

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Sociologia

“Linda de morrer”: a anorexia como fenômeno
sócio-cultural

Érika Ribeiro Conde

Belo Horizonte
2007

Érika Ribeiro Conde

**“LINDA DE MORRER”: A ANOREXIA COMO
FENÔMENO SÓCIO-CULTURAL**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Sociologia da
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Sociologia

Orientadora: Profa. Dra. Léa Freitas
Perez

Belo Horizonte
2007

“LINDA DE MORRER”: A ANOREXIA COMO FENÔMENO SÓCIO-CULTURAL

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Candice Vidal e Souza
PUC/MG

Profa. Dra. Léa Freitas Perez
UFMG

Profa. Dra. Maria Beatriz Ramos de Vasconcellos Coelho
UFMG

Dedico este trabalho à minha mãe Lílian, ao meu pai José (*in memoriam*), à minha irmã Mayra e à minha Vó Teresa, pessoas importantíssimas na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Professora Léa Freitas Perez por ter me aceito como sua orientanda, acompanhando-me com paciência, rigor acadêmico, disponibilidade e generosidade neste percurso.

À minha mãe Lílian Maria Ribeiro Conde, exemplo de determinação e capacidade intelectual, pelos incentivos, leitura crítica e sugestões a este trabalho. Qualquer agradecimento seria insuficiente frente ao amor expresso cotidianamente até nos mais simples gestos.

À minha irmã Mayra Ribeiro Conde, companheira inestimável em todos os momentos de minha vida, que neste momento específico, encorajou-me a persistir.

À minha vó Teresinha Horta Ribeiro, pelo amor e carinho e por me fazer crer que, a despeito dos óbices enfrentados, a conclusão deste trabalho seria possível.

Ao Sérgio Luís Pinto Coelho, pela significativa presença, pelo carinho e pelas discussões sociológicas, desde a aprovação no mestrado até a conclusão deste trabalho.

Aos colegas de mestrado e, especialmente, à Hilda Alejandra Gavilanes Jimenez, que além de colega se tornou uma querida amiga, com quem pude e posso contar em todos os momentos.

À amiga Daniela Sales de Carvalho, pela amizade incondicional em todos estes anos.

Às amigas Jane de Fátima Silva, Elizabeth Fiúza e Ana Cristina F. Santos pelo apoio e incentivo desde a graduação; aos amigos Lúcio Alves de Barros e Luiz Ademir de Oliveira pelas conversas estimulantes sobre Sociologia.

Aos meus professores da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), casa onde encontrei meus primeiros passos direcionados às Ciências Sociais, e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), instituição que me abriu as portas a uma nova etapa na vida acadêmica.

Ao Tribunal Regional Eleitoral de Minas Gerais – personificado pelos seus servidores – que, no âmbito de seu poder discricionário, sempre estimulou o aperfeiçoamento intelectual de seus servidores.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi estudar a anorexia como um fenômeno sócio-cultural, analisando a própria definição e tratamento desta patologia pela Medicina, explorando-lhe a perspectiva genealógica, compreendendo o valor social da alimentação e a relação que a anoréxica desenvolve com a dieta alimentar. Utilizou-se dos conceitos de “sociedade do espetáculo”, “cultura do narcisismo” e das teorias de gênero como ferramentas teóricas capazes de compreender o valor da imagem corporal como fator propulsor ao desenvolvimento da anorexia.

Palavras-chaves: anorexia; alimentação; sociedade do espetáculo; cultura do narcisismo; gênero.

ABSTRACT

The objective of this work was to study the anorexia as social phenomenon, analyzing the proper definition and treatment of this pathology for the Medicine, exploring the genealogical perspective of this science, understanding the social value of the food and the relation that the anorexica develops with the alimentary diet. It was used of the concepts of "society of the spectacle", "culture of the narcissism" and the theories of genre as theoretical tools capable to understand the value of the body image as propulse factor to the development of the anorexia.

Word-keys: anorexia; food; society of the spectacle; culture of the narcissism; genre.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 - FATO SOCIAL E FATO CLÍNICO	13
1.1 – NO NOTICIÁRIO	13
1.2 – NA NOSOGRAFIA	17
2- O CUIDADO MÉDICO: DOENÇA, MEDICALIZAÇÃO E DIETA	28
2.1 – PEQUENO HISTÓRICO DA ANOREXIA	29
2.2 – A MEDICINA SOB A PERSPECTIVA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS	49
2.3 – O FATO ALIMENTAR E A DIETÉTICA	66
3 – CONTEMPORANEIDADE E ANOREXIA: UMA AFINIDADE ELETIVA.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXOS	139

INTRODUÇÃO

Toda existência é corporal (Breton, 2006). O corpo é tanto uma estrutura orgânica, biológica, quanto uma estrutura social. Assim, o Homem é um corpo, sentido que o iguala a qualquer outro organismo vivo; mas também *tem* um corpo, o que lhe permite vivenciar o corpo como algo de sua propriedade e, portanto, manipulável a diversas experiências, inseridas na cultura e em um espaço físico e social (Berger & Luckmann, 2003).

O corpo é um símbolo identitário da sociedade, sobre ele serão inscritos os desejos, os valores e os símbolos sociais. Contudo, ele é também a demarcação entre o indivíduo e o que lhe é exterior, constituindo o referencial para o que será “o outro”, “o diferente”, sendo, portanto, peça fundamental no processo de identificação e alteridade. Mas também, na qualidade de marcador social, o corpo passa a ser adjetivado e controlado, visando à manutenção da ordem social, pois qualquer ameaça de mudança às suas formas e às relações sociais simbolizadas por ele, é concebida como perigo à ordem social (Douglas, 2000).

O corpo, como objeto de diversas formas de constrangimentos sociais, é controlado e disciplinado tanto pela medicina quanto pelos ideais de beleza, sendo estes, contemporaneamente, considerados o condão para o sucesso em várias esferas da vida.

A imagem atual da beleza é a de um corpo magro, juvenil e de carnes firmes. Qualidades antônimas a estas são rechaçadas e, mas que isso, os proprietários destes corpos são incentivados a “sanar” estes defeitos, através de uma gama de recursos que visam enquadrá-lo no ideal de beleza, tais como dietas alimentares, ginásticas especializadas, cirurgias plásticas, remédios e cosméticos ditos

milagrosos. É criada a crença, nem sempre respaldada por resultados reais, na autoplastia dos corpos, o que acaba por criar um mercado de consumo que é muito lucrativo para as indústrias deste filão.

À medida que o corpo é considerado afirmação de nossa individualidade, um corpo que foge aos critérios culturalmente construídos de beleza é considerado espelho de uma personalidade fraca, relaxada e sem domínio de suas próprias vontades.

O ideal de beleza, desde épocas remotas, esteve associado à feminilidade, tornando as mulheres escravas do olhar dos outros e mesmo de seu próprio olhar escrutinador. A introjeção extremada deste ideal pode resultar em diversas patologias catalogadas pela medicina. Dentre elas, escolhi a anorexia como objeto de estudo deste trabalho, por considerá-la emblemática de nossa cultura no que tange aos valores associados à imagem corporal.

Assim, para tratar deste tema, o presente trabalho foi estruturado em três capítulos. No primeiro, foram recolhidas da mídia notícias de casos de anorexia que chocaram a opinião pública, devido a ocorrerem em um pequeno espaço de tempo, por envolverem modelos no auge de suas carreiras e meninas que à esta carreira aspiravam e, ainda, por medidas preventivas e de tratamento à anorexia tomadas pelo poder estatal. Desta abordagem da anorexia como fato social, passa-se à sua definição como fato clínico, em que foram evocados vários conceitos médicos sobre este tipo de distúrbio alimentar. No segundo capítulo, buscou-se localizar o leitor no desenvolvimento da anorexia, apresentando um pequeno histórico desta patologia, salientando o caráter social que a medicina possui e como este influencia seus conceitos e tratamentos das patologias. Nele a dieta alimentar foi associada tanto ao tratamento medicinal quanto ao sintoma da anorexia. O terceiro capítulo teve por

foco discorrer sobre os fenômenos sócio-culturais contemporâneos que podem estar associados ao desenvolvimento da anorexia, como a “sociedade do espetáculo”, a “cultura do narcisismo” e a representação das questões do gênero feminino, em que se utilizou da teoria de reconhecidas feministas.

Nas considerações finais, emiti minhas conclusões, esperando que este trabalho possa servir como roteiro teórico para que os interessados continuem a pesquisa sobre esta temática.

1– FATO SOCIAL E FATO CLÍNICO

Há algum tempo a mídia vem se interessando em levar ao público alguns casos de anorexia que resultaram em morte. Este interesse pode estar relacionado ao grande número de jovens acometidas por esta patologia. Entretanto, mais que uma notícia, esta questão constitui-se, a um só tempo, em fato social e em fato clínico.

Fato social, porque se refere a uma doença cujas causas podem, também, ser remetidas a algumas construções sócio-culturais, tal como a valorização de um ideal estético e imagético, ostentado concretamente pelo corpo magro.

Fato clínico, devido à anorexia encontrar-se definida nosograficamente e ser objeto de estudos e cuidados médicos.

É a respeito destes fatos que este capítulo versará.

1.1 – NO NOTICIÁRIO

Em 14 novembro de 2006 morreu a modelo Ana Carolina Reston Macan, de 21 anos, devido às complicações provocadas pela anorexia. Ela estava internada em um hospital desde 25/10/06, tratando de distúrbios renais, respiratórios e de pressão arterial advindos de sua debilidade física em decorrência da anorexia. Pesava 40 quilos e possuía 1,74 m de altura. Seu caso é clássico e conta a

história de uma menina vinda de família pobre do interior que vislumbrava na profissão de modelo um meio de garantir para si e sua família um futuro economicamente seguro¹.

Amigas de Ana Carolina contaram que a modelo havia chegado a fazer tratamentos com psicólogos, mas não gostava do fato de ser considerada doente, apenas comia maçãs e tomates, embora logo depois fosse ao banheiro expurgá-los.

A empresária da modelo, Lica Kohlrausch, disse não haver percebido nenhum sinal que indicasse que ela estava anoréxica: "Esses casos são mais raros do que se propaga. Eu tive apenas uma menina anoréxica, em 1986, e nunca mais". Porém, segundo a psicóloga Maria Beatriz Meirelles Leite, que trabalha nas agências de modelo Ford e Marilyn, "cerca de 20 % das meninas que chegam a ir para o hospital morrem" (*apud* Sampaio, 2006)

Dois dias depois, o tema da anorexia volta à mídia para noticiar a morte de Carla Sobrado Cassalle, de 21 anos, 1,70 m de altura e 45 quilos. Três dias antes ela havia sido internada por causa de duas paradas cardíacas e veio a falecer de infecção generalizada, ambos problemas provocados pela anorexia. A tia de Carla contou que ela basicamente vivia à base de peixe e água. Não comia arroz e feijão e nem frituras e alimentos gordurosos, por temor a engordar e ainda praticava natação. Na infância, Carla era gorda e seu apelido na escola era "Carla-pão-de-queijo", segundo uma amiga. Carla não era modelo, apesar de já haver recebido vários convites; mas era do mundo da moda: cursava a faculdade de moda e queria ser estilista. Chegou a consultar uma nutricionista, mas à contragosto, porque não se considerava doente. A família admite que o contato de Carla com modelos e o

¹ Notícia retirada no sítio do jornal Folha de São Paulo, em matéria do jornalista Sampaio, em 15/11/2006.

preconceito sofrido na infância por ser gorda podem ter favorecido o desenvolvimento da anorexia e da bulimia.

Amplamente divulgados pela mídia, estes casos foram emblemáticos e chocaram a opinião pública, pois aconteceram num curto espaço de tempo e desmistificaram a vida de *glamour* da indústria da moda, chamando atenção para a grande incidência de casos de distúrbios alimentares nas modelos. Entretanto, as pessoas anoréxicas não são exclusivamente encontradas entre aquelas que exercem a profissão de modelo, mas, também, em outras – como as de bailarina e de atletas – que exigem o uso da imagem e do desempenho corporal como ferramentas de trabalho. Mulheres que não estão neste ambiente, considerado *glamouroso* e lucrativo, tendem a mimetizar o comportamento destas profissionais e mediante a introjeção de valores que são inegavelmente de nossa cultura contemporânea, cultivam a aparência dentro dos padrões de magreza e beleza. Além disso há o apelo da moda, da mídia e do consumismo.

Segundo o presidente da *Academy for Eating Disorders*, Eric van Furth, “apesar de a moda não causar diretamente os transtornos alimentares, ela contribui muito para a concepção de beleza em nossa sociedade” (*apud* Whiteman, 2006, p. 42).

Ratifica este conceito a empresária Clô Orozco, dona de uma grife, quando ela afirma que: “A moda é um sonho. Quando compramos uma roupa queremos acreditar que ficaremos parecidos com a garota que a está usando” (*apud* Whiteman, 2006, p. 43).

Intervém ainda sobre o recrudescimento desta morbidade a resistência por parte dos estilistas em terem suas roupas desfiladas por pessoas comuns, fora do padrão de beleza do mundo da moda: “Um desfile é um *show*, uma foto é para surpreender. Então, por que contrataríamos pessoas comuns?” (Queiroz, *apud* Whiteman, 2006)

Face a estes padrões de beleza que são mantidos à custa da saúde humana, alguns países têm tomado medidas enérgicas para que se coíbam tais práticas. A Espanha, meses antes da morte da modelo, promulgou uma lei que proibia o desfile de modelos cujo IMC estivessem abaixo de 18. Note-se que o IMC abaixo de 18,5 já significa magreza patológica².

Aqui no Brasil, o maior evento de moda, o *São Paulo Fashion Week*, também começou a tomar algumas precauções, como proibir desfiles de modelos menores de 16 anos e a exigência de laudos médicos que atestem a saudabilidade das modelos.

O Ministério Público do Estado de São Paulo ingressou na Justiça com um Inquérito de Ação Civil Pública, visando à apuração dos fatos que envolvem a profissão de modelo e os distúrbios alimentares e também ajustou com a empresa que promove o São Paulo Fashion Week um Termo de Ajuste de Condutas. Além

² Há um consenso no meio médico de que IMC (Índice de Massa Corporal), também conhecido por Índice de Quetelet, é o melhor meio para avaliação da massa corporal. Calcula-se o IMC tomando-se o peso em kilogramas e dividindo-o pela altura, em centímetros, elevada ao quadrado (P/A^2). O resultado obtido será avaliado segundo a tabela:

- Valores menores que 18,5 = magreza patológica
- Valores entre 18,5 a 20 = magreza
- Valores entre 20 a 25 = peso normal
- Valores entre 25 e 30 = sobrepeso
- Valores entre 30 e 40 = obesidade
- Valores acima de 40 = obesidade severa

disso, há na Câmara dos Deputados um Projeto de Lei que prevê o cuidado médico e psicológico nas Agências de modelos (vide anexos 1, 2 e 3).

No dia 05 de junho deste ano, uma jovem de 15 anos, medindo 1,58 m e pesando 35 kg, que sonhava em ser modelo, foi internada compulsoriamente em um Hospital de Feira de Santana (BA), por ordem judicial e contra a vontade dos pais da menina. O caso veio ao conhecimento do poder judiciário por meio dos médicos que tratavam a menina, alegando que seus pais não queriam cumprir a determinação médica de interná-la, uma vez que havia sido diagnosticada com anorexia (Folha de São Paulo, 06/06/2007).

Oito dias após esse caso, na mesma cidade, outra jovem de 14 anos, com 1,60 m e pesando 33 kg, foi submetida à internação hospitalar, pois ela apresentava desnutrição, desidratação e já apresentava complicações renais, conseqüências da anorexia. A jovem morava na área rural de Feira de Santana, sonhava em ser modelo e seus pais resolveram interná-la após a divulgação do caso de internação compulsória de uma outra adolescente. E segundo os pais, a menina nunca mostrou interesse em ser modelo (Folha de São Paulo, 12/06/2007).

1.2 – NA NOSOGRAFIA

Ações como as acima descritas, mostram que o grande acometimento desta doença está preocupando as instituições estatais e, desta forma, parece ficar explícito o caráter social da anorexia e como ela advém de alguns padrões culturais contemporâneos.

Por outro lado, a anorexia é um fato médico, pois interessa a várias especialidades da medicina, como a psiquiatria, a nutrição, a endocrinologia etc., sendo um objeto de estudo muito bem delimitado pela medicina, que possui critérios específicos para o diagnóstico e tratamento desta patologia.

A nosografia (descrição das moléstias) desempenha, para o saber médico, fundamental importância, pois é a partir das construções teóricas acerca dos sintomas das doenças que será possível ao médico diagnosticar qual é a patologia específica que o paciente porta e, simultaneamente, eliminar muitas outras patologias que possam ter sintomas semelhantes³.

Um exemplo da importância que a uniformização do conhecimento sobre as categorias nosológicas, além da doutrina médica, é a *Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde*, novo nome para o já muito conhecido *Código Internacional de Doenças* (CID), que remonta ao século XVIII. Trata-se de um catálogo de todas as entidades mórbidas e causas de mortalidade, seguindo um critério, de maneira a englobar todas as doenças.

O CID encontra-se, hoje, na sua décima revisão, a qual foi realizada em uma conferência convocada pela Organização Mundial de Saúde, em Genebra, no período de 26/09 a 02/10/1989, em que participaram membros de 43 países. O CID é uma espécie de linguagem que faz com que a comunidade médica internacional comunique-se com maior facilidade, além de ser um importante instrumento que auxilia na tabulação dos dados de ocorrência de doenças.

Após a Segunda-Guerra Mundial os Estados Unidos criaram o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DMS), que é exclusivo daquele país, mas comumente é citado em artigos científicos devido a também ser um guia

³ “*Diagnostikos* em grego, significa ‘hábil em discriminar’: é arte de reconhecer a doença pelos seus sintomas” (Zimmermann, 1974, *apud* Nunes & Ramos, 2002, p.21)

para o diagnóstico. Atualmente está em sua quarta revisão (por isso se refere a ele por DSM-IV) realizada em 1995 (Nunes & Ramos, 2002).

A entidade mórbida “anorexia nervosa” é descrita no CID-10 e no DSM-IV (ver quadros no anexo 4), porém a definição mais comumente usada no Brasil é a seguinte:

Anorexia nervosa é um transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente. O transtorno ocorre comumente numa mulher adolescente ou jovem, mas pode igualmente ocorrer num homem adolescente ou jovem, como numa criança próxima à puberdade ou numa mulher de mais idade até na menopausa. A doença está associada a uma psicopatologia específica, compreendendo um medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, intrusão persistente de uma idéia supervalorizada. Os pacientes se impõem a si mesmos um baixo peso. Existe comumente desnutrição de grau variável que se acompanha de modificações endócrinas e metabólicas secundárias e de perturbações das funções fisiológicas. Os sintomas compreendem uma restrição das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos (Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, grifos meus).

Se evocarmos Foucault em sua obra *O Nascimento da Clínica* (2006), verificaremos que, para ele, o corpo, *locus* da doença, pode ser um objeto passível de leituras que buscam o significado da doença para o paciente, através de relato do que está sentindo (sintomas) e para o médico que examina o corpo do paciente buscando os sinais visíveis da doença para, depois, formular um diagnóstico.

A relação médico-paciente é baseada na linguagem: as sensações corporais experimentadas pelo paciente e a interpretação que o médico dá às queixas relatadas e, posteriormente, sua codificação.

Quando um paciente chega ao médico contando sobre o seu mal-estar, ele o faz interpretando os sinais que sente no corpo de maneira a ser clara para o médico, tentando aproximar o que é a sua dor a algo que o médico também já tenha conhecimento ou experiência. Desta forma, o paciente dá a sua experiência pessoal uma qualidade que seja socialmente reconhecida, ou seja, ele culturaliza, tornando

um fenômeno que era pessoal em um fenômeno social, reconhecido por outros indivíduos de seu grupo.

O médico, depois de ouvir o relato da queixa do paciente (sintomas), procura sinais externos e depois relaciona os sintomas relatados ao que pode encontrar no corpo do paciente através da diagnose e relaciona isso tudo ao conhecimento que tem sobre a codificação das doenças, emitindo um diagnóstico⁴.

“Neste sentido, o corpo pode ser tomado como um suporte de *signos*, ou seja, suporte de qualquer fenômeno gerador de significação e sentido” (Ferreira, 1998, p. 102). Para Roland Barthes, a função do signo é comunicar as idéias por meio de *mensagens*, ou seja, o signo tem a competência de transmitir uma informação e desta forma faz parte do processo de comunicação, em que a mensagem é o *significante* e o conteúdo é o *significado*. Segundo esta idéia, o corpo é um signo, pois através das *mensagens* por ele emitidas, os sintomas podem ser experimentados pelo indivíduo e os *sinais* observados pelo exame clínico feito pelo médico, levando a um *significado*: a doença. Pode-se perceber o caráter social do signo, pois ele só tem sentido quando compartilhado pelo grupo social, o próprio conceito de cultura é compreendido como uma prática plena de significados, capaz de atribuir sentido às significações sociais.

⁴ Os termos médicos *senal*, *diagnose* e *sintoma* são assim definidos:

“Sinal é a manifestação objetiva da doença, física ou química, diretamente observada pelo médico ou por ele provocada, como tosse, alterações da cor da pele, ruídos anormais do coração, convulsões.” (Romeiro, *apud* Ferreira, 1998, p.103).

“A diagnose, na biomedicina, pode ser dividida em dois tipos, denominados de *anamnese* e *exame físico*. A primeira consiste no recolhimento da história do paciente, com um roteiro padronizado que passa pela anotação de alguns dados de identificação e sociodemográficos (profissão, idade, cor, entre outros), seguidos da identificação da queixa (ou queixas) presentes do paciente, passando, a seguir, a uma cronologia e contextualização destas: a ordem em que os sintomas surgem, sua relação entre si e com outros eventos, adoecimentos anteriores, doenças presentes na família (Camargo Jr., 2005, edição eletrônica).

“Sintoma é a sensação subjetiva referida pelo doente como dor, ansiedade, mal-estar, alucinações, sensação de vertigem etc. É um fenômeno só por ele sentido e que o médico, ordinariamente, não percebe nem lhe é fácil comprovar, sendo revelado apenas pela anamnese ou interrogatório” (Romeiro, *apud* Ferreira, 1998, p.103).

Assim, as noções de saúde e de doença, baseadas em signos, são também uma construção social, pois o indivíduo é considerado e se considera doente quando percebe que possui alguns sinais que a sociedade (incluído o médico) e, conseqüentemente, ele consideram como significativos de doença.

A conseqüência desta implicação é que na anorexia nervosa estes dois construtos sociais - o de beleza e o de saúde – conflitam imperceptivelmente entre si, tornando aquilo que é doença, no entendimento médico, valor estético para o portador de desordens alimentares.

Tal digressão permite compreender que, por vezes, não só há necessidade de intervenção política legal estatal para que se impeça o indivíduo de atentar não intencionalmente contra a própria vida em nome do culto a um valor estético, conforme já se mencionou ao início, como também que há implicações de ordem psicossocial. Sobre este último aspecto, Gerald Russel ao descrever o viés psicopatológico da anorexia no DSM-IV e no CID – 10, alerta que “a expressão psicológica da anorexia nervosa está sujeita a variar com a época e a cultura e que o impulso para a magreza é um traço recente na psicopatologia do transtorno” (*apud* Nunes & Ramos, 2002, p. 22). Em 1970, sugeriu os três critérios-chave para o diagnóstico da anorexia:

- 1) conduta visando à perda de peso, estando pacífico que o impulso para a magreza é essencial para o diagnóstico. Os autores falam em “busca da magreza como um prazer em si só” (Ziegler & Sours, 1968), “perseguição da magreza” (Theander, 1970) e “perseguição implacável da magreza” (Brusch, 1974);
- 2) medo mórbido de engordar, englobando tanto o medo intenso a engordar como a auto-estima dependente do peso e aparência física.

- 3) alteração endocrinológica, que pode ser a falta de menstruação em mulheres (amenorréia) que já tiveram a menarca, e impotência sexual masculina. Discute-se o critério da amenorréia, pois há mulheres que mesmo anoréxicas, não deixam de menstruar durante três ciclos consecutivos, como requer para diagnóstico da anorexia a DSM-IV.

Outro ponto interessante, é que tanto no DSM-IV quanto na CID-10, a entidade mórbida anorexia é subdividida em tipos.

O DSM-IV subdivide a anorexia em dois tipos: restritivo ou compulsão periódica/purgativo. Este último tipo assemelha-se muito a outro transtorno alimentar: a bulimia, por isso muitos pesquisadores propõem uma classificação unitária entre bulimia e a anorexia do tipo compulsão periódica/purgativa⁵.

Na CID-10, anorexia atípica é uma categoria que acolhe os sintomas da anorexia típica, porém em nível mais brando ou quando falta algum dos requisitos para se enquadrar o caso em anorexia típica.

Quanto à incidência da anorexia no Brasil, as opiniões divergem. Uns propugnam que não existem dados nacionais referentes à incidência da anorexia e outros transtornos alimentares, o que se encontra são várias pesquisas locais e esparsas, geralmente circunscritas a uma cidade. Outros estimam que, no Brasil, a anorexia acomete 01 a cada 250 mulheres (AMBULIM)⁶.

⁵ Etimologicamente a palavra *bulimia* vem do grego *bous* (boi) e *limos* (fome), ou seja, fome de boi, fome tão grande quanto à de um boi ou fome de comer um boi (Azevedo & Abuchaim, 2002). "A bulimia é uma síndrome caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia e uma preocupação excessiva com relação ao controle do peso corporal conduzindo a uma alternância de hiperfagia e vômitos ou uso de purgativos. Este transtorno partilha diversas características psicológicas com a anorexia nervosa, dentre as quais uma preocupação exagerada com a forma e peso corporais. Os vômitos repetidos podem provocar perturbações eletrolíticas e complicações somáticas. Nos antecedentes encontra-se freqüentemente, mas nem sempre, um episódio de anorexia nervosa ocorrido de alguns meses a vários anos antes" (Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde – CID-10).

⁶ AMBULIM significa "Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo". Trata-se de um serviço que presta atendimento integral a pacientes com transtornos alimentares. Foi criado no

As estatísticas internacionais apontam que as mulheres sofrem mais de anorexia que os homens: cerca de 90% a 95% dos casos registrados são de mulheres jovens (de 12 a 25 anos), sendo rara tanto em mulheres acima de 30 e 40 anos (Ballone, 2003; AMBULIM), quanto em homens⁷.

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aferidos em 1999, nos Estados Unidos, 01 a cada 100 mulheres, na faixa etária de 12 a 18 anos, são portadoras de anorexia (Trinca, 2007, p.65).

Segundo consulta ao AMBULIM, esta estatística pode estar sub-avaliada, pois os casos mais leves não são registrados como anorexia, devido a não preencherem todos os requisitos de diagnóstico da doença. São considerados casos leves aqueles em que está presente o sentimento de profunda insatisfação com o corpo, a busca incessante de dietas e cirurgias plásticas e eventuais usos de recursos extremos para emagrecer (vomitar, usar laxante, diuréticos, moderadores de apetite e exercício físico compulsivo). Então, considerados tais casos, a proporção aumenta para quinze mulheres a cada 100.

Há estudos que dão conta que a anorexia aparece em 45% dos casos após dieta de emagrecimento e em 40% em situações de competitividade. Algumas

primeiro semestre de 1992, pelo Dr. Táki Athanássios Cordás e inspirou-se nos modelos já implantados pelo Prof. G. F. Russell, na sessão de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres; pelo Prof. C. P. L. Freeman da Universidade de Edimburgo e pelo Prof. A. H. Crisp do Hospital St. George. Hoje o AMBULIM é reconhecido como o maior centro especializado em transtornos alimentares do Brasil e da América Latina; conta com vários profissionais em diversas áreas; presta atendimento totalmente gratuito e desenvolve várias pesquisas e atividades acadêmicas relacionadas ao tema.

⁷ “Com toda certeza, a Vigorexia é uma das mais recentes patologias emocionais estimuladas pela cultura, e nem foi ainda catalogada como doença específica pelos manuais de classificação (CID.10 e DSM.IV). A Vigorexia, mais comum em homens, se caracteriza por uma preocupação excessiva em ficar forte a todo custo. Apesar dos portadores desses transtornos serem bastante musculosos, passam horas na academia malhando e ainda assim se consideram fracos, magros e até esqueléticos. Uma das observações psicológicas desses pacientes é que têm vergonha do próprio corpo, recorrendo assim aos exercícios excessivos e à fórmulas mágicas para acelerar o fortalecimento, como por exemplo os esteróides anabolizantes.” (Ballone, 2003).

profissões em que o corpo é objeto do trabalho ou é sobejamente notado, tais como as profissões de bailarina e modelo, a taxa de incidência de anorexia aumenta extraordinariamente (Ballone, 2003).

