2005.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiology of eating disorders: biological, psychological and sociocultural determinants. **Revista Brasileira de Psiquiatria clinica**, São Paulo, v. 24, p. 18-23, 2002.

MURPHY, R. et al. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. **Psychiatric Clinics of North America**, [S.I.], v. 33, n. 3, p. 611-627, 2010.

NORRINGTON, A. et al. Medical management of acute severe anorexia nervosa. **Archives of disease in childhood. Education and practice edition**, [S.I.], v. 97, n. 2, p. 48-54, Apr. 2012.

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

PAVLOVA, B. et al. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981–2005. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [S.l.], v. 45, n. 5, p. 541-550, 2010.

PEEBLES, R. et al. Are Diagnostic Criteria for Eating Disorders Markers of Medical Severity? **Pediatrics**, [S.l.], v. 125, n. 5, p. 1193-1201, Apr. 2010.

PEREIRA, M. E. C. Apresentação a “Da anorexia histórica”. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 155-157, 1998.

PIMENTA, A. C.; FERREIRA, R. A. O sintoma na medicina e na psicanálise—notas preliminares. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 221-228, 2003.

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

PIVETTA, L. A.; GONÇALVES-SILVA, R. M. V. Binge eating and associated factors among teenagers in Cuiabá, Mato Grosso State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 337-346, Feb. 2010.

POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Liinc em revista**, [S.l.], v. 1, n. 1, 2006.

QUINET, A. **Teoria e Clínica da Psicose**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

RAMSAY, R. et al. Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality. **The British Journal of Psychiatry**, [S.l.], v. 175, n. 2, p. 147-153, Jan. 1999.

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

REITER, C. S.; GRAVES, L. Nutrition therapy for eating disorders. **Nutrition in Clinical Practice**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 122-136, 2010.

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

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; DORNELLES, C. O. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAINT-HILAIRE, A. de. A Serra da Piedade e a Irmã Germana (1833). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 362-366, jun. 2011.

SANTOS, B. S. A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal.

Revista crítica de ciências sociais, local, v. 80, p. 11-43, 2008.

SANTOS, T. C. dos (Org.) **Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005.

_____. Sobre os princípios da psicopatologia psicanalítica: sexualização e invenção. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 55-68, mar. 2008.

SMINK, F. R. E.; VAN HOEKEN, D.; HOEK, H. W. Epidemiology of Eating Disorders: incidence, Prevalence and Mortality Rates. **Current Psychiatry Reports**, [S.I.], v. 14, n. 4, p. 406-414, Aug. 2012.

STEINHAUSEN, H. C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. **American Journal of Psychiatry**, [S.I.], v. 159, n. 8, p. 1284-1293, 2002.

STEVENS, A. Adolescência como sintoma da puerdade. **Curinga**, Belo Horizonte, v. 1, n. 0, p. 27-39, out. 1993.

SWANSON, S. A. et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. **Archives of general psychiatry**, [S.I.], v. 68, n. 7, p. 714-723, July 2011.

TAN, J. O. A. et al. Psychiatrists' attitudes towards autonomy, best interests and compulsory treatment in anorexia nervosa: a questionnaire survey. **Child and adolescent psychiatry and mental health**, [S.I.], v. 2, n. 1, p. 40, 2008.

TEIXEIRA, A. (Ed.). **Metodologia em ato**. Belo Horizonte: Scriptum livros, 2010.

TINAHONES - MADUEÑO, F. J. **Anorexia y bulimia: una experiencia clínica**. Madrid: Díaz de Santos, 2003.

TIRICO, P. P.; STEFANO, S. C.; BLAY, S. L. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 431-449, 2010.

THOMPSON-BRENNER, H. et al. Clinician Reactions to Patients With Eating Disorders: A Review of the Literature. **Psychiatric Services**, v. 63, n. 1, p. 73-78, 6 Jan. 2012.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa**. Petropolis: Vozes, 2003.