A anorexia é uma doença grave, cujo risco de mortalidade é calculado em torno de 05% a 15% dos casos (AMBULIM).

As anoréxicas são geralmente mulheres jovens, consideradas boas filhas, aplicadas nos estudos, introspectivas, perfeccionistas, têm um grande complexo de inferioridade e buscam o reconhecimento dos outros e têm medo da desaprovação social, possuem falhas ou *deficits* de identidade e autonomia. Comumente o quadro de anorexia é deflagrado quando a pessoa defronta-se com situações novas e muito estressantes, nas quais são exigidas auto-suficiência e autonomia, como, por exemplo, na puberdade, na adolescência, no divórcio etc (Abuchaim, Somenzi & Duchesne, 2002).

É possível discriminar comportamentos que, em um primeiro momento, já indiquem uma possível propensão aos transtornos alimentares. No que tange à anorexia, os comportamentos de risco são: hábito de fazer dieta, combinado ou não com excesso de exercícios físicos, mesmo quando o peso é proporcional à estatura; crítica permanente a alguma parte ou ao todo do corpo; temor à obesidade; limitação do convívio social por vergonha do corpo (Fisher, *apud* Ballone, 2005; Nunes *et al*, 2001). Ballone chama atenção para a dificuldade de estabelecer até que ponto estes comportamentos são indícios de uma patologia nos adolescentes, pois “nessa faixa etária, isolamento, problemas de relacionamento, preocupação com o corpo, distorção da auto-imagem, aumento do apetite, modismos alimentares, etc., são

característicos e esperados, fazendo parte da chamada ‘Síndrome da adolescência normal’” (2005, edição eletrônica).

A investigação de como a imagem corporal é vivenciada pela pessoa é um importante elemento para averiguar-se a susceptibilidade a um transtorno alimentar, inclusive à anorexia (Cooper *et al*, *apud* Ballone, 2005)⁸. Para esta investigação são usados questionários estruturados em que as perguntas são formuladas com a intenção de averiguar como a pessoa se auto-avalia e a insatisfação com sua imagem corporal.

O *Eating Attitudes Test* (EAT), ou Teste de Atitudes Alimentares, foi desenvolvido em 1979 por Garner e Garfinkel, constituindo-se em um teste psicométrico que visa diagnosticar para prestar atendimento precoce aos portadores de transtornos alimentares, inclusive de anorexia. Inicialmente este teste era composto por 40 questões, no entanto, a partir de 1982, usa-se uma versão menor, também proposta por seus idealizadores, com 26 questões – o EAT-26. Foi traduzido para várias línguas e é considerado o instrumento mais popular para identificar padrões de comportamentos que indiquem propensão à anorexia (ver anexo 5).

As 26 questões são dispostas visando averiguar três itens importantes no diagnóstico da anorexia (Bighetti, 2003):

- 1) escala da dieta e da forma física, que visa observar a restrição a alimentos de alto valor calórico e a excessiva preocupação com a forma física (questões 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 e 25);
- 2) escala de bulimia e preocupação com os alimentos, busca-se detectar episódios de ingestão compulsiva de alimentos e sua

⁸ A imagem corporal é a representação mental que cada indivíduo possui acerca de seu próprio corpo. Esta representação é influenciada pela relação que o indivíduo estabelece consigo próprio e com seu ambiente, podendo variar durante toda a sua vida (Schilder, 1994).

purgação por vômitos ou outros comportamentos que evitem engordar (questões 3, 4, 9, 18, 21 e 26) .

- 3) escala do controle oral, que pesquisa o nível de auto-controle em relação à ingestão de alimentos e as forças sociais que induzem à alimentação (questões 2, 5, 8, 13, 15, 19 e 20).

As opções de respostas são dispostas em três escalas do tipo Likert, com 6 opções de resposta , pontuadas de 0 a 3, em todas as questões, exceto a questão 25, em que são atribuídas as seguintes pontuações dependendo da resposta obtida:

sempre = 3 pontos ;	muitas vezes= 2 pontos;	às vezes = 1 ponto
poucas vezes = 0;	quase nunca = 0;	nunca = 0

A única questão que não segue a ordem de pontuação acima é a questão 25, em que os pontos são invertidos:

sempre= 0;	muitas vezes=0	às vezes = 0
poucas vezes = 1 ponto	quase nunca = 2 pontos	nunca= 3 pontos

A somatória de 21 pontos ou mais sugere que o(a) entrevistado(a) enquadre-se no grupo de risco da anorexia, devendo, neste caso, ser o(a) entrevistado(a) encaminhado(a) a fazer um entrevista clínica com um médico, para que sejam avaliados se existem sintomas que autorizem o diagnóstico de um transtorno alimentar⁹.

⁹ Há trabalhos que apresentam como somatória de corte 20 pontos, o que já configuraria inserção no grupo de risco (Magalhães & Mendonça, 2005).

Desta forma, cada ciência tem estudado a anorexia a partir de seus estatutos conceituais e procedimentos de pesquisa específicos a cada área de conhecimento. Entretanto, estudar um tema sobre uma perspectiva unitária, apesar de possibilitar um estudo mais aprofundado (recorte vertical), não permite a observação da interação complexa de fatores (recorte horizontal) que não só se restringem ao físico, ao social e ao psicológico, mas à conjunção deles. Este foi o percurso feito e valorizado neste capítulo e nos outros posteriores.

2- O CUIDADO MÉDICO: DOENÇA, MEDICALIZAÇÃO E DIETA

Conforme já se afirmou no capítulo anterior, o corpo é o *locus* privilegiado onde a saúde e a doença são representados. Estas representações variam no tempo e no espaço, de cultura para cultura. Assim o corpo é emblemático não só de processos que são considerados mais biológicos como a saúde e a doença, mas também é emblemático de processos sociais. Estes processos sociais, por estarem tão integrados à cultura, geralmente não são apercebidos como construtos sociais e tende-se, pois, a pensar a saúde e a doença como categorias isoladamente biológicas. Porém, tais categorias, embora concretizadas no corpo, são eminentemente sociais e também sociais são as relações do paciente com seu corpo, sua doença e com os seus médicos. O próprio conceito de saúde e doença e da medicina são culturais, à medida que também variam quanto às culturas.

Nas próximas páginas, será sob esta perspectiva cultural que tratarei deste tipo de distúrbio alimentar: a anorexia, doença há muito tempo conhecida e que na atualidade vem ganhando destaque devido a sua grande incidência. Para tanto, julgo importante traçar um breve histórico desta patologia, explicitar quais os critérios diagnósticos usados pela medicina para defini-la e quais os tratamentos preconizados, inclusive a dietética. Consequentemente, a própria medicina passa a ser de interesse deste trabalho, como ciência que tem uma história e um processo de desenvolvimento e também porque seu objeto repousa no corpo, onde converge o biológico (anátomo-fisiologia) e o cultural (representação de saúde e de doença).

2.1 – PEQUENO HISTÓRICO DA ANOREXIA

O termo *anorexia* (é derivado do grego *orexis* (apetite, desejo), acrescido do prefixo *an* (privação, ausência)¹⁰. Entretanto, do ponto de vista psicopatológico, este termo não é o mais adequado, pois não há falta de apetite, mas sim uma há uma conduta deliberada do indivíduo em vencer a fome e não comer (Abuchaim, 2002).

Cordás (2004) criticando o termo *anorexia*, afirma que a negação do apetite e o controle obsessivo do corpo tornam o termo alemão *pubertaetsmagersucht*, que significa “busca da magreza por adolescentes”, mais adequado. Entretanto, como a designação *anorexia* é mais familiar e mais divulgada pela mídia, neste trabalho, preferimos usar este termo para referir-nos a esse distúrbio alimentar que tem atingido não somente adolescentes, mas, também, jovens adultos.

Situam-se na Idade Média, principalmente dos anos compreendidos entre 1200-1500, os primeiros relatos encontrados sobre esta doença, denominada por Bell de *anorexia sagrada*, que se exterioriza por grande perda de peso devido a uma restritiva dieta alimentar auto-imposta (*apud* Abuchaim, 2002)¹¹. Os vários casos de jejuns femininos voluntários eram catalogados pela literatura teológica, pois era considerado milagre divino o fato destas mulheres pouco comerem e ainda permanecerem vivas.

Na Idade Média, com o Cristianismo, surgiu uma nova moral que condenava o hedonismo, os fartos banquetes romanos, as imagens de deuses gordos e glutões, em favor de corpos magros e de uma dieta frugal. A gula passa a ser considerada

¹⁰ As primeiras referências à aversão à comida, inapetência ou enjôo do estômago foram designadas pelo termo *fastidium* em textos latinos datados da época de Cícero (106-43 a.C.) e vários textos do século XVI (Cordás & Claudino, 2002).

¹¹ Sobre este assunto consultar Abuchaim, 2002; Herscovici & Bay, 1997; Gogarti, 1999; Fendrik, 2003; Cordás & Munhoz, 2005.

um dos sete pecados capitais e as privações alimentares transformam-se na penitência mais comum para alcançar-se a espiritualidade e a pureza.

Os jejuns alimentares também conferiam algumas vantagens às mulheres, pois eram usados para afastar pretendentes a marido, como pretexto para abster-se sexualmente do marido, para rogar por seus familiares. Conferia-lhes, ainda, uma ascensão social, pois estas mulheres podiam fazer críticas e observações às regras seculares da Igreja, podiam assumir o papel de professoras e conselheiras, despertavam admiração e estimulavam peregrinações de curiosos, o que financiava suas famílias e comunidades.

É possível enumerar mais de 260 santas e beatas da Igreja Católica que praticavam a anorexia sagrada (Bell *apud* Abuchaim, 2002). O mais antigo relato, nos anos 700 – 900 d.C, é de Santa Wilgefortis (do latim *virgo fortis*: virgem forte), uma princesa que havia feito voto de castidade, prometendo servir apenas a Deus e cujo pai, um rei de Portugal, havia avençado casamento para ela. Diante de sua firme decisão de manter-se casta, ela se impôs a inanição, visando perder seus atributos de beleza feminina, esperando que, com isso, seu pretendente desistisse do casamento. Devido às conseqüências metabólicas advindas da anorexia, Santa Wilgefortis passou a sofrer de hirsutismo, mas mesmo este fato foi concebido como graça divina: os pêlos abundantes no corpo e uma barba seriam provas incontestes de que Deus ouvira-lhe as preces, desfigurando-lhe a beleza. Até hoje, principalmente na França e na Península Ibérica, Santa Wilgefortis é também conhecida como a Santa Liberata, a libertadora.

Outro caso de anorexia sagrada bem conhecido é a de Catarina de Siena (1347-1380), muito bem comentado por Abuchaim (2002). Catarina, vigésima quarta filha, era a predileta de sua mãe e de uma irmã mais velha, a qual faleceu de parto

quando Catarina tinha 15 anos. Desde então, a jovem passou a comer menos e a dedicar muitas horas de seu dia às orações. Quando sua mãe começou a procurar-lhe um marido, Catarina intensificou seu ascetismo e religiosidade, fazendo rigorosos jejuns e se autoflajelando. Cortou seus cabelos bem curtos, comia só um molho feito com ervas e, quando obrigada a alimentar-se, colocava galhos na garganta para induzir o vômito. Veio a falecer de desnutrição aos 32 anos.

A vida de Santa Catarina foi seguida como exemplo de ascetismo por muitas outras santas e beatas, até mesmo porque a Igreja Católica incentivava tais condutas ao canonizar estas mulheres.

Na América Latina, a primeira santa a ser canonizada (1671) foi Santa Rosa de Lima, considerada a Patrona da América e das Filipinas. Rosa de Lima mirou-se no exemplo de Santa Catarina de Siena: para não se corromper pela vaidade, também cortou seus cabelos; aplicava-se penitências e autoflajelamento (usava uma coroa de espinhos de metal camuflada por uma fileira de rosas e uma cinta de ferro na cintura, deitava-se sobre uma cama salpicada de cacos de vidros); dedicava várias horas às orações; era aplicada aos trabalhos domésticos e lutou incansavelmente contra o propósito de seus pais casarem-na. Morreu com hemiplegia aos 31 anos¹².

Discute-se se os casos de “anorexia sagrada” podem ser análogos à anorexia nervosa dos tempos atuais, ou se a anorexia nervosa é essencialmente “um mal da modernidade”¹³.

Segundo Bell (apud Abuchaim, 2002), pode-se encontrar na biografia destas santas características de personalidade e padrões de conduta semelhantes às das

¹² Quanto a este assunto ver Weinberg, Cordás & Munhoz, 2005.

¹³ A aproximação da anorexia nervosa e religião, bem como a discussão da anorexia como fruto da modernidade será exposta, mais acentuadamente, em capítulo posterior.

mulheres anoréxicas de hoje. Seu argumento é que ambas, inseridas em seus contextos histórico e social, têm na relação alimentar uma maneira de afirmar sua identidade e de insurgir contra a sociedade patriarcal.

Weinberg & Cordás (2006) entendem que nem todo o jejum auto-imposto significa o transtorno alimentar de anorexia, pois na Grécia Antiga o jejuar era uma forma de tratamento e de manutenção da saúde. Entretanto, uma mulher que apresentasse as mesmas condutas de privação alimentar, hiperatividade, perfeccionismo, auto-suficiência, auto-controle, desinteresse por relacionamentos sociais, características tão comuns às santas anoréxicas, seriam, hoje, inevitavelmente enquadradas no diagnóstico de anorexia.

Silverman, Habermas, Bynum e Beumont (*apud* Abuchaim, 2002) concordam que não há analogia entre a conduta das santas anoréxicas e as anoréxicas contemporâneas, tanto por questionarem o valor médico que tais relatos religiosos poderiam ter, tanto por entenderem que a motivação fundamentalmente religiosa das santas anoréxicas diverge da motivação e critério central que hoje se usa para diagnosticar a anorexia nervosa: o medo mórbido de engordar.

Concordo com esses autores que a motivação das santas anoréxicas é totalmente diferente daquelas que impelem as anoréxicas hodiernas, não sendo possível considerar que a anorexia que atualmente conhecemos tenha o mesmo fundo psicológico e cultural que a anorexia sagrada da Idade Média. Se no relato das santas anoréxicas os jejuns poderiam ser interpretados como uma forma de protesto, hoje o jejum pode ser concebido como forma de aceitação em consecução dos valores culturais vigentes, a saber, o apreço pela estética do corpo magro.

A partir da Reforma Protestante, a *inedia prodigiosa* (inanição severa) e a *anorexia mirabilis* (perda do apetite por milagre) foram consideradas obras do

demônio, um sintoma de possessão, e a Igreja deixou de incentivá-las. Entretanto, foi durante o Renascimento que a curiosidade científica sobre os fenômenos que até então eram “doenças da alma” foi despertada e, então, os casos de inanição foram estudados como enfermidade física e/ou mental.

Em 1668, uma jovem de 19 anos e de origem humilde, Martha, chamou a atenção de clérigos e físicos quanto a seu estado: sua alimentação limitava-se a xaropes e sucos, seu estado físico estava tão depauperado que não mais andava e estava acamada. A jovem não se considerava santa ou beata, mas sim doente. Seu caso foi estudado por Reynolds, físico protestante, que encontrou a resposta na teoria do médico Willis. Partidário da iatroquímica, Willis acreditava que as doenças nervosas eram determinadas por um processo de fermentação que os espíritos animais sofriam e que possibilitavam sua entrada na corrente sangüínea, tornando o sangue quente e volátil e, desta forma, desencadeando as doenças dos nervos¹⁴. Assim, nesta época, cria-se que as crises histéricas se originavam no sistema circulatório (Brumgerg, *apud* Gorgati, 1999).

Em 1689, o inglês Morton escreve, em latim, *Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisi* (Tisiologia sobre a doença da consunção), obra em que descreve, a partir da observação de uma paciente de 18 anos, Miss Duke, um conjunto de sintomas a que denominou *nervous consumption* (consunção ou atrofia nervosa): inapetência, severa perda de peso, desmaios, amenorréia. A doente não tinha febre, mas sim uma “frialdade em todo o corpo”, preocupação excessiva com os estudos e não

¹⁴ “A iatroquímica teve sua origem no século XVI nas proposições alquímicas de Philipus Theophrastus Aureolus von Hohenheim, o Paracelso, que acreditava que a vida era um processo químico e que a doença era um desequilíbrio na química do corpo. Ao lado de suas crenças em bruxarias e demônios, Paracelso percebeu uma química da vida nos corpos humanos muito antes de Lavoisier confirmá-la com a demonstração de que a respiração era uma forma de oxidação, na fundação da química pneumática, nos anos 1700. Em sua continuidade, a iatroquímica postulou a existência de um gás espiritual, contido nos alimentos. O corpo não teria a possibilidade de, através de um processo de fermentação, absorver quimicamente os alimentos em decorrência do pecado original, provocando a formação de resíduos que se combinavam com elementos imateriais e humores dos seres humanos, originando as doenças” (Sevalho, 1993, p. 357).

apresentava outras patologias subjacentes. O sintoma principal daquela doença é uma diminuição da força com uma perda total do apetite, cuja causa imediata deve ser buscada no sistema dos nervos” (Morton, *apud* Bidaud, 1998, p. 15). A paciente negou-se a seguir o tratamento recomendado e morreu em três meses. Segundo Morton, a *nervous consumption* seria causada por “tristeza e estado de ansiedade” e, segundo ele, não era doença rara ou ligada ao gênero feminino (Silverman, *apud* Abuchaim, 2002). A obra de Morton, entretanto, ficou mais conhecida por diferenciar a tuberculose da “consumição nervosa”.

No século XVIII podemos encontrar várias descrições isoladas de pacientes com sintomas da anorexia que eram diagnosticados por diferentes denominações, inclusive de “atrofia nervosa” (Silverman, *apud* Abuchaim, 2002).

Nesta época, principalmente com Pinel, as doenças mentais começam a ser compreendidas fora do âmbito das questões metafísicas. Bercherie (1989) aponta Pinel como o fundador da clínica, através do método de observação não só empírica, mas também consciente e sistemática, transformando esta – a observação –, em linguagem, em uma estrutura enunciável. Daí a contribuição de Pinel à nosografia psiquiátrica.

Em sua obra *Nosographie philosophique*, Pinel faz reflexões sobre a conduta alimentar dos antigos, desde as fartas mesas de Marco Antônio, de Lúculo, de Nero, do Duque de Orleans até as macerações, jejuns e abstenções alimentares dos brâmanes, faquires e anacoretas. Elenca as condutas extremadas, seja por fartura ou por restrição, como “neuroses das funções nutritivas” (*apud* Bidaud, 1998). O tratamento dessas neuroses era coerente com sua “psicopedagogia afetiva” e

consistia em uma reeducação moral, visando ao reestabelecimento do equilíbrio mental, da homeostática (Martinez, 2006)¹⁵.

No início do século XIX, o romantismo, na vertente do *byronismo*, disseminava um novo tipo de beleza, contrário ao tipo burguês de mulheres e homens robustos e bem nutridos. A moda era aparentar melancolia e desprezo pela sociedade capitalista, através de um aspecto pálido, frágil e doentio, de uma “languidez elegante”, aspecto que era conseguido através de dietas e doses diárias de vinagre.

É nessa época que se tem uma epidemia de clorose ou “doença verde”, apesar de haver relatos médicos desta doença desde 1554. Esta doença era exclusiva de adolescentes, por isso ficou conhecida como “doença das virgens”. Acreditava-se que a cura estaria no casamento, intercuro sexual e maternidade. Seus sintomas são semelhantes aos da anorexia: pronunciado emagrecimento, anemia, desmaios, amenorréia, instabilidade emocional e constipação. Curiosamente, esta doença, depois de 1920, desapareceu dos registros médicos e desde então caiu no esquecimento¹⁶.

¹⁵ Nesta época, o termo neurose era usado para designar uma série de afecções do sistema nervoso com sede orgânica definida (neurose digestiva, neurose cardíaca, etc.), afecções funcionais (sem inflamação ou lesão de estrutura) que seriam os casos de histeria e hipocondria ou doenças do sistema nervoso. Parece que o conceito de neurose do século XIX aproxima-se das noções atuais de psicossomática (Laplanche & Pontalis, *apud* Gogarti, 1999). Na concepção de Pinel, o vício é precedente à alienação. O tratamento moral de Pinel visava adequar o comportamento desviante do paciente alienado a um padrão pedagógico estabelecido, redirecionando as energias mentais do vício para as atividades mais nobres do intelecto. Propunha uma espécie de sublimação moral. Considerava, também, que o excesso laboral e o fanatismo religioso levavam à perda do equilíbrio da inteligência (Martinez, 2006).

¹⁶ Segundo Cordás e Weinberg (2002), a clorose é mais um exemplo das doenças consideradas efêmeras. Consideradas preocupantes durante uma certa época, posteriormente deixaram de ser diagnosticadas pela medicina e hoje deixam dúvidas sobre sua constituição. Estes autores citam como outros exemplos de doenças efêmeras a praga de Atenas; a febre tifomalárica; a doença do suor e tarantismo (‘causada’ por picada de tarântula e curável pelo ato de dançar – daí a origem da tarantela).

Alguns autores entendem que as meninas, antes diagnosticadas como cloréticas, seriam hoje, provavelmente, classificadas como anoréxicas, pois apresentariam sintomas e condições análogos à mesma psicopatologia¹⁷.

Foi somente no século XIX que realmente a anorexia foi descrita de maneira inequívoca. Isso foi possível graças ao avanço da própria medicina e, em especial, da nosografia psiquiátrica.

Em 1860, o psiquiatra francês Marcé, em seu trabalho *Note sur une forme de delire hypochondriaque consécutive aux dyspépsies et caractérisée par des refus d'aliments*, relata o caso de meninas, precocemente púberes, que se tornaram inapetentes ao limite máximo. O que parecia ser um problema gástrico, na verdade verificou ser uma doença psíquica:¹⁸

Essas pacientes chegam a uma convicção delirante de que não podem ou não devem comer. A desordem gástrica se torna cérebro-nervosa: não é mais o estômago que requer atenção porque o estômago é capaz de digerir e sofre apenas da necessidade de comida. É a idéia delirante que constitui o ponto de partida e está na essência da doença, as pacientes não estão mais dispépticas – elas estão insanas... (Marcé, *apud* Abuchaim, 2002, p.15).

O relato médico de Marcé, acima descrito, demonstra que no desenvolvimento do conceito da doença as hipóteses orgânicas (problemas no sistema digestivo, dispepsia ou indigestão) são substituídas pela hipótese mental (as “idéias delirantes”) e que esta última é que determinava o não-comer e levaria à insanidade.

¹⁷ Cordás & Weinberg, 2002; Loudon, 1985 e Parry-Jones, 1985.

¹⁸ Marcé não é majoritariamente reconhecido como o primeiro a realmente relatar a anorexia tal como a reconhecemos hoje. Geralmente os livros atribuem ao inglês Gull e ao francês Lasègue o mérito de serem os primeiros médicos a descreverem casos de anorexia. Segundo Silverman (1989), Marcé teve sua contribuição esquecida pela literatura por mais de 100 anos (*apud* Abuchaim, 2002). Cordás & Claudino (2002) entendem que Gull recebeu prioridade na literatura médica pelo fato de ter feito rápida referência à anorexia em uma conferência anual da *British Medical Association* em 1868.

É na década de 70, do século XIX, que a anorexia é descrita e estudada como uma enfermidade psiquiátrica em todas as suas particularidades, através dos relatos, praticamente concomitantes, de Lasègue (em 1873, na França) e de Gull (em 1874, na Inglaterra).

Lasègue denominou a doença de “anorexia histérica”. Mais tarde, em 1883, o psiquiatra Huchard sugeriu que se usasse a expressão “anorexia mental”, porque observara que os sintomas característicos da histeria, tais como paralisia, anestesia e cegueira não estavam presentes nas queixas das pacientes. Esta denominação, anorexia mental, vigora até hoje na França (Beumont, *apud* Abuchaim, 2002).

Gull, em seu trabalho *Anorexia nervosa (Apepsia hysteric, Anorexia Hysterica)*, relatou os casos de três pacientes, sendo um deles o da Senhorita A, de 17anos, enviada a ele em 17 de janeiro de 1866:

A emaciação [de seu abdômen] estava muito avançada. Foi-me dito que tinha perdido 33 libras de peso [15 kg]. [Seu] abdômen havia encolhido e estava chato, colapsado. [Seu] caso foi considerado como de anorexia simples. Indicaram-se diversos remédios, mas não se pôde perceber nenhum efeito a partir de sua administração. A dieta também foi variável, mas sem nenhum efeito sobre o apetite. Ocasionalmente, durante um ou dois dias, o apetite foi voraz, mas isto era muito excepcional. A paciente não se queixava de nenhuma dor, mas estava inquieta e ativa. De fato, isto era uma manifestação surpreendente de seu estado nervoso, já que parecia praticamente impossível que um corpo tão dilapidado pudesse suportar o exercício, que parecia lhe cair bem.

A Srta. A. permaneceu sob minha observação de janeiro de 1866 até março de 1868, tendo melhorado muito e recuperado peso desde 82 a 128 libras [de 36,9 – 57,6 kg]. Notar-se-á que, à medida que se recuperava, foi adquirindo um aspecto mais jovial.

Pôde-se observar que, neste caso, todos os sinais eram negativos e podem ser explicados a partir da anorexia, que levou à inanição e a uma depressão de todas as funções vitais; amenorréia, baixo pulso, lentificação da respiração. No estado de emaciação máxima, alguém poderia ser perdoado por supor-se alguma lesão orgânica, mas do ponto de vista indicado, tal pressuposto teria sido desnecessário.

Esta perspectiva se apóia na evolução satisfatória do caso até seu restabelecimento total, e na continuação de boa saúde (Gull, *apud* Herscovici & Bay, 1997, p. 22).

Observa-se que Gull determinava os sintomas orgânicos (perda severa de peso, amenorréia, edema, baixas freqüências de batimentos cardíacos e de respiração) e se surpreendia com o comportamento hiperativo da paciente, apesar do seu estado de fraqueza e inanição.

Gull creditou a “um estado mórbido mental” o fato de a paciente recusar a alimentar-se e como tratamento recomendava a ascendência moral do médico sobre a paciente para incentivá-la a comer, pois entendia que “a família e os amigos eram os piores atendentes” (*apud* Abuchaim, 2002, p. 16).

Lasègue, em seu trabalho de 1873, *L' Anorexie Hystérique*, estudou os casos de oito mulheres na faixa etária de 18 a 32 anos, dos quais se destaca:

Uma jovem, entre 15-20 anos, sofre de alguma emoção que ela desconhece ou esconde. Geralmente está relacionada a algum projeto de casamento real ou imaginário ou algum desejo mais ou menos consciente. Em outros momentos, são feitas apenas conjeturas com relação à causa: ou a menina tem um interesse em adotar um mutismo tão comum em histéricas ou a causa primária realmente lhe escapa. A princípio essas pacientes sentem um desconforto após as refeições, uma sensação vaga de plenitude, às vezes uma comida é substituída por outra, a abstinência tende a aumentar os movimentos, sentem-se mais leves e ativas. A família e os atendentes médicos tornam-se mais preocupados e a anorexia se torna, gradualmente, a única preocupação e assunto de conversas. A paciente não se incomoda mais em achar explicações para não comer. Quando se diz que é impossível sobreviver alimentando-se de uma quantidade de comida que seria insuficiente para um bebê, a paciente responde que isto a nutre, acrescentando que não se sente mudada, nem mais magra e que nunca se recusou a realizar qualquer tarefa ou trabalho. Ela sabe melhor que ninguém o que precisa, diz que nunca esteve tão bem de saúde. ‘Eu não sofro, portanto devo estar bem’. De fato, toda a doença está nessa perversão intelectual. (Lasègue, *apud* Abuchaim, 2002, p.15).

Lasègue considerava a anorexia uma das formas pelas quais a histeria manifestava-se¹⁹. A repulsa por alimentos até a recusa total da alimentação eram níveis de uma mesma sintomatologia. Num primeiro momento as sensações dolorosas (dores epigátricas) são justificativas para que a doente recuse alimentar-se. O segundo momento é essencial, pois se caracteriza pela “perversão mental” (distorções cognitivas). É quando os sintomas histéricos instalam-se, a paciente aumenta a importância dos sintomas orgânicos e elabora racionalizações que Lasègue denomina “hipótese teórico” ou “hipótese instintiva” que consiste: “comer me faz mal, então eu devo evitar comer”. No terceiro momento, a histeria se confirma e persevera e os sintomas orgânicos causados pela falta de alimentação instalam-se. Nesta fase, embora as pessoas que cercam a paciente notem sua doença, ela nega a doença e se recusa a comer, apesar das comuns ameaças e pedidos dos familiares para que retome uma alimentação normal. A doente se compraz de sua condição, apresentando otimismo e se sentindo saudável. A frase “eu não sofro, portanto devo estar bem”, constitui, segundo Lasègue, um verdadeiro sintoma da doença²⁰.

Lasègue entende haver uma perversão tanto mental quanto moral, pois parece que estas meninas conscientemente sentem prazer em passar por doentes ou mimadas. Se a histérica pura parece sentir satisfação com a doença e sua exteriorização, a anoréxica vai mais longe, usa a sua dor (dor epigátrica) como pretexto para não comer, assim a recusa alimentar não teria, para a anoréxica, um caráter de privação, mas de tratamento (Gorgati, 1999).

¹⁹ Na época, a dificuldade médica era fazer o diagnóstico diferencial da histeria com relação à neurastenia (neurose com manifestação somática), à simulação (a histérica não deixa de estar representando, porém, ela acredita totalmente na representação) e à epilepsia (Trillat, *apud* Gorgati, 1999).

²⁰ Neste sentido ver Bidaud, 1998; Gogati, 1999; Herscovici & Bay, 1997; Fuks, 2003.

Ineditamente, Lasègue faz uma correlação entre família, meio social e a anorexia:

Que não cause espanto ver-me, contrariamente a meus hábitos, pôr em paralelo o estado mórbido da histérica e as preocupações dos que a cercam. Esses dois termos são freqüentemente solidários e teríamos uma noção errônea da doença se limitássemos o exame à doença. A partir do momento em que intervém um elemento moral, cuja existência aqui está fora de dúvida, o meio em que vive a doente exerce uma influência que seria igualmente lamentável omitir ou desconhecer (*apud* Bidaud, 1998, p.17).

O tratamento recomendado tanto por Lasègue quanto por Gull consistia na separação da família e numa ascendência moral do médico sobre a paciente a fim de convencê-la a comer.

Em 1885, o neuropsiquiatra francês, Charcot, vê na anorexia um sintoma exclusivamente histérico e reconhece o método do isolamento terapêutico como o único eficaz no tratamento da anorexia. As doentes eram separadas de seus familiares e ficavam sob a guarda de médicos e enfermeiros e só quando houvesse melhora é que se permitia às doentes ter contato com seus familiares (Bidaud, 1998).

Conforme nos informa Habermas, Charcot foi o primeiro a observar o conceito de “idéia fixa de obesidade” como determinante da anorexia (*apud* Abuchaim, 2002). Quando examinou uma de suas pacientes, observou que esta trazia uma fita cor de rosa amarrada à cintura e, ao indagar-lhe, obteve como resposta que a fita era uma medida que não deveria ser ultrapassada, pois a menina não queria ficar tão gorda como a mãe. A observação do medo que estas pacientes tinham de engordar foi um passo fundamental no estudo e diagnóstico da anorexia.

Em 1893, Freud estuda a anorexia, ainda que de forma indireta, pois relata um caso de histeria. A paciente tinha entre 20 e 30 anos de idade e Freud a conhecia, bem como sua família. Quando esta mulher teve seu primeiro filho, não conseguiu amamentá-lo. Esta incapacidade exasperou-a tanto que ela não dormia ou comia, apresentando um quadro de depressão. Resolveu-se o problema indicando-se uma ama-de-leite. Três anos mais tarde, quando nasceu o segundo filho, teve novamente dificuldades de amamentar a criança, mas não recorreu a uma ama-de-leite. Seu estado piorou, pois vomitava tudo o que comia e, para evitar os vômitos, resolveu não mais se alimentar. Submetida a duas sessões de hipnose, curou-se e conseguiu amamentar seu bebê. Os sintomas retornaram quando a mulher teve seu terceiro filho. Novamente foi tratada com duas outras sessões de hipnose, obtendo êxito.

Freud diagnosticou o caso como sendo uma “histeria ocasional” e observou que havia uma “perversão da vontade” ou “contravontade” (como Lasègue já havia notado em outros casos de histeria) e correlacionou, através dos sintomas, a relação mãe-filho com a questão alimentar, em que, simbolicamente, o comer equivale ao amamentar ²¹:

²¹ Freud observa que o ser humano não é harmonioso em suas vontades. A vontade (desejo, intenção) pode ser abalada por incertezas subjetivas (ou seja, “idéias antitéticas afetivas”) de que a vontade não se realize. Isso é muito freqüente e geralmente leva a um conflito psíquico em que a vontade acaba vencendo as idéias antitéticas que representariam uma “contravontade” (ou perversão da vontade). Quando isso não acontece, seja por fatores hereditários ou por estados em que a paciente se encontra num alto nível de exigência física e mental, a contravontade passa a ser mais potente que a vontade. Então, este conflito é isolado pelo “eu”, o que cria uma espécie de divisão de consciência. A hipótese é que, se a consciência normal se expressa em ações, a contravontade se expressaria em sintomas histéricos (1893).

A histérica se conduz de modo muito diverso. Pode não estar consciente do seu receio, estar bastante decidida a levar a cabo sua intenção e passar a executá-la sem hesitação. Aí, porém, comporta-se como se fosse sua vontade não amamentar a criança em absoluto. Ademais, essa vontade desperta nela todos os sintomas subjetivos que uma simuladora apresentaria como desculpa para não amamentar seu filho; perda do apetite, aversão à comida, dores quando a criança é posta a mamar. E, como a contravontade exerce sobre o corpo um controle maior do que a simulação consciente, também produz no aparelho digestivo uma série de sinais objetivos que a simulação seria incapaz de engendrar. Aqui, em contraste com a *fraqueza* da vontade mostrada na neurastenia, temos uma *perversão* da vontade; e, em contraste com a resignada irresolução mostrada no primeiro caso, aqui encontramos surpresa e exasperação ante uma dissensão que é incompreensível para a paciente.

Portanto, considero-me justificado ao classificar minha paciente como uma *hystérique d'occasion*, de vez que ela, em consequência de uma causa fortuita, era capaz de produzir um complexo de sintomas com um mecanismo tão agudamente característico da histeria. Pode-se presumir que, nesse caso, a causa fortuita era o estado de excitação da paciente antes do primeiro parto ou sua exaustão após o mesmo (Freud, 1983, edição eletrônica, grifos do autor).

Dois anos depois, em 1895, Freud publicou um caso de histeria em que ele lida com a anorexia: Emmy von N., uma senhora de 40 anos, viúva e mãe de duas filhas às quais dedicava muitos cuidados e preocupações. Freud detectou a histeria em Emmy, que se apresentava por anorexia, depressão, sonambulismo, gagueira, tiques nervosos, dores gástricas, nas pernas e pescoço, pavor a animais (ratos) e a ser enterrada viva. Assim descreve a anorexia de sua paciente:

A anorexia da nossa paciente oferece o mais brilhante exemplo dessa espécie de abulia²². Ela comia tão pouco por não gostar do sabor, e não podia apreciar o sabor porque o ato de comer, desde os primeiros tempos, se vinculara a lembranças de repulsa cuja soma de afeto jamais diminuía em qualquer grau; e é impossível comer com repulsa e prazer ao mesmo tempo. Sua antiga repulsa às refeições permanecera inalterada porque ela era constantemente obrigada a reprimi-la, em vez de livrar-se dela por reação. Na infância ela fora forçada, sob ameaça de punição, a comer a refeição fria que lhe era repugnante, e nos anos posteriores tinha sido impedida, por consideração aos irmãos, de externar os afetos a que ficava exposta durante suas refeições em comum. (Freud, 1895a, edição eletrônica)

Este é um caso que ganhou notoriedade porque atinou Freud para o método da associação livre, em que a paciente simplesmente falava, sem ser interrompida sobre assuntos que vinham à sua mente, como fatos e recordações dolorosas, porém ainda não havia abandonado o método da hipnose e sugestão, fazendo uso deste recurso aliado ao da livre associação (Gorgati, 1999). Segundo os estudos deste caso por Freud e por Breuer, a anorexia da paciente seria um sintoma de “conversão histérica”.

Freud estudou, com a colaboração de Breuer, outro caso de conversão histérica e de anorexia, só que, agora, em um menino de 12 anos de idade que, um certo dia, sai mais cedo da escola e chega a casa queixando-se de dificuldade de engolir e dores de cabeça²³. O sintoma persiste por dias e quando o menino é obrigado a comer, vomita. Descartou-se a hipótese de inflamação na garganta e

²² Refere-se à abulia como uma incapacidade de agir e como inibições da vontade. A abulia poderia ser determinada por um duplo mecanismo psíquico, mas que traria um mesmo resultado. Primeiro, a abulia poderia ser meramente fruto de uma fobia: quando a fobia se acha vinculada a uma ação do próprio sujeito e não a uma expectativa de fato externo. Neste caso a inibição da vontade é causada simultaneamente à realização da ação. Segundo, as abulias são causadas pela associação de afetos não resolvida e que impedem que se faça outras associações com qualquer uma que seja incompatível com a primeira associação (Freud, 1895a)

²³ Segundo Freud e Breuer (1895b), a conversão histérica seria a expressão de um recalque que deveria ter sido feito e não o foi adequadamente (emprego anormal de excitação sem descarga), então o sintoma corporal surge como forma de compensá-lo.

Freud foi chamado. Ao atender o menino, achou-o apático e então, sem hipnose, mas sob os pedidos enérgicos da mãe, o menino contou que

quando voltava da escola para casa, ele fora a um mictório e um homem lhe mostrara o pênis e pedira-lhe que ele o pusesse na boca. O garoto fugira apavorado e nada mais lhe tinha acontecido. Mas a partir daquele instante, adoeceu. Tão logo fez sua confissão, recuperou-se inteiramente. Para produzir a anorexia, a dificuldade de engolir e os vômitos, vários fatores se fizeram necessários: a natureza neurótica inata do menino, seu intenso pavor, a irrupção da sexualidade em sua forma mais crua no seu temperamento infantil e, como fator especificamente determinante, a idéia de repulsa. A doença deveu sua persistência ao silêncio do menino, que impediu a excitação de encontrar sua saída normal (Freud, 1895b, edição eletrônica).

Ainda no ano de 1895, no “Manuscrito G”, observou os vínculos entre depressão e anorexia:

A neurose alimentar, dita anorexia, pode comparar-se à melancolia. A anorexia mental das mulheres jovens, que é um distúrbio bem conhecido, aparece, depois de uma observação prolongada, como uma forma de melancolia nos sujeitos de sexualidade ainda não inteiramente desenvolvida. A doente assegura, então, que não come simplesmente porque não sente fome. Há, pois, uma perda do apetite e, no domínio sexual, perda da libido (Freud, *apud* Bidaud, 1998, p. 19).

Em 1899, escreveu uma carta a seu amigo e confidente Wilhelm Fliess, também médico, descrevendo seus estudos e correlacionando anorexia mental à corrente auto-erótica na histérica:

Por que uma certa X... sofre de vômitos histéricos? É porque, na imaginação, ela está grávida. Insaciável, ela não pode, com efeito, abrir não de portar em si o filho de um último amante imaginário. Mas também vomita porque, de certa forma, passa fome, emagrece, perde sua beleza e não mais poderá agradar. É assim que o sintoma representa a realização de dois desejos contraditórios (Freud, *apud* Bidaud, 1998, p.19).

Desta forma a anorexia é um sintoma de conversão, cujo recalque incide sobre o erotismo oral: “a zona buco-labial fortemente erotizada faz surgir, na seqüência de uma inversão, a repulsa alimentar” (Bidaud, 1998, p.20). A erotização oral (recalcamento de uma fantasia de felação) é também observada por Freud no caso Dora, apesar da paciente apresentar secundariamente a anorexia (Bidaud, 1998).

Abraham, discípulo de Freud e um dos principais nomes da psicanálise alemã, estudou a importância que o erotismo oral tinha na formação do caráter, entre outros temas. Em seu livro *Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux* (conhecido como “História da Libido”) sustenta a idéia base de que cada psicopatologia está vinculada a um momento do desenvolvimento psicosexual. A psicose maníaco/depressiva e a neurose obsessiva são frutos de uma mesma fase libidinal (etapa sádico-anal) e apresentam, nesta etapa, os mesmos sintomas (Mezan, 1999). Segundo Bidaud

Karl Abraham irá trilhar a via aberta por Freud, mas orientando seu trabalho em direção às fases pré-genitais do desenvolvimento, a fase oral canibalística e o prazer ligado ao controle anal. Recusando-se a comer, o sujeito, cuja libido regrediu à fase oral, proíbe-se de satisfazer seus desejos de canibalismo e cede à auto-punição, deixando-se morrer (1998, p.20).

Janet, ex-aluno de Charcot, contemporâneo de Freud e que havia cunhado o termo “inconsciente”, no início do século XX, estudou várias pacientes anoréxicas, nas quais observou que o medo de engordar estava aliado à tentativa de manter o corpo pequeno, magro, aparentando um corpo infantil e retardando a maturidade sexual. Propunha que a anorexia distinguia-se em duas formas: obsessiva e histérica. Na primeira forma, obsessiva, as pacientes sentiam fome, mas recusavam a alimentar-se devido ao medo de engordarem e tornarem-se mulheres adultas. Há

o sentimento de vergonha do corpo feminino. Na segunda forma, histórica, realmente as pacientes perdiam o apetite, apresentavam sintomas somáticos como dor de garganta, sensações ruins na boca, com vômitos e regurgitações. Esta forma era encontrada com menos frequência nas pacientes anoréxicas (Abuchaim, 2002).

Janet e Freud ao perscrutarem o que a falta de apetite significava, proporcionaram um grande avanço conceitual para a anorexia.

No período, que vai de 1900 a 1940, a anorexia nervosa é tratada a partir de dois modelos: biológico e psicanalítico. Porém o tratamento feito a partir de um modelo excluía o uso concomitante do outro, o que diminuía as chances de sucesso no tratamento (Abuchaim, 2002).

O modelo biológico preconizava que a anorexia era desencadeada por uma disfunção de órgãos ou glândulas. Daí que o tratamento era meramente orgânico.

Em 1914, o patologista alemão Simmonds, ao fazer autópsia em uma jovem anoréxica observou que sua glândula pituitária estava destruída. Passou-se então a administrar extratos de glândula pituitária a todas pacientes que apresentavam grande perda de peso, o que favoreceu a confusão entre a patologia da anorexia com a “doença de Simmonds” (caquexia hipofisária). Somente em 1930, de causa, o problema na glândula pituitária transformou-se em efeito, quando Berkman afirmou que, após o estudo em 117 pacientes, a insuficiência pituitária era a consequência do estado de inanição e não a sua causa. Esta pesquisa reabilitou a anorexia como uma entidade clínica diversa da “doença de Simmonds” ou caquexia hipofisária. Em 1948, devido aos estudos de Sheehan e Summer, já não há mais dúvida quanto ao diagnóstico diferencial destas duas patologias (Abuchaim, 2002).

A partir de 1940, o avanço das teorias psicanalíticas, mesmo quando não tinham por escopo tratar diretamente da anorexia, chama a atenção para as

motivações subjacentes que deflagrariam a somatização através do aparecimento da anorexia nervosa.

Segundo Bruch, nos anos de 1940, a linha de tratamento psicológico se dividia em duas correntes: aquela que lidava com o sintoma central como sendo o componente “oral” da anorexia e com o significado simbólico deste componente para a doença; a outra corrente é aquela que se interessava pela personalidade dos pacientes e seus estilos de vida, enfatizando os distúrbios do ego e das relações interpessoais (*apud* Abuchaim, 2002).

Conforme Abuchaim (2002), nas décadas de 1950 e 1960, o tratamento exclusivamente psicanalítico clássico, não surtiu os efeitos esperados, isso abriu caminho para que a anorexia fosse entendida como uma patologia que é multideterminada por fatores biopsicossociais.

Gorgati (1999) alerta para o fato de que, atualmente, os transtornos alimentares carecem de pesquisas que meçam a eficácia dos modelos psicoterápicos no tratamento da anorexia, malgrado já se constatar que a abordagem cognitiva comportamental tem conseguido alguns êxitos.

A dificuldade em pesquisar estes resultados e compará-los é, entretanto, metodológica, pois os sintomas não são tratados isoladamente, mas globalmente, numa atividade em que se busca a tradução do sentido dado particularmente por cada paciente e não somente a eliminação dos sintomas. Independente da linha psicoterapêutica adotada, todo o tratamento deve ter como ponto inegociável a retomada do peso corporal, para só então dar início ao processo terapêutico²⁴.

²⁴ Freud ao dissertar sobre o campo de aplicação da psicoterapia analítica contra-indica seu uso quando se visa à eliminação de um problema que precisa ser resolvido rapidamente: “Não se deve recorrer à psicanálise quando se trata de eliminar com rapidez fenômenos perigosos, como, por exemplo, na anorexia histérica” (Freud, 1905, edição eletrônica).

Entretanto, ao lado de fatores psicológicos, os fatores socioculturais também começaram a aparecer nas publicações médicas, apontando-se o ideal de beleza, cada vez mais pautado num corpo feminino magro, como fator precipitante da anorexia.

2.2 – A MEDICINA SOB A PERSPECTIVA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

No item anterior o objeto deste estudo, a anorexia, foi descrito em termos históricos e do ponto de vista da medicina, tanto com a intenção de melhor definir o recorte do objeto na realidade, quanto com a intenção de localizá-lo num contexto social, o qual é constituído não só pela história, mas também pelo saber médico.

A medicina, apesar de estar pautada no conhecimento biológico, natural, é uma ciência humana, ou seja cultural, à medida que o seu objeto, o corpo dos humanos, é composto tanto por uma parte natural quanto cultural. Além disso, a medicina é uma crença/ciência, o que a faz ser objeto de estudo da sociologia do conhecimento. Será, portanto, oportuno, abriremos um parênteses para lembrarmos dos estudos de Foucault a respeito da medicina, como um saber-poder, para melhorar explicitar o papel do Estado, da medicina no tratamento e prevenção da anorexia.

Os saberes de um modo geral são concebidos na obra de Foucault como resultado de um tipo específico de poder, o poder disciplinar. É este tipo de poder que vai possibilitar a constituição de um campo de saber e, por sua vez, o saber transforma-se em poder capaz de constituir novas relações de poder. O saber produz uma relação de poder através do discurso, o qual funda a ética e a verdade.

Foucault elaborou uma teoria do poder que vai além daquela proposta por filósofos políticos e juristas, que coincidem o poder com o Estado ou com um direito, e além da teoria inspirada no modelo econômico, que o vê como uma mercadoria, que pode gerar relações de trocas econômicas ou reproduzir a dominação de

classe²⁵. Não há tampouco um poder localizado em algum ponto da estrutura social, mas sim um poder difuso na vida social, funcionando em uma rede que engloba a todos os indivíduos, sem que haja alguém alijado do poder. “Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona” (Machado, 2004, p.XIV, grifo do autor), que está em estado de constante mudança, uma vez que é uma prática social, construída historicamente.

Segundo Foucault (2004), há duas maneiras de estudar-se o poder, designadas, por ele, de “ascendente” e “descendente”. A primeira, “ascendente”, seria o estudo do poder a partir da noção de poder uno do Estado, em que o poder partiria do Estado até os escalões mais baixos da sociedade. A segunda maneira, “descendente”, adotada por ele, propõe um movimento inverso, ou seja, fixar o ponto de partida do estudo do poder nas várias formas em que ele (micro-poder) se apresenta nos setores da sociedade moderna capitalista, tais como a produção de determinados saberes, e relacionar estas formas de poder ou micro-poderes ao aparelho de Estado.

Assim, entende-se como o estudo dos saberes tem fundamental importância na obra de Foucault, pois é a maneira privilegiada de apreender-se a constituição do poder, uma vez que este se encontra difuso na vida social sob a forma de micro-poderes exercidos difusamente na vida cotidiana.

O que Foucault denominou de “microfísica do poder” é mais amplo do que uma nova atitude metodológica de estudo do poder através de seu deslocamento espacial, é também a consideração do poder existente nas extremidades do poder

²⁵ Machado (2004) adverte que esta teoria do poder deve ser aplicada com parcimônia sobre novos objetos, uma vez que Foucault formulou esta teoria quando estava interessado em estudar a história da penalidade, o poder exercido sobre os corpos dos apenados através de uma tecnologia própria de controle, o *Panopticon*, também presente nos hospitais, no exército, nas escolas e fábricas.

Estatal, nas diversas formas periféricas da rede social, formando complexos micro-poderes que podem ou não estar integrados ao poder central do aparelho estatal. E o aparelho de Estado “é um instrumento específico de um sistema de poderes que não se encontra unicamente nele localizado, mas o ultrapassa e complementa” (Machado, 2004, p. XIII).

Foucault concebe o poder não apenas como uma força negativa e repressiva, mas como algo também positivo e construtor:

se o poder só tivesse a função de reprimir, se agisse apenas por meio da censura, da exclusão, do impedimento, do recalçamento, à maneira de um grande super-ego, se apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos positivos a nível do desejo – como se começa a conhecer– e também a nível do saber. O poder, longe de impedir o saber, o produz (Foucault, 2004, p.148).

Em seu livro *Vigiar e Punir*, Foucault passa a descrever a mudança nas relações de poder que ocorreram nos séculos XVII e XVIII. A mudança diz respeito à substituição gradativa do poder jurídico, representado pela soberania do Estado, pelo poder da tecnologia, representado pela disciplina. Nesta mesma linha de transição, a lei é substituída pela norma. Enquanto o poder da soberania recai sobre os bens dos súditos, apropriando e expiando seus bens, o poder disciplinar “é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e retirar, tem como função maior *adestrar*; ou sem dúvida adestrar para retirar esse apropriar ainda mais e melhor” (Foucault, 2001, p.143, grifo do autor).

O poder disciplinar, um tipo de poder múltiplo, relacional, automático e anônimo, é exercido através da disciplina, uma técnica específica do poder. O poder disciplinar possui viés econômico, quando gere a vida dos indivíduos de maneira potencializar ao máximo sua capacidade para o trabalho, fazendo crescer suas

aptidões e habilidades e conseqüentemente gerando mais lucros. O viés político pode ser observado quando o poder disciplinar torna os indivíduos mais dóceis, reduzindo sua capacidade de revolta, de contra-poder (Machado, 2004, p. XVI)²⁶. Desta forma, o poder disciplinar ao visar “fabricar” indivíduos úteis, manifesta-se não exteriormente a eles, mas sim nos seus corpos, pois a disciplina possui “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade utilidade”(Foucault, 2001, p.118). Ao mesmo tempo em que a disciplina exerce um saber, ela também produz um poder e, mais, produz o indivíduo.

Não é qualquer poder que tem o condão de individualizar, mas especificamente o poder disciplinar presente nas práticas e saberes médicos, psiquiátricos, militares, políticos etc.

a individualização é máxima do lado em que se exerce a soberania e nas regiões superiores do poder [...], em um regime disciplinar a individualização, em contrapartida, é “descendente”: à medida que o poder se torna mais anônimo e funcional, aquele sobre quem ele se exerce tendem a ser mais fortemente individualizados; e isso por vigilâncias mais do que por narrativas comemorativas, por medidas comparativas, que têm a “norma” como referência, e não por genealogias que apresentam os ancestrais como pontos de referência; por “separações” mais do que por proezas (Foucault, *apud* Machado, 2004, p. xx).

O poder disciplinar, a partir da segunda metade do século XVIII, é complementado pelo biopoder, ambos interpenetrando-se e coexistindo no mesmo tempo e espaço, porém há algumas diferenças entre tais mecânicas de poder. Enquanto o poder disciplinar age no corpo do indivíduo, adestrando seus gestos, comportamento e normalizando o prazer, o biopoder aplica-se em suas vidas, não como indivíduos, mas como população, interferindo nos fenômenos coletivos que

²⁶ Para Foucault (1996), qualquer poder contém sempre um foco de resistência, um contra-poder. Qualquer relação de poder só é possível partindo do pressuposto que os sujeitos gozam de liberdade. Um sujeito sem liberdade equivale a uma coisa, um objeto contra o qual pode-se exercer qualquer tipo de violência sem que haja resistência, ora, isso é dominação e não relação de poder

podem afetar esta população. Daí interessar ao biopoder os processos tomados em conjunto, na coletividade, tal como as taxas de nascimentos e mortes, de vitalidade, de fecundidade de uma população. Se o poder disciplinar deu origem ao saber das ciências humanas e possibilitou o surgimento da categoria indivíduo, o biopoder também deu origem a uma extensa produção de saberes, principalmente da Estatística e da Biologia, a cidade e a população foram alvo das preocupações demográficas, políticas de natalidade, contensão de endemias, ou seja, de higienização (Pogrebinschi, 2004).

Segundo Caponi (2004), ineditamente o biológico passa a ingressar no campo político, a vida da população passa a entrar no espaço do controle do saber e da intervenção do poder. A preocupação política maior é a de aumentar o vigor e saúde da população, e o sujeito como portador de direitos passa a ocupar um lugar secundário na política. Surge, assim, a biopolítica, termo usado para nominar o processo de transformar a vida em algo passível de cálculos e dar-lhe uma certa previsibilidade, disso resultando o saber-poder como agente de transformação da vida humana:

A política médica, que se delineia no século XVIII em todos os países da Europa, tem como reflexo a organização da família, ou melhor, do complexo família-filhos, como instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos: fizeram-na desempenhar o papel de articulação dos objetivos gerais relativos à boa saúde do corpo social com o desejo ou a necessidade de cuidados dos indivíduos; ela permite articular uma ética 'privada' da boa saúde (dever recíproco de pais e filhos) com um controle coletivo da higiene e uma técnica científica da cura, assegurada pela demanda dos indivíduos e das famílias, por um corpo profissional de médicos qualificados e como que recomendados pelo Estado (Foucault, 2004, p. 200).

Nesta época surge na Alemanha a "polícia médica" cuja finalidade é de levantar as taxas de nascimento e morte, bem como dos fenômenos epidêmicos ou

endêmicos; de normalização da atividade médica, ou seja, “antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico” (Foucault, 2004, p.83).

Na França, o conceito de salubridade do espaço urbano, um problema político científico, transforma a disposição urbana (medicalização da cidade): mudança do lugar dos cemitérios, uma política sanitária e, ao menor sinal de perigo, decretava-se a quarentena.

A Inglaterra, pioneira na medicina social, teve sua “Lei dos pobres”, a qual visava o controle médico desta população, exercido pelo *health officers*, através de uma assistência-proteção e assistência-controle, pois os pobres, à medida que ficavam à mercê de seus próprios cuidados, colocavam em risco as classes ricas. A este sistema assistencial, ainda se contava com dois outros: o administrativo, encarregado da saúde pública, e o privado, destinado aos que podiam pagar. Na Inglaterra da segunda metade do século XIX, o controle médico-assistencial foi tão invasivo e autoritário que contra ele eclodiram várias insurreições anti-médicas.

O poder disciplinar e o biopoder (biopolítica) estão sempre se sobrepondo. Bons exemplos disto são citados por Foucault como sendo a sexualidade e o saber poder da medicina. Estes trazem imiscuídos os processos disciplinares e biológicos, individualizantes e massificantes, controladores e reguladores²⁷.

A medicina, no século XVIII, exerce um papel muito importante nas estruturas administrativas e na maquinaria do poder: mais de técnica geral de saúde, do que de curar as doenças. Os médicos desenvolvem tanto atividades administrativas, que lhe são fixadas, como atividades de inquiridores sobre os dados da saúde da população, suas doenças, seus hábitos de vida, ou seja, forma-se um saber médico-

²⁷ Coerente com sua teoria do poder, em que há sempre uma margem para o contra-poder, Foucault situa este contra-poder nos ritos religiosos que até hoje as pessoas ainda recorrem para curar suas doenças. Este fato não seria resíduo das crenças arcaicas, mas uma resistência que tem a forma política de luta contra a medicalização autoritária, a socialização da medicina e o controle médico sobre a população pobre (Foucault, 2004, p. 97).

administrativo do qual se originou a economia social e a sociologia do século XIX. Além disso, exercem uma ascendência político-médica sobre a população, ao prescreverem formas gerais de existência e de comportamento (alimentação, bebida, sexualidade, fecundidade, vestimenta e organização de seu meio ambiente) e de cuidado das doenças. Daí as asserções feitas por Foucault: “o corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (2004, p.80).