UHER, R.; RUTTER, M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. **World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)**, [S.I.], v. 11, n. 2, p. 80-92, Jun. 2012.

UNIKEL-SANTONCINI, C.; RAMOS-LIRA, L.; JUÁREZ-GARCÍA, F. Association of childhood sexual abuse and disordered eating in a sample of Mexican adolescents. **Revista de investigación clínica**, [S.I.], v. 63, n. 5, p. 475-483, Oct. 2011.

VARDAR, E.; ERZENGIN, M. The Prevalence of Eating Disorders and Comorbid Psychiatric Disorders in Adolescents: a Two-Stage Community-Based Study. **Turkish journal of psychiatry**, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 205-212, 2011.

VIALETES, B. et al. The refusal of treatment in anorexia nervosa, an ethical conflict with three characters: "the girl, the family and the medical profession". Discussion in a French legislative context. **Diabetes & metabolism**, [S.l.], v. 32, n. 4, p. 306-311, Sept 2006.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, v. 13, p. 39-48, 1999.

_____. A construção do caso clínico. **Opção Lacaniana on line**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-9, mar. 2010. Disponível em: <www.opcaolacanianana.com.br>. Acesso em: 1 abr. 2010a.

_____. Avaliação e evidência clínica na saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 469-481, Sept. 2010b.

VILELA, J. E. M. et al. Eating disorders in school children. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 49-54, Feb. 2004.

VILELA, J. E. M. et al. Eating disorders in school children. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 49-54, Feb. 2004.

WALLACE, L. M.; VON.RANSON, K. M. Perceptions and use of empirically-supported psychotherapies among eating disorder professionals. **Behaviour research and therapy**, v. 50, n. 3, p. 215-222, mar. 2012.

WEINBERG, C. (Ed.). **Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência – Uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Sá editora, 2008.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T. A. **Do altar às passarelas da anorexia santa à anorexia nervosa**. São Paulo: Annablume, 2006.

ZENONI, A. Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. **Revista Abreca**, Belo Horizonte, v. 1, n. 0, p. 12-93, 2000.

ANEXO A – Declaração de aprovação**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br

**DECLARAÇÃO**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Roberto Assis Ferreira, Márcia Maria Rosa Vieira e Henrique Oswaldo da Gama Torres aprovou a dissertação de mestrado intitulada: **“EM DEFESA DA CLÍNICA: A CONSTRUÇÃO DO CASO APLICADA À CLÍNICA DA ANOREXIA E BULIMIA”** apresentada pelo mestrando **ALEXANDRE COSTA VAL** para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 30 de outubro de 2012.

Prof. Roberto Assis Ferreira

Orientador

Márcia Maria Rosa Vieira

Henrique Oswaldo da Gama Torres

ANEXO B – Ata da defesa


**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **ALEXANDRE COSTA VAL** nº de registro 2011656022. Às dez horas do dia **trinta de outubro de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“EM DEFESA DA CLÍNICA: A CONSTRUÇÃO DO CASO APLICADA À CLÍNICA DA ANOREXIA E BULIMIA”**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Roberto Assis Ferreira, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Roberto Assis Ferreira - Orientador

Instituição: UFMG

Indicação:

Aprovado

Profª. Márcia Maria Rosa Vieira

Instituição: UFMG

Indicação:

Aprovado

Prof. Henrique Osvaldo da Gama Torres

Instituição: UFMG

Indicação:

Aprovado

Pelas indicações o candidato foi considerado

Aprovado

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 30 de outubro de 2012.

Prof. Roberto Assis Ferreira / Orientador

Roberto Assis Ferreira

Profª. Márcia Maria Rosa Vieira

Márcia Maria Rosa Vieira

Prof. Henrique Osvaldo da Gama Torres

Henrique Osvaldo da Gama Torres

Profª. Ana Cristina Simões e Silva/Coordenadora

Ana Cristina Simões e Silva

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profª. Ana Cristina Simões e Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina/UFMG