A coexistência desses dois poderes (disciplinar e biopoder) é possível através da norma, elemento que perpassa estes poderes e estabelece o equilíbrio entre a ordem disciplinar do corpo e a ordem aleatória da população, pois “a norma pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar” (Foucault, 1999, p. 302). É por isso que se tem o que Foucault chamou de “sociedade de normalização”, formada pela norma da disciplina e da regulamentação, em que indivíduo e população, corpo e vida, individualização e massificação, disciplina e regulamentação coexistem.

No século XIX, a medicina moderna consolidou-se com a bacteriologia, possível quando Pasteur e Koch descobriram o bacilo causador da tuberculose. Desde então, a teoria da transmissão dos germes foi hegemônica na explicação da gênese das doenças. A explicação monocausal, que relacionava diretamente a etiologia das doenças a microrganismos, fez com que o doente e seu ambiente ocupassem um plano secundário, “a doença, e não o paciente, se tornava assim a preocupação principal do médico” (Rosen, *apud* Torres, 2002, p. 11). A preocupação do Estado, especificamente da Saúde Pública, foi a de conter o curso das doenças transmissíveis, que constituíam o principal problema de saúde pública, através da ação interventora e controladora dos médicos higienistas. E ainda ocorreu, como bem observou Turner (1989), que o predomínio da explicação dos microrganismos

como a causa das doenças possibilitou que a medicina pudesse ser apresentada como uma ciência exata e, portanto, livre de valores, à margem das questões teológicas, sociais e morais.

A monocausalidade mostrou-se insuficiente para explicar a ocorrência das doenças, e no século XX, ampliou-se o modelo de causalidade para as concepções multicausais, incluindo variáveis sociais e psíquicas, porém, a base biológica do conceito de doença ainda se manteve.

Uma das vertentes multicausais das doenças é a “imputação etiológica a partir da cultura” que considera a doença como gênese social, relacionada à educação, à política e à cultura (Laplantine, 1991, p. 70). As primeiras doenças a serem explicadas pelas causas sociais foram as mentais. Laplantine cita como exemplo as obras de Reich, que considerava a “moral familiar” e a “repressão social” elementos deflagradores das doenças, e a escola americana de Palo Alto, que pesquisando o que poderia provocar a doença em um indivíduo de determinado grupo, encaminha-se pelo estudo da patologia da comunicação²⁸.

Segundo Laplantine, é impossível negar a influência que estes estudos tiveram na década de 1970 no chamado movimento “antipsiquiátrico”. Mais tarde, essas idéias, de que a etiologia das doenças não se situa no indivíduo (organicamente ou psicologicamente considerado) mas, sim, nas relações sociais, tiveram um grande número seguidores²⁹. Como exemplos do novo enfoque da

²⁸A Escola de Palo Alto, situada na Califórnia, EUA, foi fundada a partir de um grupo de pesquisadores que formavam o *Mental Institute Research*, cujo expoente era Gregory Bateson, biólogo e antropólogo, que, conjuntamente com psiquiatras e psicoterapeutas, se interessaram pela questão de Bertrand Russell: a compreensão dos fenômenos de auto-regulação nos seres vivos. Daí o estudo da comunicação entre os animais e entre os humanos. Segundo Laplantine, é a partir dos trabalhos sobre comunicação e patologia que “vão ser elaboradas as noções de patologia da família, bem como a terapia familiar, que podemos assim resumir: apreender a família enquanto sistema perturbado (o que é patogênico não é tal membro do grupo, mas o sistema global de suas relações); em seguida, agir não sobre os conflitos intrapsíquicos como em psicanálise, mas sobre as relações de comunicação” (1991, p.92).

²⁹ Laplantine ressalta a importância que a causalidade social das doenças representa para o etnólogo, pois a doença começa a perder sua matriz universal (o orgânico), embora para os militantes da tendência dominante na medicina, a biomédica (e não a sóciomédica), isso pode significar um

medicina, o Dr. Capentier afixou em seu consultório alguns textos seus sobre a doença, tais como: “[É] a ordem social [que] nos deixa doentes” e “a medicina é uma atividade política”. E também a seguinte conclusão: “Agora se sabe bem que a doença é o resultado físico e psíquico dos conflitos e das rebeliões contra o esquema imposto: familiar, social econômico e político (se é que ela não é apenas isso, o que ainda falta provar)” (*apud* Laplantine, 1991, p.72).

Agora, retornando à questão da anorexia, podemos claramente relacioná-la tanto ao poder disciplinar quanto ao biopoder exercidos pela medicina e pelo poder Estatal, da seguinte maneira:

a) a questão do peso corporal tornou-se uma questão de “saúde coletiva”, atraindo, como já se disse anteriormente, a atenção de diversos órgãos do poder estatal que se utilizam da norma para coibir os fatores que são considerados desencadeantes da anorexia. Convém novamente lembrar, a título de exemplo, as ações do Ministério Público e do Poder Legislativo – através de um projeto de lei – que visam regular a exposição de modelos muito magras, quer pela saúde delas, quer pelo efeito mimético que a moda e as modelos possuem sobre a população em geral (ver anexos 1, 2 e 3);

b) o poder autoritário do discurso médico. Embora a anoréxica na maioria das vezes não reconheça o seu corpo como doente, o discurso médico, através de seus cálculos e do conceito de normalidade, imputa-lhe o estado de doença, muitas vezes sendo a doente hospitalizada através de uma ordem judicial, a contragosto da própria anoréxica ou de sua família (veja o caso da menina de 15 anos de Feira de Santana/BA, descrito no capítulo 1);

c) a medicina usa de critérios e cálculos (ex. o cálculo do índice de Massa Corporal – IMC) para classificar e enquadrar os indivíduos dentro ou fora de padrão “retorno ao obscurantismo” da medicina (1991, p. 72).

considerado normal pela estatística. Esta possui, hoje, grande a influência na medicina como meio de se verificar/controlar tantos fatores naturais, como nascimentos e óbitos como verificar a incidência de determinadas doenças consideradas transmissíveis (para isso usa-se códigos de doenças e de tabulação de dados constantes no Código Internacional de Doenças –CID). O uso exclusivo destes parâmetros muitas vezes impede que se compreenda o indivíduo dentro de seu contexto social e cultural;

d) o próprio CID é um meio de racionalidade médica: ele esquadrinha não só os sistemas que compõem o corpo humano, como as doenças específicas capazes de afetá-lo (ex. o sistema digestivo e as doenças que o afetam), da mesma forma que delimita as especialidades médicas constituídas em relação ao esquadrinhamento do corpo (ex: ao sistema digestivo corresponde à especialidade: do médico gastroenterologista), constituindo cada vez mais áreas de discursos mais especializados e, por isso, cada vez mais restrito a um grupo de estudiosos;

e) a cura muitas vezes prescreve uma mudança nos hábitos quotidianos da doente. Exigindo uma rígida disciplina (ex.: a anoréxica deve passar por uma nova reeducação alimentar, por uma doutrinação moral em que lhe é dito o risco que ela está correndo se teimar em não seguir as prescrições médicas e retornar aos seus antigos hábitos alimentares);

f) o discurso médico recruta pessoas da confiança da anoréxica para ajudarem a reafirmar a necessidade de mudança em seus hábitos;

g) lembrando o caso da doença clorose, que hoje não é mais diagnosticada, seus sintomas atualmente seriam classificados como indicadores de um quadro anoréxico, ou seja, a classificação das enfermidades são fenômenos sociais, mudam conforme os valores sociais. Da mesma forma um indivíduo que na renascença seria

considerado normal teria hoje suas medidas classificadas como próprias de um obeso.

Será também oportuno, visando a maiores esclarecimentos sobre a medicina como uma ciência com arraigadas bases sociais, expor a teoria de Turner (1989) que a concebe como especialização do pecado, da enfermidade e do desvio.

Turner sustenta que a medicina substituiu a religião como guardiã social da moralidade, por uma medicalização do corpo e da sociedade. Para desenvolver sua hipótese, leva em consideração três tipos ideais de sociedade: pré-moderna, de transição e moderna.

Na verdade, a mudança da moralidade da religião para a medicina tem por questão de fundo os problemas do conhecimento e da ordem, pontos fulcrais na sociologia de Durkheim, articulados através dos sistemas classificatórios (informantes da moral e por isso exercendo relação externa e coercitiva com os indivíduos), e como estes sistemas classificatórios transitaram da sociedade de solidariedade mecânica à de solidariedade orgânica.

Nas sociedades pré-modernas, as distinções classificatórias entre a enfermidade, o desvio e o pecado ou são inexistentes ou são subdesenvolvidas. A etiologia da enfermidade e do desvio encontrava-se na condição moral do indivíduo. Estas sociedades possuíam uma “membrana exterior” que guardava o núcleo moral e sagrado da sociedade, a consciência coletiva, contra as pragas de feitos anti-sociais considerados como os fenômenos da enfermidade, do desvio e do pecado. Estas “pragas” tanto eram necessárias porque mobilizavam os indivíduos, reuniam-nos em rituais de exclusão e inclusão, visando manter a pureza interna do sistema e desta forma reforçando a consciência coletiva. O que feria a sociedade, a sua consciência coletiva, era violentamente reprimido e castigado, geralmente em praça

pública e no corpo do ofensor. À medida que não havia delimitação classificatória entre a enfermidade, o desvio e o pecado, também não havia a especialização entre profissionais médicos, advogados e clérigos, pois estas tarefas eram executadas indistintamente pela religião.

Em uma sociedade de transição, há uma maior especialização profissional entre as atividades da religião, da medicina e da lei. Na Inglaterra de 1511, os médicos começaram a exigir o monopólio na atividade curativa, contrariando muitos astrólogos e barbeiros que, à época, praticavam cirurgia. Assim,

os pecados, os crimes e as enfermidades começaram a desagregar no mapa classificatório dos problemas humanos e criaram-se instituições especializadas de controle e vigilância – hospitais, asilos e prisões – para abordar problemas sociais específicos (Turner, 1989, p. 257).

Outra mudança foi verificada pelo descobrimento, como já mencionado, da influência dos microrganismos no desenvolvimento das doenças, a partir dos estudos de Pasteur e Koch. Assim, a causa das doenças estava diretamente ligada aos microrganismos, fazendo com que a medicina pudesse apresentar-se como uma ciência neutra, livre de pressupostos teológicos ou morais. Por outro lado, esta reconfiguração do campo profissional requereu a expansão do Estado e fez com que este assumisse para si o monopólio da efetiva coação legal.

Na sociedade moderna, o papel público dos profissionais da religião é atenuado e a consciência coletiva torna-se indistinta. Aquele interior da sociedade, seu o núcleo moral, é diminuído pela industrialização, a urbanização e a modernização da consciência. Os resquícios morais advindos de outras gerações serão apropriados e dominados pela medicina e pela lei.

O que conta como pecado é em boa medida cerceado em favor dos conceitos de enfermidade e crime. Por sua vez, o que se tem como

crime ou desvio é pouco a pouco incorporado pela medicina, a medida que as formas de desvio (o alcoolismo, a enfermidade fingida, a homossexualidade e a dissidência política) são englobadas e incluídas sob a enfermidade (Turner, 1989, p. 258).

Como resultado, temos que a medicina e o direito são duas disciplinas profissionais de importância vital para a manutenção dos interesses prudenciais (prevenção de desvios) e manutenção da sociedade complexa. Nas palavras de Margolis, temos

a lei, em termos da restrição do dano ou de ameaça de dano a estes interesses; a medicina, em termos de garantir a integração funcional do corpo (ou da mente, ou da pessoa), através do cuidado da cura, o bastante para o exercício de nossos interesses prudenciais (*apud* Turner, 1989, p. 258).

Segundo Turner, o Estado passa, pois, a regular o corpo por meio de uma variedade de aparatos ideológicos, principalmente através da lei familiar (organizadora da sexualidade e dos papéis masculino e feminino) e da medicina preventiva. O moderno regime médico se baseia em disseminar um modo de vida ascético como meio de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, prevenção das doenças do coração, do câncer, do estresse que deflagra várias outras doenças. Assim, as normas religiosas do que é considerada uma vida digna são apropriadas pela medicina, mas sob a roupagem de uma suposta ciência neutra da enfermidade e é propagado um modo de vida ascético sob bases laicas, tornando-se, a medicina, um “marco moral de segunda ordem” (Turner, 1989, p. 258).

Nota-se que atualmente a medicina preventiva ocupa, principalmente nos países mais pobres, um lugar de destaque, talvez porque seja a forma menos onerosa para o Estado cuidar de sua obrigação para com a saúde.

A prática institucionalizada da medicina preventiva é a assistência sob a forma de “vigilância” e “promoção” à saúde. A vigilância da saúde compreende não apenas os objetivos e métodos da tradicional vigilância epidemiológica, através da intervenção e monitoramento das doenças como forma de cuidar da saúde, mas também inclui a preocupação vigilante de outras questões sociais, como as nutricionais, ambientais, de saúde mental, de relações entre saúde e trabalho ou de violência. Busca também acompanhar não apenas agravos e riscos, mas a própria adesão a cuidados de saúde, como a adoção de medidas de autocuidado e a frequência a consultas. Já a promoção da saúde visa intervir não apenas naquilo que se deve evitar para que as doenças não se instalem, mas também visa apontar atitudes a tomar para que se possa viver de forma saudável e estabelecer metas que devem ser alcançadas para ter uma boa qualidade de vida, em termos de hábitos positivos do ponto de vista físico, mental, emocional, cultural, ambiental etc. (Ayres, 2002).

Nestas sociedades modernas, o novo estatuto da doença – de base natural e não religiosa – associa-se às questões morais e sociais, assim como a medicina não está somente restringida a sua função curativa de doenças, mas sim se integrou a um movimento de educação dos cidadãos em busca de uma vida considerada digna e saudável.

À medida que a doença pode ser controlada pela higiene social (medidas de saneamento básico, controle das epidemias, vacinação etc.) e pela educação individual, através da aquisição de modos adequados de vida (vida saudável), crê-se que a doença é um estado totalmente controlável e que até certo ponto pode-se eleger estar ou não doente, conforme se tem ou não hábitos racionais de vida, tal

como fazer exercícios regularmente, ter uma alimentação saudável e sem abusos, evitar a promiscuidade, as gorduras, o fumo, as drogas etc.

As atividades que ameaçam a saúde do indivíduo são consideradas como anti-sociais e, em conseqüência, encontram-se sujeitas à estigmatização. Esta estigmatização nas relações quotidianas deve considerar-se em um contexto no qual o Estado intervém de maneira progressiva na regulação da conduta que afeta a saúde; por exemplo, no controle da publicidade de cigarros. Podemos sustentar, portanto, que, apesar do objeto teórico da medicina se encontrar diferenciado e secularizado, esta é essencialmente medicina social, devido a que é uma prática que regula as atividades sociais sob os auspícios do Estado (Turner, 1989, p. 271)

Na medicina preventiva, em que o conceito de “risco” ocupa posição central, a manifestação ou ocorrência das doenças é associada à noção de cálculo e causa. Calcula-se qual a população que corre o risco de ser afetada por tal doença, calcula-se quais os estilos de vida que mais predis põem determinados indivíduos à doença, desde que se saiba qual a causa ou agente patológico determinante daquela doença e como impedi-los. O risco, no campo da saúde, assemelha-se muito ao “auto-gerenciamento”, pois se supõe que os indivíduos, a partir do conhecimento sobre as causas das doenças, podem assumir atitudes que visem ou impedir o aparecimento da doença ou então criar hábitos de vida que reforcem o estado de saúde plena.

A existência de uma retórica da saúde leva tanto à recusa da doença quanto à sua estigmatização, percebendo-se a doença cada vez mais como um desvio em relação à normalidade natural (Canguilhem, 2006), pois se afasta dos padrões biológicos, físicos e psicológicos, ou às normas socioculturais (Parsons, 1965), porque as doenças nos impedem de cumprir os compromissos sociais aos quais deveríamos obedecer. Isso leva-nos a crer que de qualquer maneira, a doença é sempre vista em relação às normas morais, pois são percebidas como o sinal mais

concreto e evidente de nossa incapacidade de cumprir nossas responsabilidades tanto na vida privada quanto na vida pública (Marzano-Parisoli, 2004).

Se, por um lado, a sociedade estigmatiza aqueles doentes que assim estão por causa de seus “maus hábitos de vida”, doentes “auto-induzidos” que assumiram os riscos de ficarem doentes, por causa de sua maneira considerada “inconseqüente e irresponsável” de submeter-se aos riscos da vida desregrada e repleta de abusos, a sociedade também se beneficia da doença como um fator de união de forças. Como bem notou Durkheim, a sociedade se une contra este mal exterior que é representado pela doença³⁰. Assim é que se fazem verdadeiras cruzadas contra as doenças, tais como o sarampo, contra a vida sedentária, contra a alimentação desregrada, contra o fumo, o álcool, as drogas, a obesidade, o estresse etc., capazes de mobilizar os indivíduos pela causa da vida saudável e menos onerosa para o Estado.

Novamente remeto às ações estatais representadas pelo Ministério Público e Poder Legislativo no Brasil (ver anexos 1, 2 e 3) visando prevenir a anorexia e além disso acrescenta-se a notícia de que na cidade italiana de Varrallo quem estiver acima do peso receberá dinheiro da prefeitura caso consiga emagrecer³¹. Têm-se, nestes dois exemplos, que parecem ser contraditórios (anorexia e obesidade), mas que na verdade são similares, a intenção do poder estatal em difundir os hábitos e modos de corpos que são considerados saudáveis e ideais a uma vida digna. Desta

³⁰ Augé ao discorrer sobre a ordem biológica e a ordem social, reconhece o paradoxo que a doença representa: ela é uma realidade individual e também social, diz respeito tanto à esfera privada quanto à pública. A doença é a realidade mais próxima dos dois momentos essenciais da vida humana, o nascimento e a morte, e em qualquer sociedade estes dois momentos são ritualizados. Assim, num terceiro momento, a doença, que ocorre entre estes dois outros, é também algo muito valorizado nas sociedades, por ser uma situação limítrofe, de transição, entre a vida e a morte (*apud* Borges, 2001).

³¹ O prefeito da cidade (com cerca de 7.500 habitantes) Gianluca Buonanno anunciou em 13/08/2007 o pagamento de 50 Euros aos homens que acima do peso normal que conseguissem emagrecer 04 quilos em um mês e às mulheres que no mesmo período perdessem 03 quilos. Aqueles que conseguirem manter o peso por pelo menos 05 meses receberão mais 200 Euros (O Estado de São Paulo, 14/08/2007).

forma, tanto a anorexia quanto a obesidade são atacadas pelas políticas públicas, pois são tidas como nocivas à ordem e aos interesses sociais.

2.2 – O FATO ALIMENTAR E A DIETÉTICA

Este capítulo trabalhará com as múltiplas faces do comportamento alimentar, já que o alimento não é apenas uma condição biológica, mas também social de sobrevivência.

O comportamento alimentar, independente da cultura, liga-se diretamente ao sentido de nós mesmos e à nossa identidade social, além de possuir uma função estruturante da organização social de um grupo humano³². Nenhum outro comportamento relaciona-se de modo tão íntimo à nossa existência quanto o ato de comer, pois disso depende nossa sobrevivência (Mintz, 2001). Em resumo, “somos o que comemos” (Feuerbach, *apud* Turner, 1989. p.71). O alimento, ao ser ingerido é incorporado e passa a participar de nossa vida corporal íntima. O alimento atravessa a fronteira do eu e o mundo, ele nos reconstrói e pode nos transformar. Por isso que quando controlamos a alimentação temos a impressão de controlar também a nossa vida cotidiana (Poulain, 2004).

Douglas demonstra como a natureza do alimento é, a um só tempo, social e muito íntima ao indivíduo:

Quando um homem utiliza um objeto, este torna-se parte dele e participa dele. A apropriação é muito mais íntima no caso dos

³² "Entende-se como prática ou comportamento alimentar todas as formas de convívio com o alimento. Entendido como um processo, constitui um conjunto de ações realizadas com relação ao alimento, que têm início com o momento da decisão; disponibilidade; modo de preparar; utensílios usados; características, horários e divisão da alimentação nas refeições do dia, preferências e aversões, encerrando processo com o alimento sendo ingerido" (Philippi, *apud* Dunker & Philippi, 2003).

alimentos. A apropriação precede a absorção, acompanha o cozinhar. O cozinheiro implica a apropriação total do alimento pelos membros da família. É quase como se antes de ser “absorvido interiormente” pelo indivíduo, o alimento fosse pré-digerido coletivamente pelo cozinhar. Não se podem partilhar os alimentos preparados pelos outros sem partilhar a sua natureza (Douglas, 2000, p. 150).

Durkheim visando a delimitar o campo da sociologia, em sua obra de 1895, *As Regras do Método Sociológico*, utilizou os princípios do positivismo, segundo o qual se deve considerar os fatos sociais como coisas, ou seja, exteriores aos indivíduos, e o princípio da autonomia do social, o qual postula que as causas de um fato social devem ser procuradas em um outro fato social. Estes princípios, que autorizam a delimitação dos fatos sociais, objeto das Ciências Sociais, permitem a redução do real às noções de causalidade e à percepção de uma regularidade que permitiria a extração de leis e, conseqüentemente, a autonomia da sociologia em relação a ciências já institucionalizadas como a filosofia, psicologia e a biologia.

Apesar da incomensurável importância desses princípios para a institucionalização da Sociologia, a autonomia do social apresenta-se como um inconveniente ao estudo dos objetos que extrapolam a territorialidade da disciplina, apresentando-se como interdisciplinares, tal como a alimentação o é³³. A alimentação pode ser tanto um fato social e, desta forma interessar às Ciências Sociais, pois é parcialmente determinada por mecanismos sociais, quanto pode ser um objeto biológico e psicológico (Poulain & Proença, 2003).

³³ Se os princípios do positivismo e da autonomia do social foram fundamentais à institucionalização da sociologia, hoje se percebe que esta se distanciou em relação ao positivismo e a autonomia do social tende a conviver com a pluridisciplinariedade e a interdisciplinariedade. Na sociologia atual há uma postura de tensão entre uma atitude objetiva, pautada no empirismo e no positivismo iniciais, e uma atitude compreensiva ou construtivista, na qual se dá ênfase aos processos cognitivos empregados, utilizando-se da fenomenologia, e contrapõe-se à exterioridade do objeto do conhecimento em relação ao sujeito e ao racionalismo do método experimental (Poulain & Proença, 2003).

Em *As Regras do Método Sociológico*, quando Durkheim se propõe a definir o “fato social”, ele percebe que a definição do qualificativo “social” é muito ampla, pois ele é usado comumente para

designar mais ou menos todos os fenômenos que ocorrem na sociedade, mesmo que apresentem, apesar de certas generalidades, pouco interesse social. Mas, partindo desta aceção, não há, por assim dizer, acontecimentos humanos que não possam ser apelidados de sociais. Mas, neste caso, não há, por assim dizer, acontecimentos humanos que não possam ser chamados de sociais (Durkheim, 1978, p.87).

Por isso, devido a esta amplidão, Durkheim passará a definir os fatos sociais de maneira negativa, determinando o que não se enquadra nesta categoria, e cita o comer, o beber como fenômenos biológicos e por isso não seriam fatos sociais (Poulain & Proença, 2003):

Cada indivíduo bebe, dorme, come, raciocina, e a sociedade tem todo interesse de que estas funções se exerçam regularmente. Assim, se estes fatos fossem sociais, a sociologia não teria objeto que lhe fosse próprio e seu domínio confundir-se-ia com os da biologia e o da psicologia. (Durkheim, 1978, p.87)

Mais adiante, ao invés de definir os territórios disciplinares, procura definir de maneira positiva os fatos sociais segundo aquilo que os distingue, asseverando que os fatos sociais “consistem em maneiras de agir, de pensar e de sentir exteriores ao indivíduo, e dotadas de um poder de coercitivo em virtude do qual se lhe impõem (Durkheim, 1978, p. 88). É nesta definição que Paul-Lévy observará a inclusão do alimentar como fato social, pois “as maneiras à mesa, as proibições e as obrigações alimentares, as instituições culinárias, por exemplo, podem depender sem dificuldade da sociologia e de sua definição durkheimiana” (*apud* Poulain, 2004, p. 171).

O próprio Durkheim faz reaparecer o comer e o beber como fatos sociais que são transmitidos às crianças através da educação:

toda a educação consiste num esforço contínuo para impor à criança maneiras de ver, de sentir e de agir às quais ela não teria chegado espontaneamente. Desde os primeiros tempos da sua vida que a coagimos a comer, a dormir, a beber a horas regulares. Coagimo-la à limpeza, à calma, à obediência; mais tarde, coagimo-la a ter em conta os outros, a respeitar os usos, as conveniências, a trabalhar, etc., etc. Se, com o tempo, essa coação deixa de ser sentida, é porque fez nascer hábitos e tendências internas que a tornam inútil, mas que só a substituem porque derivam dela (1978, p.89).

Além disso, no livro *As formas elementares da vida religiosa*, ao estudar o culto positivo, afirma que a alimentação, do ponto de vista sociológico promove a comunhão de indivíduos³⁴:

Ora, em inúmeras sociedades, acredita-se que as refeições tomadas em comum criam um laço de parentesco artificial entre os participantes. Parentes, com efeito, são seres naturalmente constituídos da mesma carne e do mesmo sangue. Mas a alimentação refaz continuamente a substância do organismo. Uma alimentação comum pode, portanto, produzir os mesmos efeitos que uma origem comum (Durkheim, 1989, p.405)

Prossegue comentando o trabalho de Smith sobre os banquetes sacrificiais, os quais, através da comunhão da mesma carne entre o fiel e seu deus, visariam estabelecer um grau de parentesco. Durkheim aceita o ponto de vista de Smith e acrescenta que o animal morto no banquete sacrificial ao ser comido, tem o poder de transferir seus poderes e princípios sagrados aos comensais. Porém, não amplia esta noção do fato alimentar às demais sociedades complexas. A reflexão sobre a incorporação mágica e as relações entre a alimentação e a construção das identidades sociais permanecem restritas ao religioso e aos “primitivos”, como se na

³⁴ Durkheim utiliza o termo “culto positivo” para designar a atividade ritualística expressa por uma ação afirmativa, geralmente associada às festas e que produzem a comunhão através dos alimentos ou das oblações (oferendas). É o contrário dos cultos negativos, os quais expressam uma proibição ou um não-fazer.

alimentação das sociedades complexas e modernas o “pensamento mágico” não estivesse presente (Poulain, 2004).

Diante deste tratamento ambíguo dado por Durkheim ao fato alimentar, Poulain (2004) conclui que este é um objeto paradoxal, pois ora é excluído por ser considerado demasiadamente biológico ou psicológico, relacionado à fisiologia e aos gostos dos seres, ora é incluído como fato social, tornando-se um problema sociológico, pois é imposto ao indivíduo, exteriormente, pela sociedade.

É na obra de Mauss, e especificamente em *As técnicas do corpo*, que podemos encontrar interessantes articulações do biológico, do social e do psicológico, opondo-se à tradição positivista de Comte e à autonomia do social propugnada por Durkheim. Somente na articulação destas três dimensões é que chegaria ao “homem total” (Mauss, 2003, p. 405). Para Mauss, o psicológico desempenharia o papel de engrenagem, estabilizando a conexão entre social e biológico: “eu vejo aqui os fatos psicológicos, como engrenagens”, mas “não os vejo como causas, exceto nos momentos de criação ou de reforma” (*apud* Poulain & Proença, 2003, p. 250). Aliás o interesse da ciência, para Mauss, estaria justamente nestes campos incertos e limiares entre as ciências, os “diversos”, que estariam inseridos na pluridisciplinariedade :

Quando uma ciência natural faz progressos, ela nunca os faz no sentido concreto, e sempre os faz no sentido do desconhecido. Ora, o desconhecido se encontra nas fronteiras das ciências, lá onde os professores ‘devoram-se entre si’, como diz Goethe (eu digo devoram, mas Goethe não é tão polido). É geralmente nesses domínios mal partilhados que jazem os problemas urgentes. Essas terras a desbravar contêm, aliás, uma marca. Nas ciências naturais tais como elas existem, encontramos sempre uma rubrica desonrosa. Há sempre um momento, não estando ainda a ciência de certos fatos reduzida a conceitos, não estando esses fatos sequer agrupados organicamente, em que se planta sobre essa massa de fatos o marco de ignorância: ‘diversos’. É aí que devemos penetrar. Temos certeza de que é aí que há verdades a descobrir; primeiro porque se sabe que não se sabe, e porque se tem a noção viva da quantidade de fatos (Mauss, 2003, p. 401).

Elenca o beber e o comer como técnicas do corpo, classificando-os conforme uma classificação anterior, de sexo e idade. A alimentação vista pelo ângulo da classificação por idade, é uma técnica corporal que na infância diz respeito à mãe e à criança: o ato de mamar, as técnicas que a mãe utiliza ao segurar a criança contra si, a sucção da criança e a época em que se dá o desmame e a inserção da criança em novos hábitos alimentares. Estes hábitos alimentares pós-desmame darão início a uma nova técnica, a técnica do consumo, que incluiu o ensino de comer com ou sem talheres e o beber direto da fonte ou não e o gosto pela bebida.

Em 1972, Edgar Morin, no esforço de entender o que Mauss chamou de “homem total”, organizou um colóquio, intitulado *L'unité de l'homme*, com respeitados pesquisadores de áreas variadas que iam da Biologia às Ciências Cognitivas, dispostos a travar um diálogo transdisciplinar. Este colóquio foi transformado em livro, *Lê paradigme perdu: la nature humaine*, em que Morin analisa a comunicação das esferas social, biológica e psíquica:

Como nós não vemos que aquilo que é mais biológico – o sexo, a morte – é, ao mesmo tempo, aquilo que é mais embebido de símbolos de cultura! Nossas atividades biológicas mais elementares, o comer, o beber, o defecar, são estreitamente ligadas a normas, interdições. Valores, símbolos, mitos, ritos, quer dizer, aquilo que há de mais especificamente cultural! E podemos, aqui, compreender que é este sistema único, federativamente integrado, fortemente intercomunicante do cérebro de *sapiens* que permite a integração federativa ou biológica, do cultural, do espiritual (elementos, por sua vez, complementares, concorrentes, antagonistas, nos quais os degraus de integração serão muito diferentes de acordo com os indivíduos, as culturas, os momentos), em um único sistema bio-psico-sócio-cultural (*apud* Poulain & Proença, 2003, p. 250).

A alimentação desempenha um importante papel nas trocas sociais através da instituição do *potlatch*, que Franz Boas estudou junto aos índios *Nookta* da costa noroeste dos Estados Unidos. Este estudo tornou-se matéria para que Mauss

escrevesse *O ensaio sobre a dádiva*, em que são analisados vários outros institutos de troca nas sociedades arcaicas. Aliás, o termo “*potlatch* quer dizer essencialmente ‘nutrir’, ‘consumir’” (Mauss, 2003, p. 191).³⁵

Conforme Mauss, nas sociedades primitivas, a regra a ser observada pelos indivíduos não reside nos contratos, mas sim num sistema de relações entre pessoas ou grupos que contempla três obrigações complementares: dar, receber e retribuir, que ultrapassam os interesses materiais, sendo primordialmente simbólicos e de vínculos sociais. E “recusar dar, negligenciar convidar, assim como recusar receber, equivale a declarar guerra; é recusar a aliança e a comunhão” (Mauss, 2003, p. 202). A dádiva pode ter por objeto alimentos, mulheres, filhos, bens, talismãs, solo, trabalho, serviços, ofícios sacerdotais e funções (Mauss, 2003, p. 203).

Afirma que é possível estender a lógica da dádiva às nossas sociedades contemporâneas³⁶:

Uma parte considerável de nossa moral e de nossa própria vida permanece estacionada nessa mesma atmosfera em que dádiva, obrigação e liberdade se misturam. Felizmente, nem tudo ainda é classificado exclusivamente em termos de compra e venda. As coisas possuem ainda um valor sentimental além de seu valor venal, se é que há valores que sejam apenas desse gênero. Restam ainda pessoas e classes que mantêm ainda os costumes de outrora e quase todos nos curvamos a eles, ao menos em certas épocas do ano ou em certas ocasiões (Mauss, 2003, p. 294).

³⁵ *Potlatch*, palavra de origem *kwakiutl*, e não *chinook* que significaria “alimentar”, “consumir” ou “dádiva”. Mauss parece preferir a última, talvez porque a dádiva recai sobre o alimento. O *potlatch* é uma instituição importante na argumentação do autor, relativa aos princípios que regem o intercâmbio de bens nas sociedades arcaicas (as obrigações de dar, de receber e de retribuir). O *potlatch* é tomado como um exemplo do que ele considerava um “sistema de prestações totais” (Mauss, 2003, p. 191).

³⁶ Um exemplo da dádiva, que se pode citar atualmente, principalmente nas cidades de interior, é o ato de um morador antigo na rua presentear uma pessoa ou família que está recém-chegada e é sua vizinha com alimentos preparados pelo morador mais antigo. É considerado de “bom tom” presentear, tanto para conhecer os novos habitantes, como para criar com eles vínculos sociais. Geralmente leva-se bolo ou bolachas em uma vasilha que o novo morador deverá devolver com outro alimento por ele preparado. A quebra deste ciclo, não gera uma guerra, mas provavelmente uma primeira impressão de que quem rompe o ciclo é “mal educado”, ou seja, não assimilou as regras sociais.

A visão de Durkheim sobre a alimentação é ambígua, como já mencionado, contrastando com a abordagem de Mauss da alimentação como um fato social total e como elemento fundamental do princípio da reciprocidade³⁷.

Halbwachs, em sua obra *A Classe operária e os níveis de vida*, de 1912, trata da alimentação segundo uma leitura funcionalista e usa do aparelho conceitual durkheimiano. Observa que a necessidade de alimento é a mais natural, pois os “os alimentos constituem a primeira necessidade *primum vivere*”, “porque de sua satisfação regular depende muito a conservação do organismo” (Halbwachs *apud* Poulain, 2004, p. 176). Como a alimentação na tradição durkheimiana é um fato social quando puder ser explicada por outros fatos sociais, Halbwachs procurou explicar o consumo alimentar nas famílias operárias através das variantes de profissão, tamanho das famílias e salários. Descreve a alimentação como uma instituição que desempenha papel fundamental no processo de socialização de transmissão de normas³⁸.

O essencial da vida familiar parece ser exatamente a refeição feita em comum com a mulher e as crianças... O operário sabe bem que a ordem das refeições, o hábito de consumir alguns alimentos e o valor que se atribui a cada um deles são verdadeiras instituições sociais (Halbwachs, *apud* Poulain, 2004, p. 156).

³⁷ Poulain (2004) afirma que a extremada preocupação de Durkheim de firmar a sociologia como uma ciência distinta da biologia e da psicologia, relegou o alimentar para a antropologia física ou médica. Nestes campos destaca-se o trabalho de Léon Pales, médico e antropólogo francês, sobre a nutrição das populações da África ocidental francesa de 1945 a 1950, mas este trabalho, segundo Poulain, surpreendentemente não recebeu os méritos devidos por causa de um inexplicável hermetismo da cultura francesa.

³⁸ A concepção funcionalista de instituição significa um conjunto de regras – diferente do que é a lei – que organizam a sociedade ou instâncias da sociedade. As instituições desempenhariam três funções: 1) concorrem para a socialização, favorecendo a interiorização das regras de conduta; 2) permitem o controle social, uma vez que a não observância de uma regra gera sanções impostas pelo grupo; 3) participam da regulação social, pois o conhecimento das regras leva à previsibilidade dos comportamentos dos indivíduos instituídos (Poulain, 2004).

Afirma que os operários estão mais submetidos à necessidade orgânica, logo a alimentação desta classe é mais próxima do biológico, menos requintada culturalmente³⁹.

Neste mesmo sentido evolucionista, o sociólogo francês Letourneau afirmava que através dos progressos culinários é possível determinar as fases evolutivas de uma raça, de selvageria à civilização. La Rochefoucauld, dizia que se comer é uma necessidade, comer com inteligência é uma arte. Quanto mais intelectualizado o indivíduo, mais discriminativo e mais exigente é o paladar. O oligofrênico poderia comer até massa de papel para saciar sua fome, pois buscaria apenas a sensação de saciedade gástrica (Ornellas, 1978).

Em Malinowski, a alimentação é associada às necessidades. Em sua obra *Uma teoria científica da cultura*, busca entender o que é a cultura a partir da enumeração de vários tipos de necessidade. As necessidades “básicas” (referentes às necessidades biológicas do organismo e presentes em todos os indivíduos: nutrição, procriação, proteção etc.). Estas necessidades, básicas, só podem ser satisfeita pelos indivíduos através da cultura e, por sua vez, a satisfação destas necessidades dá origem a outras necessidades, as “derivadas”. As necessidades derivadas são relacionadas à própria manutenção, reprodução e transmissão do aparato cultural. Subdivide as necessidades derivadas em imperativos instrumentais, tal como a organização econômica, legal e educacional da sociedade, e em imperativos integrativos, como a magia, religião e as artes⁴⁰.

³⁹ Bordieu, ao inverso de Halbwachs, crê que há autonomia no modo das classes populares alimentarem-se, uma vez que seus gostos são determinados pelos *habitus*, na medida em que “o que eu gosto e o que eu acho bom seria, na realidade, aquilo que minha classe social de origem consome”. A gastronomia seria um processo irracional de distinção entre as elites e as classes populares: “a arte de beber e de comer continua sem dúvida um dos únicos terrenos sobre os quais as classes populares se opõem explicitamente à arte de viver legítima” (Bordieu, *apud* Poulain, 2004, p. 187).

⁴⁰ Segundo Durham “a dificuldade fundamental que [Malinowski] encontra é a de relacionar, de um lado, as necessidades derivadas às necessidades básicas e, de outro, as instituições às necessidades” (1978, p. XX).

Como exemplo da conexão entre necessidades básicas e derivadas, Malinowski cita a história do garfo: este instrumento aparece onde sua necessidade se faz sentir e muda de forma e de função segundo as necessidades dos novos co-determinantes da cultura e do lugar. O garfo é uma invenção motivada a partir da necessidade básica da alimentação; é uma necessidade derivada por imperativos instrumentais, pois, seu uso é passado de geração a geração, faz parte da educação da criança e seu uso insere-se na cultura da civilização, é também uma necessidade derivada por imperativos integrativos quando é utilizado em rituais religiosos, ou simbólicos⁴¹.

Richards, aluna de Malinowski, escreveu, em 1932, *Hunger and work in a savage tribe*, que lhe rendeu o título de verdadeira pioneira da antropologia alimentar. Malinowski, no prefácio, declara que o livro “é o primeiro a reunir fatos a respeito dos aspectos culturais dos alimentos e de seu consumo” e que estabelecerá “as bases de uma teoria sociológica da nutrição” (*apud* Poulain, 2004, p. 157).

Acreditava a autora que o alimentar era o ato mais importante para os grupos humanos, pois “a fome é o principal fator determinante nas relações humanas, primeiro no seio da família e, em seguida, nos grupos sociais maiores, na cidade, numa classe de idade ou nos estados políticos”. Segundo ela, “a nutrição enquanto processo biológico é mais fundamental do que a sexualidade. Um homem pode viver sem satisfações sexuais, mas sem alimento ele morre inevitavelmente” (*apud* Poulain, 2004, p.157). Desta forma, observa-se que não é o social que organiza a alimentação, mas ao contrário, é a alimentação que é vista como atividade estruturante e organizadora do social. Porém, os trabalhos de Richards não tiveram a proeminência merecida e ficaram esquecidos.

⁴¹ No ritual religioso da umbanda e do candomblé vários tipos de garfos são utilizados para representar exus, o garfo é também símbolo do demônio na religião católica.

Lowie, em seu livro *Manual de Antropologia Cultural* dedicou um capítulo ao fato alimentar, denominado “O fogo, a cozinha e os alimentos”, em que tratou da cozinha, das diversas técnicas de cozimento, dos horários das refeições e também da etiqueta, demonstrando que “a hora e a natureza das refeições diferem consideravelmente segundo as nações civilizadas [...] e ainda mais segundo os ‘povos primitivos’” (*apud* Poulain, 2004, p.160).

Mead trabalhou a questão alimentar em vários livros. Em seu livro *Costumes e sexualidade na Oceania*, demonstrou como as atitudes parentais, sendo mais ou menos liberais, na oferta e distribuição dos alimentos para as crianças, influem na construção do que Linton chamará, mais tarde de “personalidade de base”.

A famosa antropóloga foi secretária-geral do “comitê sobre os hábitos alimentares” da Academia das Ciências dos Estados Unidos, órgão criado em 1940, para estudar os hábitos alimentares dos norte-americanos visando definir e perceber o impacto que a Guerra Mundial teria sobre tais hábitos. Em 1945, conjuntamente com Guthe, escreveu um *Manual de pesquisa alimentar*, onde define como “as maneiras segundo as quais os indivíduos ou os grupos de indivíduos, em resposta às pressões sociais e culturais, escolhem, consomem e disponibilizam certas porções dos produtos alimentares existentes” (Guthe & Mead, *apud* Poulain, 2004, p. 160).

Garine, assim como Mead, afirma que a seleção ou escolha das possibilidades alimentares feita pelos indivíduos está relacionada ao meio e aos recursos técnicos disponíveis, mas tais potencialidades alimentares ultrapassam a medida biológica ou econômica, pois em determinadas culturas são submetidas a outras dimensões da vida social, tal como a dimensão simbólica. Um exemplo disso são os tabus alimentares, como os que existem na Índia quanto à proibição religiosa

de ingestão de carne de vaca ou como a preferência dos pastores em ingerir leite e carne frugalmente, pois, mesmo possuindo tais alimentos em abundância, eles são cuidados como meios que propiciarão o acesso ao casamento. Assim, os indivíduos alimentam-se de acordo com o meio a que pertencem, de acordo com a sociedade em que estão inseridos e, principalmente, conforme o grupo a que pertencem, isso estabelecerá as distinções e marcará as fronteiras (Maciel, 2001).

Esta mesma concepção culturalista, a de que a cultura ou o sistema cultural é que determinarão a originalidade das práticas alimentares, foi desenvolvida pela escola neofreudiana “Cultura e Personalidade”, por Kardiner, Linton e Benedict. Estes estudos demonstraram a importância do fator alimentar na construção da “personalidade” e do que Garine chamará de “estilo étnico” alimentar.

Fischler ressalta o valor da alimentação, como um ato que supera o simples ingerir de um “combustível” para o corpo, salientando que este ato implica valores simbólicos, pois o homem nutre-se também de significados, partilhando representações coletivas. Afirma que o comer é o ato mais vital e mais íntimo dos indivíduos, esclarecendo que “íntimo” no latim: *intimus* é o superlativo de interior. “Incorporando os alimentos, nós os fazemos aceder ao auge da interioridade”. Enquanto o “vestuário, os cosméticos, estão apenas em contato com o nosso corpo; os alimentos devem ultrapassar a barreira oral, se introduzir em nós e tornar-se nossa substância íntima”. Devido a esta “intimidade”, o ato de incorporação é um ato que possui gravidade, pois “a alimentação é o domínio do apetite e do desejo gratificados, do prazer, mas também da desconfiança, da incertitude e da ansiedade. (*apud* Maciel, 2001, edição eletrônica).

Moulin, historiador e sociólogo, desenvolveu um estudo em que, observando os problemas da construção do espaço físico europeu, ele percebe que as

diferenças dos modos e gostos alimentares e tenta compreender o problema da construção de identidades e de sua transformação, privilegiando a abordagem sociocultural.

Não comemos com nossos dentes e não digerimos com nosso estômago; comemos com nosso espírito, degustamos segundo as normas culturais ligadas ao sistema de trocas recíprocas que está na base de toda a vida social. É por isso que cada povo se define por suas práticas alimentares e suas maneiras à mesa tão claramente, tão certamente, quanto por sua língua, suas crenças ou suas práticas sexuais” (*apud* Poulain, 2004, p. 161).

Harris, em 1968, em *The Rise of Anthropological Theory*, introduziu o que ele denominou de materialismo cultural, um novo método de pesquisa dos sistemas sócio-culturais da evolução humana, baseado no modelo marxista de interpretação da cultura, que dá relevância ao papel das classes dominantes e ao fator econômico.

Em *Vacas, porcos, guerras e bruxas*, afirmou que os tabus alimentares são respostas culturais aos problemas de adaptação ecológica dos homens. Segundo o autor, o que motivou a proibição de comer-se carne de porco foi o fato de que, à época dos pastores nômades, dos tempos bíblicos, os porcos representavam um negócio dispendioso, pois disputavam com os pastores água e alimentos que eram escassos, diferentemente de alguns outros ruminantes. O tabu sobre a carne de porco serviria para desestimular o consumo da carne suína, pois sua criação era economicamente incompatível com a vida pastoril.

O fato alimentar é um “prato cheio” para os estruturalistas, vários trabalhos dedicaram-se à esta temática.

Em *As estruturas elementares do parentesco*, nos capítulos “O universo das regras” e “O princípio da reciprocidade”, Lévi-Strauss estuda os princípios das

lógicas da doação e da retribuição e de suas transgressões, os ritos de trocas e de polidez presentes nas refeições cotidianas nos restaurantes operários do sul da França.

Nestes estabelecimentos em que o vinho está incluído no preço das refeições, cada conviva encontra diante de seu prato uma modesta garrafa com um líquido na maioria das vezes ruim. Esta garrafa é parecida com a do vizinho, como o são as porções de carne e de legumes que uma criada distribui à volta, e, entretanto, uma singular diferença de atitude se manifesta logo em relação ao alimento líquido e ao alimento sólido. Este representa as submissões do corpo e aquele, seu luxo. Um serve em primeiro lugar para alimentar, o outro para celebrar [...]. É que, com efeito, diferentemente dos pratos do dia, bastante pessoais, o vinho é bastante social. A pequena garrafa pode conter exatamente um copo, o conteúdo será vertido não no copo daquele que o possui, mas no copo do vizinho, e este efetuará logo um gesto correspondente de reciprocidade. O que se passou? As duas garrafas são idênticas em volume, seu conteúdo semelhante em qualidade. Cada um dos participantes desta cena reveladora, no final das contas, não recebeu nada a mais do que se ele tivesse consumido sua parte pessoal. De um ponto de vista econômico, ninguém ganhou e ninguém perdeu. Mas acontece que existe muito mais na troca do que as coisas trocadas (Lévi-Strauss, 1976, p. 94).

Com este caso, mostra como as trocas têm outros valores que ultrapassam o mero valor econômico, há um valor simbólico, da ordem social, que tanto como a ordem econômica, participa da construção dos vínculos sociais.

Ao estudar as regras do parentesco e o sistema de comunicação das mulheres, Lévi-Strauss afirma que a passagem da natureza à cultura se dá com a proibição do incesto e a regra da troca de mulheres. A troca de mulheres permitiria a circulação de bens e de mensagens.

A revolução da teoria de Lévi-Strauss para a Antropologia verificou-se também pela adoção da lingüística como ciência-modelo para a análise dos fatos sociais, associando as regras da troca às regras lingüísticas.

Visando à exemplificação desta idéia, a partir da palavra usada em lingüística “fonema”, faz o uso de “mitema” e “gustema” para trazer ao campo dos mitos e da alimentação seu modelo de análise:

Como a língua, parece-me que a cozinha de uma sociedade é analisável em elementos constitutivos, que poderíamos chamar neste caso de ‘gustemas’, os quais são organizados segundo certas estruturas de oposição e de correlação (Lévi-Strauss, *apud* Poulain, 2004, p.163).

Lévi-Strauss compara a culinária francesa com a inglesa. Para fazer tal diferenciação, são usados três duplas de oposições: 1) endógena ou exógena, no que se refere ao uso de matérias-primas nacionais ou exóticas; 2) central ou periférica, considerando a base da alimentação e os acompanhamentos desta; e 3) marcada ou não marcada, quanto ao sabor pronunciado ou insípida (Poulain, 2004).

Além disso, interpreta as diferentes formas de sociedade através dos opostos natureza e cultura, representados pelos pólos cru e cozido, respectivamente, pois ele acreditava que “a cozinha de uma sociedade é uma linguagem na qual ela traduz inconscientemente sua estrutura, a não ser que, sem que o saiba, ela não descubra aí suas contradições” (Lévi-Strauss, *apud* Poulain, 2004, p.163). O homem aparece como um “animal cozinheiro” e o uso do fogo para cozinhar os alimentos seria o traço de cultura:

A cozinha, da qual não sublinhamos o bastante que, como linguagem, constitui uma forma de atividade humana verdadeiramente universal: assim como não existe sociedade humana sem linguagem, não existe nenhuma que, de uma maneira ou de outra, deixa de cozinhar alguns de seus alimentos (Lévi-Strauss, *apud* Poulain, 2004, p. 163).

Lévi-Strauss, em *O pensamento selvagem*, observou que todas as sociedades possuem uma analogia entre relações sexuais e alimentação, “conforme os casos e os níveis de pensamento, ora o homem, ora a mulher, ocupa a posição

do que come e do que é comido” (1970, p. 156). Esta analogia pode ser observada em várias línguas, em que há vocábulos idênticos para referir-se aos atos de comer e de manter relações sexuais. Tanto o sexo quanto a alimentação são fundamentalmente uma atividade natural, mas estão sempre controlados por normas sociais e constituem uma preocupação social, tanto que sobre eles recaem vários tipos de tabus e interditos: tanto a antropofagia quanto o incesto sempre nos assustaram (Rodrigues, 1983).

Segundo Poulain (2004), a análise do ato alimentar, do alimento e da cozinha na obra de Lévi-Strauss é um elemento tão fundamental quanto a análise das instituições que estruturam a sexualidade, como o incesto, o casamento e o parentesco.

Douglas também empreenderá uma análise estrutural da alimentação, afirmando que “cada refeição é um acontecimento social estruturado que estrutura os outros à sua própria imagem”. Usando a perspectiva de Lévi-Strauss, afirma que existe uma significação da estrutura da refeição que deve ser buscada, tomando uma rede de analogias recorrentes, e “que existe correspondência entre uma estrutura social dada e a estrutura dos símbolos pelos quais ela se manifesta” (Douglas, *apud* Poulain, 2004, p. 164). Esta autora também comunga da visão de Lévi-Strauss de que os interditos alimentares não têm uma praticidade imediata, que eles recaem sobre espécie alimentares não porque tais espécies não são “boas para comer”, mas sim, por serem “boas para pensar”.

Desta forma, segundo Poulain & Proença (2003), o comer teve seu status de “um ato humano total”, concernente a uma maneira não unitária de ver o homem, mas pela óptica de uma complexa multiplicidade, que envolvia o conhecimento e pesquisas metadisciplinares.

Do que foi exposto, principalmente baseado no pensamento de Poulain (2004), chega-se à conclusão que a alimentação humana é entendida pelas ciências sociais a partir da tensão de duas vertentes: a primeira pretende marcar epistemologicamente o fato alimentar como um fato social e, portanto, será necessário atentar aos pressupostos durkheimianos da definição de fato social e do princípio da autonomia do social e; a segunda vertente entende o fato alimentar como um fato social total e daí a imprescindibilidade de sua análise pluridisciplinar.

Segundo Rozin e Fischler há uma ansiedade fundamental na alimentação humana, o chamado *paradoxo do onívoro*, o qual seria uma constante tensão entre a oposição entre “neofilia” e “neofobia”, ou seja, a contradição entre a obrigação biológica de alimentar-se de uma variedade de alimentos ou a pressão cultural de somente comer aquilo cujas propriedades já se conhece e que é socialmente valorizado. “Se não sabemos o que comemos, não sabemos o que iremos nos tornar, nem tampouco o que somos” (Fischler, *apud* Poulain, 2004, p.103).

Outra ansiedade no campo da alimentação refere-se à saúde e à doença, pois o alimento presta-se a ser um vetor de saúde, de energia, de vitalidade, mas também uma causa potencial de doença, tal como a salmonela, o botulismo e pode-se acrescentar a obesidade. O tipo de ansiedade presente quanto à incorporação desses alimentos refere-se à ordem sanitária e médica. Tais preocupações podem ser resumidas na frase de Hipócrates: “Dos alimentos farás a tua medicina” e do adágio “O homem cava sua sepultura com seus dentes” (*apud* Poulain, 2004, p. 104). A partir destas duas frases pode-se entender a pertinência do que Vaz vê como uma das funções que a dietética tem desempenhado:

A dietética pode ser vista como o fim da separação entre alimentação de hospital e alimentação cotidiana; a um tempo, generaliza a comida de hospital e estabelece um compromisso com o prazer:

como alimentar-se com prazer cuidando da saúde e da forma do corpo (Vaz, 1999, p.173).

As dietas constituem-se num dos componentes mais antigos dos métodos da medicina. Contudo, no capitalismo ela se prestará também a manter os corpos em sua melhor utilidade e longevidade (Turner, 1989).

O vocábulo “dieta” advém do grego *diaita*, que significa modo de vida. Na acepção de regulação da vida, possui o significado de medição mais específico, de “comer de acordo com as regras prescritas”. No linguajar da política significa uma assembleia de política de príncipes com o objetivo ligados à administração e à legislação. Este significado provém do francês *dies* ou “dia”, pois as dietas reuniam-se em dias determinados sendo, portanto, reguladas por um calendário. A dieta é tanto a bem regulação do corpo individual como uma regulação do corpo político. O termo “regime” também possui este duplice significado. “Regime” é derivado de *regere* ou “governar”, aplicado no sentido médico, o regime vem a ter o caráter terapêutico englobando uma forma de dieta; no sentido político, significa um sistema de governo, como em “arregimentação” ou “regime”. Assim, percebe-se que “dieta” e “regime” são vocábulos aplicáveis ao governo do corpo e ao governo dos cidadãos. Este argumento etimológico revela e reforça a correlação entre as metáforas da saúde e da doença como metáforas que estão presentes na organização social e política (Turner, 1989).

A dieta também foi usada para designar um modo de vida regulado pela religião cristã, constituindo-se como elemento base do ascetismo e como um regime de controle dos desejos, através do jejum. Vejamos como o jejum e uma dieta rígida são associados a este novo ascetismo.

Max Weber, em *A ética protestante e o espírito do capitalismo*, afirma que as disciplinas do monastério estenderam-se a outras esferas da vida, como para o

ambiente doméstico e para a fábrica. O trabalho passou a ter o *status* de vocação e o indivíduo, imbuído de ascetismo, deveria organizar o seu trabalho e sua vida cotidiana em função de fins racionais, de maneira ascética e com a contenção de suas paixões e desejos, prestando contas a sua consciência individual. O tempo passou a ser dinheiro e a ociosidade tornou-se pecado. Weber chama este tipo de ascese de intramundana em contraposição à ascese dos monges que jejuavam almejando um outro mundo, pois esta é praticada no dia-a-dia das pessoas comuns ao assimilarem aos seus fazeres mais comezinhos o cálculo e a disciplina (1983)⁴².

A ascese pressupõe um processo de subjetivação. Por meio da prática ascética objetiva-se a passagem de um tipo de subjetividade para outro, passando-se de uma identidade recusada para outra que se almeja alcançar, idealizada. Porém, as formas de identidade a serem perseguidas através da ascese podem variar conforme os padrões culturais de uma época. E as mesmas práticas ascéticas podem ser usadas para os mais diferentes fins, por exemplo, o jejum do monge para obter uma interação maior com o divino é o mesmo que o da anoréxica, como meio de conseguir ou manter-se magra.

Analisando-se os casos de Santa Catarina de Siena e uma jovem anoréxica dos tempos atuais é possível estabelecer algumas comparações: o jejum auto-imposto por Santa Catarina tinha, na Idade Média, o sentido de negação de si, desprezo pelo corpo visando à harmonia espiritual, ideal que representava a Idade Média. Nos tempos hodiernos, em que o ideal é focado no exterior, supervalorizando-se a imagem e a estética, a magreza torna-se um valor. O jejum da anoréxica contemporânea é também uma forma de negação de si e desprezo

⁴² Ascese (em alemão *askese*, do grego *askesis*, exercício, esforço, subida) significa, “a recusa a uma vida simplesmente ‘natural’, que seguisse as inclinações espontâneas do indivíduo”, que Weber denominava de ‘alegria de viver’, ‘gozo espontâneo da vida’, ‘eudemonismo’ e ‘hedonismo’” (Motta, 2007, edição eletrônica). O termo ascetismo provém de *asketes*, que significa “monge” e *askeo* designando “exercício” (Turner, 1989, p. 206).

pelo seu corpo, mas visando o objetivo de estar dentro dos padrões de beleza. O que antes era um “exercício espiritual”, agora é um “exercício corporal”. A magreza é hoje o condão para o sucesso pessoal, a mesma que na Idade Média levava ao paraíso. Se antes a intenção era chegar ao paraíso divino, hoje é chegar a ser bem aceito na sociedade (Marzano-Parisoli, 2004).

Hoje o ascetismo é verificado através de diversas práticas que visam manipular o corpo e submetê-lo a várias disciplinas, tal como grande carga de exercícios, jejuns, restrição de alguns tipos de alimentos, que levem ao ideal do corpo belo, assim considerado o corpo magro, esguio, livre de flacidez, rugas e adiposidades. Se anteriormente a sexualidade era controlada, pelos valores ascéticos, hoje se pode dizer que até o controle sexual, perdeu sua proeminência frente ao controle ascético da imagem corporal. Entende-se muito mais um “deslize sexual” do que um “deslize” com a estética corporal.

As práticas usadas com esta nova finalidade, a estética, são construtoras do que se chama atualmente, como já mencionado, de bioascese. O sentimento que subjaz a estas práticas não é o inconformismo à realidade, ou a afirmação da singularidade do indivíduo ou busca de uma união com o mundo espiritual; ao contrário, a bioascese supõe uma atitude de adequação aos padrões vigentes, é superficial à medida que se localiza no corpo canal. Assim, vejamos:

Enquanto que nas ascetes da Antigüidade, o *self* almejado pelas práticas de si representava freqüentemente um desafio aos modos de existência prescritos, uma forma de resistência cultural, uma vontade de demarcação, de singularização, de alteridade, encontramos na maioria das práticas de bioascese, como veremos, uma vontade de uniformidade, de adaptação à norma e de constituição de modos de existência conformistas e egoístas, visando à procura da saúde e do corpo perfeito (Ortega, 2003, edição eletrônica).

O cuidado de si, antes dirigido para a evolução do espírito, para a qualidade moral e sentimentos, agora é direcionado para a saúde, beleza e longevidade, que se tornaram novas formas de preocupação consigo mesmo (Costa, 2004). O indivíduo rumo a seu ideal de corpo não pode prescindir dos exercícios físicos e de uma “alimentação balanceada” e restritiva de gorduras, carboidratos e doces. A gordura é rejeitada na alimentação, a “reação lipofóbica” (Fischler), e o conceito de lipofobia é estendido ao corpo: “uma das características de nossa época é sua lipofobia, sua obsessão pela magreza, sua rejeição quase maníaca à obesidade” (Fischler, 1995, p.69). Aliás, o exercício é visto como uma forma de purgação, ou punição, para os deslizes que comprometem a dieta.

Assim, a díade exercício e dieta são complementares ao ideal de manter um corpo magro, principalmente para as anoréxicas, constituindo o que Featherstone (1995) denominou de “estilo de vida”⁴³, constituído pela proeminência, como aponta Perez (2003), da estetização (diluição das fronteiras entre a vida e a arte), do valor das escolhas individuais. Resumindo: da concepção de que “a vida estética é a vida eticamente boa” (Featherstone, *apud* Perez, 2003, edição eletrônica). Desta forma conclui-se que a vida ética deveria ser regida pela valorização da estética e, podemos neste conceito incluir, especialmente, a estética corporal, pois é a primeira forma de distinção a ser vista pelos olhos de outrem. Daí que entre as escolhas dos indivíduos deveriam estar o cuidado com a alimentação e a prática de exercícios físicos, hábitos considerados formadores da vida eticamente construída.

⁴³ A expressão “estilo de vida” é aqui tomada em sentido mais amplo do que aquele usado anteriormente por Weber, no qual estilo de vida significa distinção de grupo de *status* específico (Featherstone, 1995). Segundo Weber, “[E]m relação a seu conteúdo, a honra de *status* normalmente se expressa pelo fato de, acima de tudo, poder esperar-se um ‘estilo de vida’ específico por parte de todos que desejam pertencer ao círculo” (1976, p.72). Desta forma, “o papel decisivo de um ‘estilo de vida’ na ‘honra’ de *status* significa que os grupos de *status* são os portadores específicos de todas as ‘convenções’. Seja qual for a forma pela qual se manifeste, toda ‘estilização’ de vida ou se origina de grupos de *status* ou é pelo menos mantida por eles” (Weber, 1976, p.77).

Segundo Wolf, “[o] hábito da dieta é a essência da feminidade contemporânea. O fato de alguém recusar alimento é considerado correto na mulher, errado no homem” (1992, p. 265). No entanto, parece que os homens pouco a pouco também estão adotando este “estilo de vida”.

O auto-aperfeiçoamento individual recorre às práticas ascéticas e estas emprestam ao indivíduo uma consciência cada vez maior de sua autonomia e competência para cuidar de si e construir sua identidade. Esta autonomia, na verdade, é autonomia para a autovigília para proceder ao olhar crítico sobre nós mesmos e regozijarmos caso consigamos obter o corpo que é adequado aos padrões de beleza atual ou, caso contrário, para que nos punamos por nos considerarmos indecentes (Ortega, 2003).

O poder da disciplina está justamente em produzir culpa no indivíduo caso ele não siga as regras disciplinares. “Para se culpabilizar um indivíduo precisa olhar para si mesmo, para seus atos e pensamentos, com os olhos de um outro, cindindo-se entre o que deseja e o que dever ser. São técnicas, portanto, de interiorização do olhar e do juízo” (Vaz, 1999, p.165). Pensamos que, nesse caso, há tanto sentimentos de culpa (sentimento privado) pelo temos da transgressão sob o olhar internalizado dos outros e também vergonha (sentimento relacionado ao público), pois o olhar do outro é também externo ao indivíduo.

A relação que a anoréxica desenvolve com a dieta, assume um papel central na sua vida, é fonte de preocupação, pois ela desenvolve um comportamento obsessivo de contagem de calorias dos alimentos; mas também funciona como um triunfo cotidiano, pois ter os alimentos à mão, ter fome, e mesmo assim conseguir se manter “imune” a todos os apelos orgânicos do apetite é para a anoréxica uma forma de sentir-se vitoriosa.

O padrão e comportamento alimentar é muito restritivo e será um dos primeiros sintomas visíveis para identificar-se a anorexia, anterior à perda de peso significativa. Geralmente a doença inicia-se com uma dieta restritiva, em que a anoréxica evita os alimentos considerados de grande valor calórico; posteriormente, estende a restrição a outros tipos de alimentos, aqueles de baixa caloria, reduzindo a quantidade de sua ingestão e praticando constantemente jejuns.

Uma pesquisa com 96 mulheres anoréxicas, realizada em 1984, constatou que 37% delas tinham o hábito constante de jejuar e 40% apresentavam peculiaridades nas preferências alimentares ou aversões a certos grupos de alimentos como carnes, doces, sobremesas e gordura de adição (molhos de salada, maionese e manteiga), embora tivessem a preferência de paladar por doces e sobremesas (Dunker & Philippi, 2003).

Geralmente a restrição de alimentos inicia-se na adolescência, quando as medidas corporais e o peso das adolescentes começam a aumentar e o corpo vai tomando formas ao localizar em algumas áreas o tecido adiposo. Esse fator, associado a fatores psicológicos individuais e familiares mais o apelo sociocultural do culto à magreza podem predispor as adolescentes aos transtornos alimentares, como a anorexia. Deve-se lembrar que a adolescência é a fase em que a opinião do grupo tem maior valor para o indivíduo. Estas mudanças no comportamento alimentar podem ser identificadas antes da doença instalar-se, através do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), que busca evidenciar os sintomas da anorexia nervosa em populações clínicas e não clínicas⁴⁴.

A anorexia é uma doença que possibilita a abordagem do fato alimentar sob dois aspectos: o alimento como algo encerrado em si mesmo, como substância e o

⁴⁴ Maiores informações sobre o EAT-26 encontram-se no primeiro capítulo deste trabalho e no anexo 05.

alimento como um ato, como um substrato da vida social, capaz de permitir e ser base de relações sociais.

A primeira abordagem interessa à anoréxica porque ela, no intuito de manter o seu corpo magro, estabelece com o alimento uma relação classificatória muito parecida com a do profano e do sagrado. Os alimentos profanos seriam aqueles que contêm um grande valor calórico, notadamente os alimentos doces, gordurosos e à base de carboidratos. Sagrados seriam os alimentos de baixa caloria, como verduras, alguns carboidratos fibrosos, leite desnatado, carnes com baixo percentual de gordura. E considera estes alimentos, profanos, como um perigo a seu ideal, uma poluição (usando a noção de Douglas) a seu corpo. Por outro lado, os alimentos classificados como sagrados além de eliminarem a sensação de fome, possuiriam algumas características de manter o corpo puro (o que para as anoréxicas significa corpo magro) e teriam propriedades funcionais⁴⁵.

A segunda abordagem ressalta a alimentação como um fator de socialização. A anoréxica percebe como a alimentação desempenha o papel de integrar, de promover a socialização, de agregar pessoas. A negação do alimento pela anoréxica não é, contudo, o afastamento destas situações de interação social, pois embora não coma, sente um imenso prazer em cozinhar para os outros, em reunir pessoas à mesa. Ela sabe o poder que os alimentos possuem, as sensações que provocam, quanto são essenciais à vida e quanto mais apetece-lhe o alimento, maior é o prazer que a sua negação lhe dá. Há uma “transferência da libido” (usando uma expressão da psicanálise) do alimento em si, para a negação do mesmo. Esta negação e privação é uma prova para a anoréxica de quão forte é o seu “eu”, a sua força de

⁴⁵ Os alimentos funcionais são aqueles que possuem algum efeito fisiológico responsável pela redução de risco de doenças degenerativas, como enfermidades cardiovasculares e alguns tipos de câncer, à osteoporose etc (Angelis, 2001). Estes alimentos também são ressaltados quanto suas propriedades de retardar o envelhecimento, através dos antioxidantes (que contêm vitamina C), que previnem a celulite como a cafeína presente no café etc.

vontade. Pode, ainda, fazer da negação ao alimento o cerne de algumas relações sociais, como sítios na *internet*, que visam conhecer pessoas com a mesma doença, divulgar dicas para consecução da perda de peso e para contarem seu cotidiano. Nestes sítios, comumente se autodenomina “ana”, uma forma abreviada de anorexia, ou “mia” significando “bulimia” e pelo verbo “miar” deve-se entender a prática da indução de vômitos.

A seguir, depoimento retirado de um *blog* de anoréxica que demonstra as preocupações com o alimento, a dificuldade de manter-se fiel à dieta e como estes esforços parecem valer o projeto de conseguir-se a “forma ideal” (como se refere a anoréxica):

28/05/2007

Oi meninas! Sabe hoje é uma das poucas vezes que venho aqui desanimada para desabafar. A minha vida está ficando difícil. Não porque passo falta de alguma coisa, mas como todas nós anas⁴⁶ temos um motivo, crucial para nós, mas estúpido para os outros, é exatamente por causa da forma perfeita que eu estou assim.

Bom, hoje eu estou com 1 pão francês integral (100 calorias! Credo não como mais) com manteiga (mais 30 calorias, não como mais também) e dois pães de queijo bem pequenos: 68 cal. Com manteiga

⁴⁶ Leia-se “anoréxicas”

(20 cal). Somando tudo: 218 cal e é óbvio que eu não vou comer mais nada. Essa semana estou na casa da minha tia porque é no centro, mais fácil de ir pra escola e outros lugares mais eu acho que a partir de amanhã eu vou voltar para casa porque quanto mais longe, mais cal eu perco e aqui minhas tias são rigorosas então vai ser difícil de enganar e já lá em casa eu fico sozinha o dia inteiro e minha mãe "confia em mim". Digo com as aspas porque ela vive inspecionando minhas coisas e ainda diz que confia aiai só mães mesmo.⁴⁷

Ainda, no mesmo sítio, há vários outros *links* para o *blog* de outras anoréxicas, uma tabela de caloria, dados como altura, peso atual e meta de peso a ser conquistada, além de dicas para conseguir sucesso na dieta:

Dicas anna

1. Coma sempre o pequeno-almoço! Isto mantém o teu metabolismo trabalhando.
2. Coma o mais devagar que puder. O organismo leva cerca de 30 minutos a perceber que está cheio. Mastigue até sentir a comida completamente desfeita na boca.
3. Coma em frente ao espelho.
4. Quando tiveres ânsias (compulsão) por comida conta até 100. Geralmente só o fato de te concentrar, faz-te perder a fome.
5. Pouse o garfo entre cada garfada.
6. Nunca comer a partir das 19h/20h (o metabolismo fica mais lento).
7. Disfarça a descoloração da pele debaixo das unhas por falta de nutrientes com verniz de cor.
8. Tome comprimidos para a azia se tiveres com muita fome. Neutraliza o ácido do estômago que te faz sentir fome.
9. Mantenha um caixote perto de onde come. Se sentires que vais comer demais, jogue o resto fora.
10. Beba refrigerantes *light*. Enche e têm apenas 1 caloria. (mas é preferível beber água)
11. Limpa alguma coisa nojenta, de certeza que vais perder o apetite.
12. Escove os dentes. O sabor da pasta é horrível se comer em seguida.
13. Todas as calorias são importantes. Quando sentado(a) mexe a perna, contrai os abdominais, nunca pare de se exercitar.
14. Beba um copo de água por hora, não só vai fazer com o estômago se sinta cheio, mas também te vai dar pele hidratada. Água fria queima mais calorias, água quente enche mais.
15. Jogue fora comida que achar que pode comer compulsivamente.,
16. Quando sair, leve só o dinheiro que precisar nada extra. Assim,

⁴⁷ Depoimento retirado do *blog* <<http://pro.anna.zip.net/>>. Acesso em 14 jun. 2007.

não terá a tentação de gastar em comida.

17. Senta-te com a coluna direita, ter uma boa postura queima mais 10 calorias do que curvado(a).

18. Bebe um gole de água entre cada garfada. Isso vai te dar uma sensação de satisfação mais rápido.

17. Não fique muito agasalhada. O organismo gasta mais energia a manter o corpo quente.

18. Se tiver um ataque de comer compulsivo, mastiga a comida e cospe a seguir.

19. Coma as refeições em pratos pequenos.

20. Ande sempre com as nádegas contraídas, gasta imensas calorias e o resultado é bom.

21. Tente ficar confortável na cama, uma posição a qual terá certeza que não vai levantar-te para ir comer a noite.

22. Use a imaginação. Imagine como será a comida no estômago e como a gordura será formada (eca).

23. Estrague a tua comida. Coloque demasiado sal, por exemplo, resulta muito bem e você não irá comer.

24. Vai a lojas e experimenta roupas que gostaria que te servissem.

25. Olha para a gordura que tens no corpo e imagina que se comer, não vai fazer mais nada senão adicionar mais gordura ainda.

26. Coma quando estiver rodeada de pessoas. Com a conversa elas irão esquecer de te vigiar.

27. Obesidade é horrível e gordos são inúteis lembre-se disso.

28. Veja sempre foto daquele thinspiration⁴⁸ linda.

29. Pesa-te sempre. As balanças não enganam.

30. Coloque na cabeça que se o teu amigo(a) magérrimo(a) come 3000 calorias e não engorda, não quer dizer que possa fazer o mesmo.

31. Aprende a gostar da sensação de vazio no estômago. Confia em mim, vai sentir-te enjoado quando comeres exageradamente mais uma vez. E não pensas em comer (só no último caso.).

32. Observa as outras pessoas, especialmente gordos (as), quando estiverem a comer, e sintas-se superior por não estar comendo nada e ter seu corpo limpo.

33. Come pastilhas elásticas (sem açúcar), mantém a boca distraída

35. Se estiveres com muita fome sai de casa, visita amigos onde não pode comer a vontade.

36. Quando sentires dores de estômago da fome, curve-se e encolha a barriga. Pelo menos para mim funciona.

37. Tente comer algo calórico, mas saudável, (ex.: uma banana) logo de manhã. O resto do dia sempre que te sentir tentado(a) a comer pense nas calorias que já comeu e que mais comida não será necessário.

38. Lembre-se sempre de uma coisa, perder peso não é só um objetivo, mas também uma disciplina.

39. Como uma data de evento (casamento, formatura) na vida é preciso esforço e força de vontade. É necessário planear e organizar a dieta, e não desistir nunca

40. Um dia desleixado na dieta não é desculpa para parar e engordar

⁴⁸ A *Thinspiration* é formada por vários sites da *internet* em que são apresentadas várias fotos de mulheres macérrimas, geralmente modelos famosas, as representam para as anoréxicas e bulímicas ideais de corpos, As mais populares são Kate Moss, Nicole Ritchie, Calista Flockhart entre outras.

horrores. Desistência é desculpa de pessoas fracas. E você não é fraca, não é mesmo?

No centro da experiência anoréxica encontra-se a tensão entre necessidade e a recusa de apaziguá-la. À medida que o desejo de comer aumenta, devido à privação, cria-se um embate entre o desejo e a tentativa de afastar esta tentação e a fome passa, então, a ser erotizada:

A relação 'apaixonada' da anoréxica com o objeto alimento define um objeto ao mesmo tempo idolatrado e odiado, puro e impuro, sagrado, no sentido que têm estes termos nas sociedades tradicionais. A tensão torna o objeto ainda mais presente. O objeto alimento se torna a causa de tudo para o sujeito, presa da paixão. Este não vive mais, a não ser na espera ansiosa do objeto necessário, vive dessa espera, na esperança sempre mantida de um prazer (Bidaud, 1998, p. 26).

Se para Feuerbach somos o que comemos, a anoréxica, que coloca todo o seu sentido de eu em seu corpo, é o que ela não come.

3- CONTEMPORANEIDADE E ANOREXIA: UMA AFINIDADE ELETIVA

Birman (2003) afirma que cada época desenvolve suas próprias formas peculiares de patologias e sua visibilidade será estampada nas mentes e corpos dos indivíduos. Considerando a validade desta afirmativa, torna-se possível detectar na cultura contemporânea, principalmente nas sociedades ocidentais, inúmeros fatores que estimulariam a anorexia, por associarem ao corpo magro um ideal de sucesso pessoal, este composto por características como autocontrole, racionalidade, dinamismo, competitividade, bom nível econômico de vida e beleza. Uma sociedade que cinge o ideal de beleza a um corpo jovem, musculoso e magro tem verdadeiro pavor ao que é oposto a este ideal: o corpo envelhecido, flácido e gordo.

Dessa forma, ao atrair para si o interesse sobre o código de estética corporal deste século, a anorexia têm chamado atenção não só dos médicos, mas também de sociólogos, antropólogos e juristas, sobre seus aspectos socioculturais. Há vários estudos epidemiológicos enfatizando a variável sociocultural na incidência da anorexia e sua relação ao padrão de beleza feminina que propugna um corpo cada vez mais magro, muito assemelhado ao corpo de uma pré-adolescente.

Segundo Giddens, a modernidade tem influenciado tanto a natureza da vida social cotidiana, quanto afetado os aspectos mais pessoais da existência. As instituições da modernidade dão surgimento a outros mecanismos de auto-identidade, de eu. Porém, como o eu não é uma entidade passiva, determinada apenas por influências externas, os indivíduos ao forjarem “suas auto-identidades, independente de quão locais sejam os contextos específicos da ação, [...]

contribuem para (e promovem diretamente) as influências sociais que são globais em suas conseqüências e implicações” (2002, p. 9).

Nas últimas décadas, principalmente no Ocidente, é forjada uma outra maneira de auto-identidade, firmada essencialmente no autocentramento, assumindo formas inéditas, mesmo se considerarmos que um dos traços da modernidade é o individualismo⁴⁹.

Segundo Birman, a subjetividade construída nos primórdios modernos tinha por centro as noções de interioridade e a reflexão sobre si mesmo. Nos tempos atuais, a subjetividade tem por eixo constitutivo o autocentramento conjugado, ainda que possa parecer paradoxal, com o valor da exterioridade. Assim, “a subjetividade assume uma configuração decididamente estetizante, em que o olhar do outro no campo social e mediático [sic] passa a ocupar uma posição estratégica em sua economia psíquica” (Birman, 2003, p. 23). Os desejos do indivíduo tomam direção fortemente voltada para o exibicionismo e autocentramento. Em decorrência disto, as relações sociais tornam-se esvaziadas à medida que “o outro serve apenas como instrumento para o incremento da auto-imagem” (Birman, 2003, p.25).

Nestas perspectivas, a noção de “sociedade do espetáculo” de Debord (2004) e a noção de “cultura do narcisismo” de Lasch (1983), tornam-se importantes ferramentas teóricas para compreender-se não apenas a sociedade contemporânea, mas como os indivíduos são afetados por estas influências ideológicas e como eles mesmos contribuem para promover e corroborar tais ideologias.

Debord, em seu livro *A sociedade do espetáculo*, aponta que a sociedade contemporânea é regida pela moral do espetáculo, a qual valoriza o ideal da

⁴⁹ Dumont compreende que “o indivíduo humano como valor, só aparece na ideologia das sociedades modernas” (2000, p. 215).

felicidade das sensações e da vida como entretenimento (moral do entretenimento)⁵⁰.

É necessário salientar que a vida regida pela *moral do entretenimento* não é a mesma pautada no gosto pela diversão. A diversão é um momento em que as ações e decisões éticas são colocadas em suspenso, é um momento em que permitimo-nos fazer coisas e rir do que na vida cotidiana, guiada pela ética, seriam inaceitáveis. Nas palavras de Costa:

Ao nos divertirmos rindo disso tudo, sabemos que estamos dando vazão a impulsos exibicionistas ou a desejos agressivos de transgredir normas de decoro privado e de decência pública que seriam inaceitáveis fora do contexto da brincadeira. A atividade lúdica diversória é indispensável à vida da cultura por permitir esse tipo de catarse afetiva inadmissível na interação moral corrente (2004, p. 232).

Já na *moral do entretenimento* a relação se inverte:

o modelo da diversão monopoliza a participação social e habitua o indivíduo a se eximir de pensar eticamente sobre o que acontece. A origem do hábito reside na disposição psicológica que temos para negar o que é incômodo, mas também no modo como o espetáculo traz a realidade para seu público. Nos meios de comunicação de massa, discussões sobre temas que interessam a todos ganham, como raras exceções, um pretenso caráter de 'isenção' que, no fundo, incentiva o descompromisso. A mídia, a pretexto de ser imparcial, adota um distanciamento moral dos fatos que é uma mera tática de *marketing* para agradar aos usuários e evitar que eles se entediam e troquem de canal, revista ou jornal. [...] Vícios e virtudes sociais ou são vistos como ações de pessoas com as quais o sujeito não se identifica ou como fatos dos quais não se acha partícipe" (Costa, 2004, p. 232).

⁵⁰ Como Costa adverte, felicidade é um termo polissêmico, passível de discussões intermináveis. Assim, a palavra é usada na sua acepção de senso comum, que é o melhor sentido para "a compreensão do papel dos ideais corporais na formação da identidade pessoal" (2004, p. 227). Segundo Strauss "qualquer sensação é uma maneira que tem o eu corporal de se relacionar com o mundo pelo movimento" (*apud* Costa, 2004, p. 63). O ideal da felicidade sensorial impulsiona o indivíduo a renovar, incessantemente, o espectro de estimulações sensíveis para que ele sinta que existe aos próprios olhos e ao olhar do outro. Na verdade, este é um ideal marcado pelo vazio, pois para se compensar a pobreza de sentido e de significados do prazer sensível, volta-se ao uso do corpo como *locus* de excitações desconhecidas.

Neste tipo de sociedade, o indivíduo tende a tornar-se um espectador passivo e possivelmente acrítico em relação a um mundo que lhe é apresentado por imagens, um mundo de aparências que se impõe como evidência de sua superfluidade social, pois o que antes era vivido diretamente, agora é intermediado por imagens⁵¹. O real é tomado parcialmente, enquanto a imagem se reifica e torna-se objeto de contemplação e isso é uma inversão da vida, um movimento autônomo do não vivo (Debord, 2004, p. 13).

O espetáculo não é apenas um conjunto de imagens, mais do que isso, é uma forma de relação social entre pessoas, mediatizada por imagens (Debord, 2004, p. 13). É o último estágio da “separação” do sujeito do produto de seu trabalho, processo, este, que se iniciou com a alienação que o capitalismo, segundo Marx, produziu. Há uma resignificação do conceito de alienação de Marx: da mesma forma que o trabalhador perde a referência do produto do seu trabalho e do processo de produção, o indivíduo na sociedade do espetáculo perde também a noção de totalidade, alienando-se numa pseudo unidade que o espetáculo representa, esquece-se de que a imagem e sua interpretação são produtos (feitos, manipuláveis), ou seja, são apenas um ponto de vista diante de tantos outros possíveis de existir. Esta separação do mundo vivido em imagens que o representam cria um mundo de imagens autônomas, que fogem ao controle do homem. Mas o espetáculo será hábil em unificar estas imagens por ele construídas. O indivíduo dissociado da realidade por ele produzida será religado às imagens que representam esta realidade através do “espetáculo” dos meios de comunicação em massa. “A mídia, ao mesmo tempo em que restaura a *unidade ilusória* do indivíduo

⁵¹ Segundo Jappe (1999), a partir das categorias do marxismo hegeliano do jovem Marx e Lukács, como alienação, reificação, falsa consciência, valor de troca, forma-mercadoria, fetichismo da mercadoria e trabalho abstrato, Debord usará destas categorias visando “construir uma teoria que possa compreender e combater essa forma particular de fetichismo que nasceu nesse meio tempo, que ele chama de espetáculo” (*apud* Belloni, 2003, edição eletrônica).

com o mundo, reforça a *cisão real*, impedindo-o de reconhecer que ele e os outros indivíduos são os artífices do que existe” (Costa, 2004, p. 228, grifos do autor).

Conforme diz Jappe:

Tudo que falta à vida se encontra nesse conjunto de representações independentes que é o espetáculo. Podem-se citar, como exemplo, as celebridades, atores ou políticos, que estão encarregados de representar esse conjunto de qualidades humanas e de alegria de viver que está ausente da vida efetiva de todos os outros indivíduos, aprisionados em papéis miseráveis. Os indivíduos só encontram sua unidade no espetáculo, onde as imagens que se afastaram de cada aspecto da vida fundem-se num curso comum. Mas encontram-se reunidos nele apenas *como separados*, porque o espetáculo açambarca para si toda comunicação [...] e sua justificativa é uma só: a justificação da sociedade existente, isto é, do próprio espetáculo e do modo de produção de que é originário (*apud* Costa, 2004, p. 228).

A sociedade do espetáculo conta, para sua melhor visibilidade e sua unificação, com um complexo sistema de mídias, visto por Debord como um modelo socialmente dominante, que se afirma de maneira onipresente na vida dos indivíduos, que prima pelo monólogo, que carrega a lógica da produção a nível industrial e do consumo de massa, que preenche o tempo livre dos espectadores, oferecendo-lhes produtos espetaculares como informação, lazer e publicidade (2004, p. 14).

A sociedade do espetáculo não é apenas constituída e possibilitada pelos meios de comunicação de massa, mas estes meios são sua “manifestação superficial mais esmagadora” (Debord, 2004, p. 20). São o instrumento mais conveniente ao automovimento da sociedade do espetáculo. É justamente devido à comunicação unilateral dos meios de comunicação que o sistema serve funcionalmente à lógica dominante, pois a “administração desta sociedade e

qualquer o contato entre os homens só se podem exercer por intermédio dessa força de comunicação instantânea” (Debord, 2004, p. 21)⁵².

Os meios de comunicação de massa têm a pretensão de informar-nos quem e o que somos e mesmo gerar um falso espírito de identidade nacional. Mas eles o fazem dizendo o que gostamos de fazer, os produtos de que gostamos, que candidatos iremos votar, quantos morrerão de câncer, quantos irão se casar, se divorciar etc., apoiados em análises demográficas (Lasch, 1986). Assim nos tornamos uma massa, um número, uma porcentagem, uma imagem, que pretende representar a realidade daquilo nós somos e contra a qual não nos insurgimos. Ao contrário, ficamos viciados em imagens, tal como em uma droga, na analogia de Burroughs, e elas nos tornam vitais, como o alimento: “Imagens, milhões de imagens, eis o que eu devoro. Já procurou abandonar esse vício com apomorfina?” (*apud* Lasch, 1986, p.122).

Debord afirma que a partir do momento em que a economia dominou a vida social através do espetáculo, houve uma degradação do ser para ter e atualmente do ter para parecer. Na sociedade do espetáculo, o sentido privilegiado é o da visão, e o olhar do outro é supervalorizado, à medida que eu sou o que o olhar dos outros confirma (Laender, 2004).

Segundo Costa (2004), na sociedade do espetáculo, os indivíduos são levados a verem o mundo através das lentes do espetáculo e, ainda, são estimulados a compactuar com tudo isso, tornando-se um de seus participantes

⁵² Jappe verificou que o pensamento de Debord é original, radical e oscilante. Se, por um lado, utiliza as tendências teóricas do poder paranóico, tal como o poder presente na obra de Huxley, em *O admirável mundo novo*; de Orwell, em *1984*; de Max Weber, na concepção da sociedade “desencantada”, burocratizada e racionalizada; na obra dos teóricos de Frankfurt, na idéia de sociedade totalmente administrada; de Michel Foucault, na teoria da sociedade assediada por micropoderes; por outro lado, admite que pode haver fraturas neste monólito ideológico, o que torna possível a ação livre e criativa dos indivíduos (*apud* Costa, 2004).

através da imitação do estilo de vida das personagens da moda, glorificadas pela mídia.

Porém, nem todos os indivíduos podem imitar os seus “ídolos”, pois nem todos podem ostentar riqueza ou poder político ou dotes artísticos ou boa formação intelectual, nem tampouco fazer parte de uma rede de influências que os mantêm constantemente sob os holofotes e alvo de admiração. “Resta, então se contentar em imitar o que eles têm de acessível a qualquer um, a *aparência corporal*. Daí nasce a obsessão pelo *corpo-espetacular*” (Costa, 2004, p. 230, grifos do autor).

A própria moda é um agente que propaga a estética do “corpo espetacular” (esbelto, jovem, vigoroso e de carnes rígidas), mas que também transforma seus representantes diretos (as modelos) em vítimas desta imagem que se convencionou ser a melhor para ser vista nas passarelas, nas revistas de moda, na televisão. Basta lembrarmos de alguns dos casos de modelos anoréxicas que chegaram à mídia e que foram expostos no primeiro capítulo deste trabalho.

Para conseguir chegar à cópia quase perfeita dos “ídolos”, os indivíduos são capazes de desferir extremos esforços para alcançar a *aparência* considerada ideal. Estes esforços podem ser tão radicais como violentos quanto à própria estrutura corporal: vê-se nos consultórios de cirurgiões plásticos pedidos para se ter o nariz igual ao da estrela de cinema x, busto igual ao da protagonista da novela y; mudam-se feições faciais e corpos; extirpam-se costelas para “construir” uma cintura mais fina; aplica-se silicone para criar desejadas protuberâncias; tira-se gordura de uma área e recoloca-a em outra onde pode ficar melhor e mais concernente aos padrões estéticos vigentes; aplicam-se injeções com líquidos considerados milagrosos para a eliminação de celulites, gastam-se inúmeras horas em academias de ginástica, abdica-se de inúmeros alimentos considerados “engordativos” e etc. É, nas palavras

de Costa “uma guerra encarniçada contra o próprio corpo para torná-lo signo imaginário de um modo de vida ao qual jamais terão acesso”, por isso a busca do corpo ideal torna-se uma tarefa de Sísifo, buscando uma perfeição física que é sempre adiada, porque sempre irão surgir novos “modelos“ de beleza (2004, p. 230). Este ciclo mimético “se reproduz pela própria inércia e progride aos solavancos, estancando e acelerando, em função do ritmo da moda e da mídia, em matéria de ‘novidade corporal’” (Costa, 2004, p. 231).

Raras vezes na história do Ocidente “inventamos uma maneira tão leviana de lidar com o corpo humano, contando com a conivência dos humilhados e ofendidos”, pois aqueles que não se enquadram no modelo considerado ideal, não se sentem confortável com o contorno corporal que têm, ou são impelidos a tentar todos os artifícios disponíveis no mercado (com ou sem sucesso), ou convivem, insatisfeitos, com seus corpos (Costa, 2004, p. 231).

Costa adverte que no caso de indivíduos “psicologicamente mais frágeis, a seqüência dos maus tratos auto-impostos resulta, muitas vezes, em graves distúrbios da imagem corporal”. Além de citar o fisioculturismo compulsivo (vigorexia), as compulsões por próteses ou cirurgias estéticas, cita também as bulimias e as anorexias como seqüela às tentativas mal sucedidas de obter o corpo-espetáculo (Costa, 2004, p. 231).

Um dos sintomas que caracteriza a anorexia é aquele que justamente diz respeito à imagem que a doente tem de seu próprio corpo, não é o corpo real, mas o imagético assumido pela anoréxica.

Segundo Thompson (1996), a imagem corporal é formada por três componentes: 1) perceptivo, é como o próprio indivíduo percebe sua aparência física, como ele estima o tamanho de seu corpo e peso; 2) subjetivo, envolvendo o

conceito que o indivíduo tem de sua aparência como satisfatória ou não e se isso lhe traz ansiedade ou preocupação; 3) comportamental, que visa determinar as situações que os indivíduos evitam por não estarem satisfeitos com sua aparência (*apud* Saikali *et al.*, 2004). Ambientados em uma sociedade do espetáculo, em que se é bombardeado por imagens que associam o corpo esbelto aos ideais de felicidade, sucesso, é de se considerar que estes padrões, estas imagens exteriores, venham a influenciar a própria imagem que a anoréxica tem de seu corpo, em todos os três componentes que formam a imagem corporal, através da internalização destes valores estéticos. A distorção da imagem corporal não deixa de ser alienação. O que a anoréxica experimenta em relação a seu corpo é como uma fragmentação do que é considerado o corpo, pois ela abstrai qualquer outro tipo de preocupação com o corpo que não esteja superficialmente concretizada nos ponteiros da balança ou nos centímetros da fita métrica. A saúde e o funcionamento do corpo não são fatores preocupantes para as anoréxicas. Assim, pode-se pensar que, dificilmente, haveria uma doença que simbolizasse tão bem os distúrbios da sociedade do espetáculo quanto a anorexia. Trata-se, parafraseando Weber, de um caso de afinidade eletiva.

As anoréxicas, ao incorporarem os ideais de corpo magro, ao mimetizarem o corpo das macérrimas modelos, exacerbam os esforços que levam a este ideal e acabam por devorar apenas imagens: “imagens, milhões de imagens, eis o que eu devoro” (Bourroughs, *apud* Lasch, 1986, p.122).

O conceito de “sociedade do espetáculo” e o conceito de “cultura do narcisismo” são complementares, pois as imagens são valorizadas na medida em que há um narcisismo que forneça terreno para que os conceitos relativos à sociedade do espetáculo floresçam.

Este entendimento é corroborado por Lasch, quando ele afirma que “novas formas sociais requerem novas formas de personalidade, novos modos de socialização, novos modos de se organizar a experiência” (1983, p. 76). Se cada mudança no contexto social dá origem a uma nova personalidade, podemos dizer que na cultura atual a personalidade narcisista é a que melhor se integra à sociedade, a que melhor consegue dar respostas às tensões e ansiedades da vida moderna⁵³. Além disso, as condições sociais modernas parecem estimular os traços narcisistas que todos nós temos, em maior ou menor grau, e que são fundamentais à preservação da vida.

Entretanto, graus elevados de narcisismo são considerados desordens mentais e seus sintomas são descritos no DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Tais sinais se apresentam como: sentimento grandioso de suficiência e de ser único; preocupação com fantasias de sucesso sem limite, de poder, de inteligência superior, de beleza ou amor ideal; exibicionismo (o indivíduo exige atenção e admiração constantes); indiferença ou sentimentos marcados de raiva, de inferioridade, de vergonha, de humilhação ou de vazio em resposta à crítica, à indiferença dos outros ou ao fracasso; considera-se com direito a favores especiais sem ter que assumir a reciprocidade; exploração interpessoal (tirar vantagens dos outros para satisfazer seus próprios desejos ou para seu benefício social, sem consideração pela integridade e pelos direitos dos outros); relações que alternam entre a supervalorização e a desvalorização dos outros; ausência de empatia (incapacidade para reconhecer os sentimentos dos outros).

⁵³ A mitologia conta que Narciso era um jovem rapaz muito belo e indiferente ao amor. Logo que Narciso nasceu, seus pais Céfiso e Lríope consultaram o adivinho Tirésias a fim de saberem qual seria o destino da criança. Segundo o adivinho, Narciso teria uma longa vida desde que não visse o próprio rosto. Narciso despertava muitas paixões, mas ele não se interessava por ninguém e as moças desprezadas pediam vingança aos deuses. Com pena destas moças, o deus Nêmesis, após um dia de caça, induziu Narciso a debruçar-se numa fonte de água e Narciso ao ver seu reflexo na água ficou apaixonado pela própria imagem e embevecido, permaneceu nesta posição até morrer. No lugar onde se deu a sua morte, nasceu uma flor de beleza singular (Kury, 1999).

Assim, um indivíduo patologicamente narcísico é aquele que desenvolve sua identidade e o amor a si próprio com base em uma imagem idealizada de si, das coisas e da vida em geral, negando-lhes a imperfeição ou sendo intolerante à qualquer sinal externo que lhe venha contrariar a fantasia de perfeição e seu desejo insaciável de notoriedade (Conde, 2004). Como afirma Costa (2004), as instituições sociais (tais como pátria, família etc.) só interessam ao narcisista caso sirvam de instrumentos à realização de seus desejos autocentrados, tais como o sucesso econômico, *status* ou bem-estar físico e emocional.

A despeito de ser descrita como patologia a personalidade narcísicamente extremada é observável, hodiernamente, com maior frequência, exatamente por ser contemporânea à sociedade do espetáculo. Inversamente à personalidade que era exaltada nos anos 1940, 1950 e 1960, das gerações existencialistas e *beat* (de indivíduos angustiados, melancólicos e filósofos), que está agora “fora de moda”. Da mesma maneira, são considerados ultrapassados, ou até como portadores de problemas comportamentais, os indivíduos tímidos, reflexivos e sonhadores, pois não encaixam à moral vigente da exaltação do eu e do exibicionismo. “A mundaneidade pós-moderna valoriza os carreiristas e oportunistas, que sabem utilizar os meios de se exibir e capturar o olhar dos outros, independentemente de qualquer valor” (Birman, 2003, p.191).

Os críticos da modernidade afirmam que o processo de globalização (incluindo não só a esfera econômica, mas também cultural) enfraqueceu as instâncias que tradicionalmente eram responsáveis pela formação da identidade, pessoal ou nacional, tais como a família, a religião, o trabalho, a política, a ética, as noções de coletividade. E o indivíduo sem a pressão normativa destas instituições,

viu-se impelido a focar o sentimento de identidade no narcisismo e no hedonismo (Costa, 2004).

A modernidade também estimula atitudes de sobrevivência privatizadas, conforme afirma Lasch (1986). A vida cotidiana, marcada por problemas como a falta de confiança no futuro, seja por medo da deterioração do meio ambiente, por medo do declínio econômico, da violência, de ações terroristas, faz com que as pessoas percam a confiança no futuro e desenvolvam um tipo de estratégia de sobrevivência. Este sobrevivencialismo será caracterizado por atitudes de recuo emocional frente aos compromissos a longo prazo, apatia seletiva, descompromisso emocional com os outros, a determinação de viver um dia de cada vez, práticas hedonistas e narcisistas⁵⁴. Os indivíduos vêm-se impelidos a sobreviver a estas situações através de um “mínimo-eu”, separado defensivamente do mundo exterior.

Em uma época em que as instituições antes acreditadas encontram-se enfraquecidas, em que o futuro é incerto e aparentemente ingovernável, em que há um sentimento de instabilidade em tudo, as pessoas tendem a não se interessar pelo externo coletivo e, como meio de sobrevivência, voltam seus interesses e esforços para si mesmas. Na dificuldade de se tomar as rédeas de um mundo volúvel, a única possibilidade do indivíduo assenhorar-se de alguma situação é aquela que diz respeito a seu corpo, à sua autogestão. O narcisismo se insere neste contexto tanto como uma forma de adaptação social, quanto uma forma de satisfação de desejos relacionados com o próprio indivíduo.

O narcisista possui alguns traços de personalidade que garantem o seu sucesso nas organizações políticas e em instituições burocráticas, as quais prezam

⁵⁴Segundo Giddens, para Lasch, a sobrevivência “é a preocupação comum dos indivíduos na vida do dia-a-dia, e também de redes sociais como os movimentos pela paz e ecológicos”. Ainda segundo Giddens, Lasch observou que quando as preocupações pela ecologia e paz ganham publicidade, através da mídia, elas não ecoam no indivíduo letárgico. (Giddens, 2002, p. 160).

a manipulação de relações interpessoais, que vêem com maus olhos a ligações pessoais profundas e, simultaneamente, são capazes de dar ao narcisista a aprovação que ele precisa para validar a sua auto-estima. “Embora possa recorrer a terapias que prometem dar sentido à vida e superar seu senso de vazio, em sua carreira profissional o narcisista, com freqüência, goza de sucesso considerável” (Lasch, 1983, p. 69).

Lasch afirma que a burocracia é apenas uma das formas institucionais que dá ao narcisista proeminência social, deve-se considerar também a reprodução mecânica da cultura, a proliferação das imagens visuais e auditivas que são a especialidade das “sociedades do espetáculo”. As imagens invadem a nossa vida de maneira a criar, em nós, o hábito de responder às situações como se estivéssemos constantemente sobre a advertência “sorria, você está sendo filmado”. Com as novas tecnologias de imagens, segundo a fotógrafa Susan Sontag, a “realidade passou a parecer-se cada vez mais com o que as câmaras nos mostram” (*apud* Lasch, 1983, p.73). Muitas vezes só acreditamos em nossas percepções se as imagens captadas pela câmara nos atestarem, sem elas até nossa existência e nossa história pessoal seriam motivos de dúvidas.

A tecnologia das imagens influenciou o modo pelo qual os indivíduos percebem os vários estágios de sua vida. A câmara auxilia o enfraquecimento na crença antiga de que era a educação moral que propiciava o desenvolvimento individual, sendo esta crença substituída por uma noção mais passiva, de que o desenvolvimento por estágios se dá de maneira natural, no tempo certo. Há uma noção de ciclo vital, de um esquema a ser seguido e que, uma vez observados as regras deste esquema, pode-se obter sucesso na política, no trabalho ou qualquer outra área da vida social. Lasch assemelha o conceito normativo dos estágios de

desenvolvimento a uma corrida de obstáculos, em que o mérito é chegar à linha de chegada, com os menores problemas possíveis. Segundo o autor, essa nova noção de desenvolvimento por estágios provoca uma outra mudança cultural que demanda uma resposta narcisista: a ideologia terapêutica. Esta, por sua vez, sustenta um esquema normativo de desenvolvimento psicossocial que estimula os indivíduos ao “auto-escrutínio ansioso”, em que qualquer desvio da norma seja considerado uma patologia. Assim, a medicina passa a cultuar o exame geral e periódico, a incentivar a noção de que a saúde depende da eterna vigilância e precoce diagnóstico, estes muito dependentes da tecnologia dos exames e das imagens (Lasch, 1983). Aqui reencontramos a discussão feita no segundo capítulo.

Costa (2004) aponta que, ao lado da virtude moral, representada pelo conceito de bom ou bem, agora há também o critério “qualidade de vida” que a ciência impôs. Os valores da virtude moral tradicional não foram abandonados, mas foram retraduzidos pelo “triumfalismo cientificista”. O cuidado de si que anteriormente estava dirigido para o engrandecimento da alma, dos sentimentos ou qualidades morais, agora destina-se para a saúde, a beleza, a “boa forma” e a longevidade. Estes critérios da aparência física passaram a ser endossados pela ciência, especialmente pela medicina, e passou a significar “qualidade de vida”, uma aspiração legítima à felicidade. Além disso, foi forjado um novo tipo de identidade, a “bioidentidade” e uma nova forma de preocupação consigo, a “bioascese”, como já mencionado. A bioética tornou-se o correlato moral do ideal natural da qualidade de vida, ao invés da ética político-religiosa. “Tornamo-nos, dessa forma, politeístas tolerantes, sexualmente liberados e complacentes com as pequenas transgressões morais, desde que nada disto desequilibre as taxas de colesterol” (Costa, 2004, p. 191).

Lasch também associa o medo da velhice ao narcisismo. Os homens sempre temeram a morte e mantiveram o desejo de viver eternamente, porém a intensidade que o medo da morte desperta nos indivíduos atualmente, estaria relacionada a uma sociedade que se desligou da religião e que não se importa com a posteridade. A velhice seria o sinal inexorável da morte e da deterioração do corpo. O narcisista, por possuir poucos recursos interiores, busca nos outros a validação de sua noção de eu. Busca ser admirado por sua beleza, inteligência, encanto ou poder, atributos que vão se desvanecendo com o passar do tempo. A futura velhice é algo que angustia o narcisista, pois ele não vê saídas de sublimação capazes de atenuar o que será este grande sofrimento (Lasch, 1983)

Giddens (2002) prefere usar a categoria *vergonha* para retratar as atitudes que outros autores chamam de narcisistas, por essa significar melhor o projeto reflexivo do eu.

O termo “reflexividade do eu”, idealizado por Giddens, surge a partir do pressuposto que a vida moderna está se destradicionalizando, não perdendo as tradições, já que estas se encontram mescladas entre si na modernidade, mas as tradições, hábitos e costumes estão constituindo-se como recursos adaptáveis, flexíveis. Isso abre caminho para que situações da vida moderna sempre exijam do indivíduo uma posição reflexiva, que o indivíduo pense sobre elas e decida o que lhe parece melhor diante das condições sociais (Giddens & Pierson, 2000). Esta reflexividade, que a modernidade exige, é também estendida ao núcleo do eu. Nas sociedades tradicionais, as mudanças de fases na vida dos indivíduos eram demarcadas pelos ritos de passagem, os quais visam à reorganização psíquica frente a um outro estágio de vida, estas mudanças eram totalmente previsíveis e seus contornos eram bem delineados, tal como a saída da adolescência para a vida

adulta. Nas sociedades modernas, tais mudanças não ocorrem de maneira inequívoca e

o eu alterado tem que ser explorado e construído como parte de um processo reflexivo de conectar mudança pessoal e social. Vale dizer que: uma “mobilização reflexiva da auto-identidade não se limita às crises da vida, mas é uma característica geral da atividade social moderna em relação à organização psíquica” (Giddens, 2002, p. 37).

A vergonha seria o pilar da organização psíquica do indivíduo nas condições da modernidade, pois “afeta diretamente a auto-identidade porque é essencialmente a ansiedade sobre a adequação da narrativa por meio da qual o indivíduo sustenta uma biografia coerente” (Giddens, 2002, p. 65). A vergonha é o oposto do orgulho ou da auto-estima: a confiança que o indivíduo tem na integridade e no valor de sua identidade. “Fundado sobre o laço social, o orgulho é continuamente vulnerável às reações dos outros, e a experiência da vergonha freqüentemente se localiza naquele aspecto “visível” do eu, o corpo” (Giddens, 2002, p.67). Freud ligou diretamente a vergonha ao medo da exposição da nudez, o que simbolicamente significa que vergonha é estar nu diante do olhar do outro.

Realmente os indivíduos podem ser críticos quanto aos ideais e imagens do capitalismo de consumo, mas entre a posição cognitiva da crítica e não se deixar levar por esta tendência há uma grande diferença. Muitas pessoas sabem como são “manipuladas”, têm completa consciência disto, mas não conseguem oferecer uma resposta real que colida com os valores deste tipo de sociedade, pois afrontar os valores sociais estabelecidos sempre significa suportar as conseqüências de ser desviante.

As anoréxicas, por exemplo, na maioria, são pessoas bem instruídas e capazes de compreender criticamente a elaboração do valor do corpo magro na

sociedade atual e a beleza como um construto social. Entretanto, a ânsia de estar totalmente integrada na sociedade, de obter a admiração dos outros e estar feliz com o seu corpo por ele estar magro, faz com que todo o pensamento crítico seja suspenso e, então, a anoréxica leva seu ideal de corpo magro às mais extremas conseqüências. Seu ideal é corresponder aos padrões, ela não intenta desafiar as regras sociais, pois é dependente do olhar admirado do outro.

A anoréxica considera-se com uma personalidade forte o bastante para não se deixar sucumbir às tentações que possam desviá-la de seu projeto, de sua autogestão. Convém novamente realçar que a força de vontade, o querer, representa para a anoréxica o comando ativo de sua vida e a presunção do saber absoluto, pois na construção de seu ideal de corpo, ignora a opinião dos que a alertam para a sua magreza excessiva, mas não é conscientemente capaz de se insurgir contra os valores associados à beleza magra ou mesmo desafiar os critérios do belo. Tal ambivalência, paradoxalmente, induz a anoréxica a valorizar a opinião que consente a beleza como sinônimo de magreza, mas a desprezar a opinião daqueles que a alertam para o fato de estar magra demais e, portanto, fora dos padrões de beleza e saúde. Nesta busca pela beleza, ocorre um efeito perverso, a magreza que teria o condão de levá-la ao modelo corporal ideal, transmuta-se em doença e desvio, o que também se torna uma ambivalência.

O conflito ambivalente para Freud faz parte da socialização humana, podendo ser entendido da seguinte maneira:

juntamente com a veneração e, na verdade, idolatrização sentidas por elas [as pessoas], existe no inconsciente uma corrente oposta de hostilidade intensa; que, na realidade, como esperávamos, resulta em uma situação de ambivalência emocional (Freud, 1913, edição eletrônica).

A existência da anoréxica é orientada pelo eixo da estética. A inflação de seu ego pautará as relações sociais de forma a dificultar o reconhecimento às diferenças corporais e à alteridade.

A emergência do mundo midiático e a personalidade narcisista corroboram com uma indústria ávida por vender seus produtos e o corpo transforma-se em mercadoria, engendrando uma cultura do consumismo. Esta é a mola propulsora do que se conceituou “estilo de vida”, em que o corpo, as roupas, os entretenimentos de lazer, a comida, a bebida, a casa, as viagens tornam-se indicadores de individualidade, gosto e sensibilidade do consumidor ou proprietário (Featherstone, 1995). Há também, corroborando a cultura do consumismo, a “estetização da vida cotidiana” em dois sentidos. O primeiro pode ser designado pela tentativa de transformar a vida em arte, isto é: o gozo da vida torna-se estético, a procura incessante de “alargamento do eu” através de novas sensações e gostos ou ainda ligado à concepção de modernidade de Baudelaire, cuja figura símbolo é o *dândi* que faz do seu corpo, comportamentos e paixões, enfim, de sua própria existência uma obra de arte. O segundo sentido diz respeito a uma vida em que há uma produção veloz de signos e imagens, os quais são manipulados pela mídia, a qual tem por fim a constante reativação e produção de desejos, principalmente materiais (Featherstone, 1995).

A anorexia é muitas vezes descrita, tal como já mencionado, pelas próprias anoréxicas, como um “estilo de vida”, o qual consiste em comer o mínimo possível, fazer muitos exercícios, estar no controle de si através da regulação do apetite e o ideal de chegar a um corpo sem adiposidade. Para elas o corpo é um objeto de autoplastia que, a partir de sua transformação e enquadramento nos ideais propalados de beleza, torna-se expressão de um “eu” potente e autocontrolador.

Esse “estilo de vida” requer uma disciplina árdua e por isso necessita de uma boa dose de ascetismo, que contemporaneamente tem assumido o valor de bioascese.

Pesquisas apontam que a anorexia é essencialmente uma “doença do gênero feminino”, pois as mulheres representam cerca de 90 a 95% dos casos verificados (Ballone, 2003; AMBULIM). À mingua de qualquer evidência biológica que sustente a maior incidência em mulheres, volta-se para os fatores sociais.

Se, conforme aponta Foucault (2001), a racionalização da sociedade ocidental, no século XVIII e início do século XIX, aliada à difusão dos procedimentos científicos e tecno-científicos, transformaram o corpo humano em objeto de exploração e controle, engendrando a institucionalização pelo panoptismo, o corpo da mulher sempre foi visto como um perigo à ordem social. O fato de a mulher ser designada e diferenciada pela sua função reprodutiva fez com que o seu corpo e sua sexualidade estivessem, ao longo da história, sob o controle de normas sociais específicas.

Hoje, embora haja consenso de que a mulher vem conquistando espaços sociais nunca antes imaginados, a ideologia da beleza surge como um ideal e também como uma norma social que submetem a mulher ao desconforto com seu corpo e à insegurança psíquica (Wolf, 1992). Por outro lado, há abundante oferta de cosméticos milagrosos, academias, dietas e cirurgias plásticas que prometem auxiliar na obtenção do “corpo ideal”. A gordura, o sedentarismo, o envelhecimento, características de feiúra passam a ser defeitos morais. Segundo Ortega,

O tabu que se colocava sobre a sexualidade desloca-se agora para o açúcar, as gorduras e taxas de colesterol. A anorexia constitui um bom exemplo da relação entre dietética, moral e bioascetismo, bem como, do deslocamento para o corpo da sexualidade como *locus* privilegiado de problematização moral. Na minha interpretação, a anorexia estaria para o século XX como a histeria para o século XIX (2003, edição eletrônica).

Diante das exposições acima, nota-se a importância da questão de gênero frente à exploração da anorexia como uma patologia de reflexos sociais, o que será minha maior preocupação a seguir.

Rousseau, pensador da ordem social, tema tão caro às ciências sociais, através da teoria do contrato social, é capaz de nos dar mostras interessantes de como a sociedade patriarcal foi organizada e que lugar era atribuído à mulher. Segundo ele, devido à natureza, o homem pertenceria ao mundo exterior e a mulher ao mundo interior (*apud* Amorós, 1985). Este mito, denominado mito da domesticidade da mulher, perdurou por muito tempo, controlando materialmente os corpos das mulheres e até hoje ainda podemos encontrar alguns de seus traços em nossa cultura.

O célebre filósofo preocupou-se com o problema da ordem social na teoria do contrato social, pois via na urbanização e na densidade populacional um empecilho à coerência moral e à dignidade do indivíduo. O adensamento urbano tinha o sério inconveniente de tornar os indivíduos muito dependentes da opinião dos outros e criava o sentimento de “amor-próprio”. O problema da desagregação social proposto por ele partia da premissa de materialidade dos corpos particulares, inclusive no tocante à sua reprodução no espaço urbano, o que dificultaria os controles morais interpessoais. O mal da sociedade estaria nas comparações públicas e na dependência que os indivíduos tinham da reputação social, mais que da reputação pessoal. À medida que a população aumentava, a urbanização começou a corromper os homens “expostos à civilização”. Nas grandes cidades “tudo se julga pela aparência, devido a que não se encontra tempo livre para examinar nada”, isso estimularia o egoísmo centrado na reputação pessoal (Rousseau *apud* Turner, 1989,

p. 139). O teatro estimularia este tipo de egoísmo, principalmente nas mulheres, que adornavam seus corpos na busca de atenção pública (Turner, 1989).

Durkheim discorda deste posicionamento, pois, para ele, o aumento populacional e a divisão social do trabalho resultariam em uma sociedade baseada na reciprocidade (solidariedade orgânica) em que o indivíduo estava mais livre em relação à consciência coletiva.

Entretanto, mais próximo ao nosso tempo, Turner considera que a questão de Rousseau veio a ser respondida pelas análises de Foucault nos termos da sua tese de “anatomo-política do corpo humano” e a “biopolítica da população”. Segundo Foucault (2001), os perigos políticos representados pelos corpos no meio urbano seriam amenizados através das microdisciplinas do controle. Assim, o sistema do panoptismo foi difundido a todas as esferas da sociedade; a vigilância e a supervisão das populações urbanas garantiram um modelo normativo que se baseava na classificação, regulação e adestramento do corpo individual. Pode-se extrair das obras de Weber e Foucault que o processo de burocratização e racionalização no meio urbano cada vez mais subordinaram os indivíduos às disciplinas racionais.

O Liberalismo do século XIX teve de haver-se com a ética da sociedade industrializada, as pressões demográficas na economia, a escassez econômica e a instabilidade política (Turner, 1989).

Estas ansiedades voltaram-se para as mulheres da classe média, guardiãs do lar e dos bons costumes, as quais eram consideradas mais expostas aos perigos sexuais da vida urbana e outros tipos de degradação moral como envaidecimentos, insultos e roubos. O fato de a mulher permanecer no lar evidenciava o *status* econômico de seu marido e a sua inocência sexual, representando a dependência

econômica e erótica da mulher em relação ao marido e a centralidade deste. Quando a segurança nas ruas das cidades aumentou, através de um aparato policial, da iluminação pública e da redução da violência urbana, a mulher começou a sair sozinha pelas ruas e os homens começaram a inquietar-se com esta independência (Turner, 1989). A partir de 1872 é que se têm os primeiros registros de agorafobia – distúrbio caracterizado pelo temor a espaços abertos ou com muita gente – em mulheres e que continuam ainda hoje com os mesmos sintomas, sentindo desassossego ao deixar o lar, ao viajar e freqüentar lojas⁵⁵. Freud observou que o agorafóbico tem medo da sedução sexual e dos interesses sexuais dos estranhos. A agorafobia nas esposas pode ser compreendida como uma resposta à ansiedade dos maridos com relação a manter a mulher no ambiente doméstico cuidando da família e expressa a dependência da mulher à segurança do lar e do seu papel social, bem como manifestava e reproduzia a dependência feminina (Turner, 1989).

No século XX, a crescente demanda de trabalho, as crises provenientes da guerra e o capitalismo fizeram com que a mulher se inserisse na vida pública através do trabalho e, desde então, entre os padecimentos femininos incluíram-se também as questões relativas à aparência. A dieta, cujo uso era anteriormente dirigido ao controle das paixões pela religião ou pela medicina, passou a ser utilizada com fins estéticos, como meio de se obter uma boa aparência que a vida pública exigia, notadamente com o advento da sociedade do espetáculo.

Na mesma época a histeria foi catalogada como uma perturbação exclusivamente feminina, cuja cura seria o casamento. A personalidade histérica era “impressionável, sugestionável e narcisista; altamente instável, mudando de humor repentinamente e dramaticamente por razões aparentemente irrelevantes [...]

⁵⁵ Cerca de 80% das pessoas que sofrem de agorafobia são mulheres (Jaggar & Bordo, 1997).

egocêntricas ao extremo [...] essencialmente assexuada e não raramente frígida” (Smith-Rosenberg, *apud* Jaggar & Bordo, 1997, p.23). Os médicos faziam uma relação direta entre os órgãos genitais, sexualidade e doença mental para argumentarem sobre as causas da histeria, do onanismo, da ninfomania, da prostituição, da clorose etc. A puberdade era vista como o estopim para estas doenças, então a mãe da adolescente era aconselhada a retirar a filha do colégio, prejudicial devido ao convívio que oferece e às exigências intelectuais, e educá-la em casa, enquanto aguardavam o casamento (Rohden, 2001). A medicina clássica assentia que a histeria era causada pelo subemprego do útero (Turner, 1989). Só mais tarde, com Freud, houve a ruptura desse paradigma e a histeria passou a ser compreendida como uma somatização de origem sexual das neuroses, deslocando-se para o eixo simbólico o que até então estava somente no eixo biológico (Fontelle, 2007).

A anorexia, outro distúrbio quase exclusivamente feminino que alguns consideram até mesmo como uma “doença do gênero feminino”, datada desde a Idade Média, tal como já evidenciado no primeiro capítulo deste trabalho, é uma forma clara da cultura em que mulher está inserida. Se na Idade Média as razões da anorexia estavam ligadas à devoção religiosa, ou a um artifício para recusa de um casamento arranjado, hoje se pode dizer, concernente com as mudanças e ideais culturais, que suas razões sociais encontram-se num ideal de corpo proposto pela moral da beleza.

A agorafobia, a histeria e a anorexia são doenças emblemáticas da condição feminina na cultura e podem, portanto, ser consideradas “enfermidades de representação”, por enfocarem as dimensões sociais do corpo e da sexualidade feminina. A este rol, Turner colocará também o onanismo, considerada, pela

medicina clássica, uma doença do “autoabuso sexual”. Turner usará as categorias de tempo e espaço, que são também representações, para assim interpretar tais doenças:

Se a histeria e o onanismo são, por assim dizer, afecções de tempo, isto é, devidas a uma demora, a anorexia e as fobias são enfermidades do espaço, é dizer, da posição do corpóreo no espaço social; estas são enfermidades de representação. O mais óbvio exemplo desta relação entre espaço e enfermidade é a agorafobia, que é literalmente o medo da rua. A demência masturbatória, a histeria, a anorexia e a agorafobia são etiologicamente, enfermidades de dependência, e seu tradicional diagnóstico e tratamento reforçarão e legitimarão a vigilância patricarcal (1989, p. 126).

A beleza, nas culturas ocidentais, cujo valor foi intensificado na modernidade, sempre foi associada à feminilidade (Del Priore, 2000). Todavia, seus cânones mudaram no tempo: “[d]e esbelta à roliça e de natural à pintada, a silhueta e o rosto femininos foram correspondendo às diferentes condições de dieta, de estatuto e de riqueza, dando origem a novos padrões de aparência e gosto, a novos ideais de beleza e erotismo” (Grieco, 1991, p. 81)⁵⁶. A beleza deixa de ser um dom, um acaso da natureza para ser produzida. O que chama atenção na contemporaneidade não é a imposição de um modelo normativo de beleza, pois toda a cultura possui um ideal de beleza, nem tampouco é o discurso afirmativo da importância do ser bela, mas sim o fato de que agora, a mulher só não é bonita se ela não o quiser (Novaes & Vilhena, 2003). A beleza passa ser uma questão de responsabilidade e esforço individual, desta forma, do caráter de natureza passa ao de cultura, de estética passa a ética.

Esta mudança que engendrou a beleza como ética, através os esforços individuais, auxiliou a aceitação pública da dieta, dos exercícios, dos usos de cosméticos e da cirurgia plástica. Ressalta-se também o fator da “psicologização” da

⁵⁶ Um exemplo disso é que a teoria feminista prefere utilizar o termo “feminidade” ao invés de “feminilidade”, devido a este termo já estereotipado estar no senso comum ligado ao aspecto da beleza da mulher.

aparência, em que auto-estima e aparência equivalem-se. A popularização do conceito de “complexo de inferioridade” criado por Adler, por volta de 1920, serviu para explicar como a má imagem pessoal, entendida como o desvio das normas de aparência corporal, poderia ser prejudicial ao indivíduo ao criar uma “barreira psicológica” para o sucesso e o gozo de uma vida plena (Edmonds, 2002).

Note-se, sobre a beleza como ética, o que fala Helena Rubinstein, a primeira mulher a abrir um salão de beleza e, após, uma indústria de cosméticos (que levou seu nome) e foi considerada uma das mulheres mais ricas do mundo:

Não existe mais mulher feia [...] a mulher inteligente, que queira de verdade, pode tornar-se pelo menos, bonita [...] Até onde ela irá depende apenas dela [...] Nos tempos atuais, é imperdoável que a gravidez faça com que a mulher perca a sua silhueta [...] a mulher deve ter um belo corpo para mostrar após os filhos estarem criados (*apud* Rouet e Novaes & Vilhena, 2003, p. 25).

A beleza toma-se sinônimo de cuidado de si e de higienização:

O melhoramento de si mesmo é uma espécie de higiene pessoal elevada ao cubo. Partindo do princípio de que por uma questão de saúde básica, você precisa cuidar de seus dentes, indo regularmente ao dentista, também precisará cuidar de sua pele, dos cabelos, unhas. E das roupas, é claro: elas são a sua segunda pele. Não é fazer apenas o mínimo para não parecer indigente. É fazer o máximo (*Pascolato, apud* Goldenberg & Ramos, 2002, p.34).

A mídia ocupa um papel fundamental nesta maneira de entender a beleza e o próprio corpo. Na “sociedade do espetáculo”, a mídia apresenta e força o ideal normativo de beleza, associando a beleza à felicidade, à satisfação sexual, ao amor romântico, ao sucesso no trabalho, ao bem-estar psíquico etc... E o paradigma da beleza é o corpo magro, sem marcas de envelhecimento e flacidez, sem celulites, estrias e com a musculação enrijecida. Formas opostas a este paradigma são

execradas⁵⁷. As modelos que ilustram os editoriais de moda são, conforme os critérios médicos, consideradas desnutridas, mas, como já afirmamos, elas simbolizam todo o *glamour* do mundo da moda, tornam-se foco das atenções e são imitadas por muitas mulheres. “A tirania da perfeição física empurrou a mulher não para a busca de uma identidade, mas de uma identificação” (Del Priore, 2000, p.13).

Além disso, a mídia apresenta aos espectadores as maneiras obter-se tudo o que é mostrado, a publicidade, então, faz do corpo “o mais belo objeto de consumo” (Goldenberg & Ramos, 2002). O consumo é produzido como “estilo de vida” e cria seu próprio produto: um consumidor intranquilo e descontente com sua aparência, ávido por consumir cosméticos, por gastar com academias de ginástica e por submeter-se a cirurgias plásticas estéticas (hoje anunciadas livremente nos canais de televisão, sendo que uma das táticas é anunciar que o preço da cirurgia pode ser pago em até 48 parcelas financiadas por grandes bancos). Existem vários remédios, endossados ou não pelo Ministério da Saúde, para diminuir o apetite e emagrecedores ditos milagrosos; há vários livros sobre dietas “da moda”, pois a cada verão aparece um novo tipo de dieta capaz de produzir “resultados incríveis”; vende-se vários produtos que pretendem substituir uma refeição e emagrecer. A dieta aparece como um “estilo de vida”.

Apesar das várias conquistas do feminismo, tal como o controle sobre a reprodução, a ocupação de postos de trabalhos outrora somente ocupados por homens, a presença na vida política, a queda do mito da domesticidade da mulher,

⁵⁷ Embora os padrões de beleza valorizem a magreza, esta não é a realidade da maioria dos brasileiros. O Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), visando conhecer o estado de saúde dos brasileiros e selecionando os possíveis causadores de doenças crônicas não transmissíveis, realizaram uma pesquisa, por telefone, com 54 mil brasileiros maiores de 18 anos. Os resultados apresentados em março deste ano deram conta que 43% dos brasileiros estão acima do peso (IMC acima de 25) e os obesos somam mais 11,4% (IMC acima de 40). Dados encontrados no sítio do órgão oficial do governo brasileiro, Agência Brasil. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/03/14/materia.2007-03-14.8938665184/view>> Acesso em 15 jun 2007.

ainda hoje as mulheres encontram-se fortemente oprimidas, pois continuam a gravitar num mundo de estereótipos que elas mesmas ajudam a propagar, como a preocupação com a aparência e a própria redução da identidade a esta aparência (Détrez & Simon, 2006), levando a mulher a uma verdadeira restrição de sua liberdade mental (Brownmiller, *apud* Marzano-Parisoli, 2004). Conforme Wolf, o mito da beleza é uma arma usada politicamente contra as mulheres, de forma reacional às conquistas femininas:

A reação contemporânea é tão violenta, porque a ideologia da beleza é a última das antigas ideologias femininas que ainda tem o poder de controlar aquelas mulheres que a segunda onda do feminismo teria tornado relativamente incontroláveis. Ela se fortaleceu para assumir a função de coerção social que os mitos da maternidade, domesticidade, castidade e passividade não conseguem mais realizar. Ela procura neste instante destruir psicologicamente e às ocultas tudo de positivo que o feminismo proporcionou às mulheres material e publicamente (1992, p.13).

Acredita-se que hoje vivemos em uma época mais libertária para as mulheres, em que elas podem usar menos roupas, pois as minissaias e o biquíni foram vistos como um avanço. Porém, quando se tem em mente as normas estéticas que as mulheres devem seguir para mostrar seus corpos, nota-se que, na realidade, a mulher vive na ambivalência de expor o corpo, provando assim sua “modernidade”, e sentir-se desconfortável com isso, pois teme afrontar os padrões normativos e ser alvo de comentários não elogiosos ou críticos (Goldenberg, 2002).

As mulheres ganharam [...] a liberdade de se vestir como querem: podemos escolher desde a minissaia à calça comprida. Mas não podemos esquecer que essas liberdades têm suas ambigüidades: não usamos mais o espartilho, mas os corpos têm de ser magros e malhados; podemos mostrar as pernas, mas elas têm de estar depiladas... E todas possuem a mesma liberdade! Pergunte para as gordas, velhas e pouco esportivas... (Détrez, *apud* Whiteman, 2006, p.45).

Elias (1994), escrevendo sobre o processo civilizador, afirma que no processo de civilização dos costumes os momentos que parecem ser de maior lassidão moral, na verdade desenvolvem-se dentro de contextos em que são esperados um maior controle do comportamento, dentro do que se considera “civilizado”. Um exemplo disso é o uso de traje de banhos que exigiu dos homens e das mulheres um maior autocontrole de seus impulsos sexuais do que se os corpos estivessem mais vestidos.

A pressão pela beleza, a qual principalmente as mulheres estão submetidas, pode ser vivida sob o aspecto do psiquismo, gerando mulheres sempre inseguras e submissas ao olhar e julgamento do outro, mas também pode ser inscrita no corpo concreto, através de atitudes até certo ponto consideradas normais, habituais, como a dieta e o exercício, ou de forma extremada como a anorexia. O corpo esquelético da anoréxica apresenta-se, evidentemente, como uma caricatura do ideal de magreza contemporâneo de corpo belo. “Mas a magreza é apenas a ponta do *iceberg*, pois ela exige por si mesma interpretação. ‘É os sentido que faz vender’ disse Barthes, falando de estilos de roupa⁵⁸. Da mesma forma, também é o sentido que torna o corpo admirável” (Bordo, 1997, p.24).

O ideal de magreza atual parece um contra-senso, pois nunca na história da humanidade os alimentos foram de tão fácil acesso e, por outro lado, nunca se dispôs de tanto conforto quanto aos bens de consumo. Na Idade Média, em que os trabalhos eram fisicamente penosos e havia dificuldade em alimentar-se com abundância, o ideal de beleza era o da mulher gorda. O ideal de beleza parece andar sempre na contra-mão da realidade material dos indivíduos. Pode-se dizer que a beleza pode ser interpretada como a “encarnação” do que Bourdieu chamou de “capital simbólico”:

⁵⁸ No original, em francês: *C’est le sens qui fait vendre*.

O capital simbólico – outro nome da distinção – não é outra coisa senão o capital, qualquer que seja a sua espécie, quando percebido por um agente dotado de categorias de percepção resultantes da incorporação da estrutura da sua distribuição, quer dizer, quando conhecido e reconhecido como algo óbvio (2002, p. 145).

A beleza, inserida no contexto de “sociedade do espetáculo”, “cultura do narcisismo” e consumismo, torna-se um capital simbólico, apto tanto a promover a “distinção social” (pois a beleza não é a regra, mas o excepcional) e a transformar-se em capital econômico. A exemplo de adolescentes que sonham em se tornar modelos por vislumbrarem nesta profissão oportunidade de ascensão social, econômica e de serem “respeitadas” e “admiradas” ao olhar dos outros. Segundo Wolf (1992), a beleza da mulher pode até significar um tipo de moeda nas relações entre homens e mulheres no “mercado” de casamentos burgueses: uma mulher magra, bela e jovem tem maiores possibilidades de ascender socialmente através do casamento.

De acordo com a leitura de protesto das feministas, as patologias que mais assolam as mulheres podem ser vistas, no plano funcional e simbólico, como protestos contra todas as renúncias que habitualmente são exigidas das mulheres. Desta forma, a agorafobia pode ser compreendida como uma forma de reação ou de resistência ao novo papel de dona de casa, aquela que faz compras, que leva as crianças à escola, ao médico, que acompanha o marido aos eventos sociais, que usa o espaço público para satisfazer obrigações que nem sempre ela gostaria etc. A histeria seria um meio pelo qual as mulheres poderiam manifestar, geralmente inconscientemente, sua insatisfação com o papel de “anjos abnegados” ao marido e aos filhos, contra a ordem simbólica do patriarcado e a vontade de regressar a um mundo de valor semiótico materno. Conforme Ohrbach, a anoréxica estaria engajada em uma “greve de fome” – e entenda-se este termo também como um

termo político –, na qual o ato de recusar a comida e a busca pela diminuição de seu contorno corporal exprimem o que ela não é capaz de dizer com palavras: a indignação contra uma cultura que torna as mulheres envergonhadas de seus apetites e que suprime a fome feminina e que exige delas um trabalho constante de transformação e adequação do corpo aos padrões sociais (*apud* Bordo, 1997).

Estas formas de protesto, tendo a somatização como ordem, acabam por se voltar contra as próprias mulheres, ao mesmo tempo que transformam o corpo em um “fetiche todo poderoso”, privilegiado em relação a todos os outros objetos atrativos de atenção. No sentido simbólico, o protesto acaba por encerrar a mulher cada vez mais no seu mundo pré-estabelecido conforme os papéis sociais e a mudez que dela se espera. Esta mudez é uma automutilação, se pensarmos haver “uma correspondência entre espaço de corpo e espaço de mundo, na qual se impõe ao corpo o que não se pode impor ao mundo cuja existência se quer ignorar” (Breyton *et al.*, 2002, p. 73).

A anoréxica vive um dilema: não se pode tornar gorda, porque gordos são estigmatizados, mas ao “incorporar” (figurativa e literalmente) os padrões de beleza socialmente difundidos, introjeta-os com tamanha intensidade que chega a um outro extremo: a magreza excessiva, também fora dos padrões⁵⁹. Quando ela se torna anoréxica, sofre, assim como os gordos, o estigma. O estigma é ainda mais intenso porque a anorexia é considerada uma doença psiquiátrica, que necessita internamento hospitalar e que demanda constante controle pelos médicos,

⁵⁹ Goffman explica que o estigma para os gregos eram os sinais corporais que expressava alguns atributos extraordinários ou maus sobre o *status* moral de quem os possui. O estigma é reducionista porque leva em conta apenas uma característica de onde se extrai um julgamento moral do indivíduo. Os estigmas podem ser corporais (como defeitos físicos); podem recair sobre a culpa de caráter individual (vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, como doença mental, alcoolismo etc.) e podem ser tribais de raça, nação e religião. “Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais, efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construimos uma teoria do estigma, e uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social” (1988, p.15).

enfermeiros e familiares. A anoréxica adentra, então em um estado limiar, entre a vida e a morte, que é a doença. Se até então ela não se considerava doente, agora há todo um discurso médico (biopoder), pretendendo convencer a anoréxica de sua doença e que, para tanto, recruta também as pessoas em que a anoréxica confia, como os familiares e pessoas mais íntimas, como já mencionado. A anoréxica deverá dedicar-se a incorporar uma nova disciplina e novas convicções acerca do seu corpo e do que será o ideal de agora em diante.

As patologias femininas como agorafobia, histeria e anorexia, usadas como protesto ou não, na verdade são estados que parecem totalmente integrados e coadunadas aos preceitos culturais, pois seus sintomas funcionam justamente no sentido de validar e de buscar tais preceitos, introjetando-os.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o percurso teórico desta pesquisa, a anorexia foi conceituada como uma doença catalogada e tratada pela medicina, pela psicologia e psicanálise, mas que também apresenta um forte componente social, tornando esta patologia objeto de estudo das ciências sociais. Sem negar ou inferir a prevalência de nenhuma destas disciplinas com relação à anorexia, é que elegi o fator sócio-cultural para aprofundar neste estudo, resgatando, de autores das ciências sociais, conceitos que, em meu ponto de vista, poderiam fornecer uma associação entre anorexia e o mundo contemporâneo.

Tratar da anorexia sob a perspectiva sócio-cultural implicou em abarcar as questões relativas à sua definição pela medicina, o olhar genealógico sobre esta ciência, salientando suas bases sociais, os tratamentos por ela prescritos, o valor social atribuído à alimentação e a relação que a anoréxica estabelece com a dieta, além de buscar compreender como os valores da “sociedade do espetáculo”, da “cultura do narcisismo” e a construção do gênero feminino podem incentivar o desenvolvimento desta doença.

No breve histórico da anorexia mostrei o desenvolvimento de sua definição, que de *anorexia mirabilis* (perda de apetite por milagre) transformou-se em sintoma de possessão diabólica, para depois ser tratada como uma enfermidade física e/ou mental. A partir deste ponto, em que perdeu seu estatuto metafísico, a anorexia pode transformar-se em objeto de estudo da medicina, da psicologia e da psicanálise e o desenvolvimento de seu diagnóstico, nosologia e tratamento esteve adstrito ao próprio desenvolvimento teórico-empírico destas ciências. A própria

medicina, como um saber-poder, torna-se um eficaz instrumento de controle corporal, pois é perpassada por questões culturais, éticas e políticas, as quais influenciam o entendimento do normal e do patológico, do risco e das atitudes de prevenção.

A relação perversa estabelecida com a alimentação é uma dos primeiros sintomas identificatórios da anorexia. A alimentação foi analisada neste trabalho como um “ato humano total” que engloba as esferas social, biológica e psíquica da vida, tornando-se ponto de fulcral interesse sociológico e antropológico. Considerei que a anoréxica desenvolve uma relação erotizada com o alimento: este, levando-se em conta seu valor calórico, é a preocupação recorrente da doente; ela sabe que precisa recusá-lo, porém, a recusa tende a aumentar a sua fome e, por conseguinte, maior será a sua vitória ao manter-se alheia às demandas biológicas, fato que lhe traz o sentimento de controle e autodomínio, qualidades caras em nossa sociedade guiada pela exaltação da disciplina e do controle. Aliás, é necessário salientar a injunção contraditória da sociedade: em nenhuma outra época dispusemos de tamanha facilidade alimentar e nem de alimentos tão calóricos, mas, ao mesmo tempo, nunca fomos tão estimulados a manter uma dieta pobre em calorias e a nos manter magros. A dieta alimentar e os exercícios físicos, hodiernamente considerados como hábitos saudáveis, como um “estilo de vida”, são incorporados ao extremo pela anoréxica visando a rápida perda de peso corporal.

O conceito de “sociedade do espetáculo”, em que a vida é apreendida através de imagens, em que se exalta a superficialidade e a aparência, ao se complementar com o conceito de “cultura do narcisismo”, em que os indivíduos são autocentrados na sua imagem idealizada e seus interesses são voltados para si mesmo, tornou-se uma importante ferramenta teórica para análise de um dos atributos da moral

contemporânea: a boa forma, compreendida por um corpo magro, jovem, rígido. A imagem corporal, além da estética, ganhou componentes éticos, sendo o local de exteriorização das virtudes de caráter, tais como autodeterminação, força de vontade, controle e cuidado de si mesmo. Para isso contribuíram as técnicas de consecução da beleza, como cirurgias plásticas, ginásticas, cosméticos e dietética, desta forma a beleza de “sorte” ou acaso genético passou a ser um “trabalho”, eficazmente expressado pelo termo *body building*, instaurando-se a autoplastia dos corpos. Conseqüentemente, o que se desviou deste ideal de beleza, a obesidade, a flacidez, as rugas, são consideradas, além de marcas corporais, marcas de uma personalidade pouco vigorosa, relaxada, displicente, incivilizada (no sentido de não incorporar valores difundidos pela sociedade) e anti-higiênica.

Como foi visto, 95% dos casos diagnosticados de anorexia são em mulheres, a partir deste dado, e à falta de qualquer evidência estritamente biológica que explique a propensão do organismo feminino para a anorexia, voltei-me à questão de gênero. Historicamente os valores da beleza estão mais associados às mulheres do que aos homens, embora, na atualidade, uma parcela de homens, conhecidos por metrossexuais, também se preocupe com as questões estéticas. Apesar deste fato, é sobre a mulher que recai o fardo das exigências estéticas que, muitas vezes, deturpam-lhe a própria percepção e crítica, conduzindo-a, não raro, à anorexia – doença que pode induzir, como já se viu, inclusive à morte. Segundo as teorias feministas, por mim esposadas, o ideal de beleza feminino é o substituto de toda ideologia que as mulheres, ao longo de muita luta, conseguiram derrubar (domesticidade da mulher, os mitos da maternidade, da castidade e da passividade). Este ideal escraviza as mulheres, tornando-as sempre insatisfeitas com a própria imagem e, por conseqüências, provavelmente mais inseguras de si, tanto na vida

pública (mercado de trabalho) quanto na vida privada (relacionamentos amorosos). Não só a anorexia, mas a agorafobia e a histeria – doenças que mormente acometem mulheres – estão ligadas a questões de representação do feminino na sociedade.

A anoréxica, no afã de estar bem inserida aos padrões de beleza e socialmente e assim ser alvo do olhar admirado do outro, introjeta os ideais de beleza difundidos, principalmente pela mídia, e desenvolve verdadeiro pavor à gordura. Ao introjetar de forma extremada este valor, lutando com todas as suas forças contra seu peso corporal, torna-se magra demais e, ironicamente, desviante dos padrões corporais considerados normais.

Este trabalho não tem a pretensão de esgotar a abordagem da anorexia como um fenômeno social, até mesmo porque os conceitos sociológicos também são frutos de uma determinada época e perspectiva. Dentre o recorte dos conceitos sociológicos, utilizei aqueles que, conforme meu ponto de vista, pareceram-me capazes de compreender as circunstâncias e valores sociais que poderiam relacionar-se com a anorexia, embora saiba que existem muitos outros.

Ao finalizar, espero não apenas instigar, mas, também, oferecer algum subsídio para que esta doença, hodiernamente tão freqüente, seja explorada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUCHAIM, Ana Luíza G.. Aspectos históricos da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

_____. , SOMENZI, Lígia & DUCHESNE, Mônica. Aspectos psicológicos. NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

AMBULIM: Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em <<http://www.ambulim.org.br/cadastro/index.html>>. Acesso em 20 mar. 2007.

AMORÓS, Célia. **Hacia una Crítica de la Razón Patriarcal**. Barcelona: Anthropos Editorial del Hombre, 1985.

ANGELIS, Rebeca C. de. Novos conceitos em nutrição: reflexões a respeito do elo dieta e saúde. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v.38, no. 4 out./dez. 2001.
Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ag/v38n4/14265.pdf>> Acesso em 14 jun. 2007.

AYRES, José Ricardo de C. M.. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, vol 5. supl. 1, 2002.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2007.

AZEVEDO, Angélica de M. C. & ABUCHAIM, Ana Luíza G.. Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

BALLONE, G. J.. Anorexia Nervosa. **PsiquWeb**, 2003.
Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html>> Acesso em 17 mar. 2007.

_____. Transtornos Alimentares na Adolescência. **PsiquWeb**, 2005.
Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html>> Acesso em 17 mar. 2007.

BELLONI, Maria Luiza. A formação na sociedade do espetáculo: gênese e atualidade do conceito. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, no. 22, jan./abr. 2003.
Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n22/n22a11.pdf>> Acesso em: 07 jun. 2007.

BERCHERIE, Paul. **Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BERGER, Peter L. & LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 2003, 23^a. ed..

BIDAUD, Eric. **Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

BIGHETTI, Felícia..**Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT 26) em adolescente do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP**.

Tese de mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003

BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, 4^a. ed..

BORDO, Susan R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. JAGGAR, Alison M. & BORDO, Susan R. (Orgs.). **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

BORGES, Zulmira N. A construção social da doença: um estudo das representações sobre o transplante renal. LEAL, Ondina F.. **Corpo e significado: ensaios de Antropologia Social**. Porto Alegre: UFRGS, 2001, 2^a. ed..

BOURDIEU. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002, 5^a. ed..

BREYTON, Danielle M.*et al.*. O corpo: campo de batalha contemporâneo. ALONSO, Silvia S.; GURGINKELE, Aline C. & BREYTON, Danielle M.. **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, 2002.

CAMARGO JR., Kenneth R. de. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, supl, p. 177-201, 2005.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2007.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, 6^a. ed..

CAPONI, Sandra. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, no. 2, 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200020&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 21 Abr. 2007.

CHAUÌ, Marilena de S.. (Org.) **Rousseau**. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978, 2ª. ed..

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E DE PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10).

Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em 18 mar 2007.

CONDE, Lílian M. Ribeiro. **Liderança e Identidade Potente: uma proposta**. Tese de doutoramento em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/Resumo.asp?5566>> Acesso em 16 jun. 2007.

CORDÁS, Táki A.. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol. 31, no.4, 2004.

_____. & CLAUDINO, Angélica de M.. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, supl III, p.07-12, 2002.

_____. & WEINBERG, Cybelle. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol. 29, no. 4, 2002.

Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n4/pdf/204.pdf> Acesso em: 8 mar. 2007.

COSTA, Jurandir F.. **O vestígio e a aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DEL PRIORE. **Corpo a corpo com a mulher**: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo, SENAC, 2000.

DEBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004, 5ª reimp..

DÉTREZ, Christine & SIMON, Anne. **À leur corps defendant**: les femmes à l'épreuve du nouvel ordre moral. Paris: Seuil, 2006.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

DUMONT, Louis. **O individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DUNKER, Karin L. L. & PHILIPPI, Sonia T.. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n.1, 2003.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000100006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2007.

DURHAM, Eunice R.. (Org.) **Malinowski**. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978, 2ª. ed..

DURKHEIM, Émile. **As regras do Método Sociológico**. GIANNOTTI, José Arthur (Org.) Durkheim. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978, 2ª. ed..

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares de vida religiosa**. São Paulo: Paulinas, 1989.

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994, v. 1 e 2.

ESTADO DE SÃO PAULO, O. **Prefeito italiano paga a quem emagrecer**. São Paulo, 14 ago. 2007.

FEATHERSTONE, Mike. **Cultura de consumo e pós-modernismo**. São Paulo: Studio Nobel, 1995.

FENDRIK, Silvia. **Viagem ao País do Nuncacomer**. São Paulo: Via Lettera, 2003.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sígnico. ALVES, Paulo César & MINAYO, Maria Cecília S. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FISCHLER, Claude. Obeso benigno obeso maligno. SANT'ANNA, Denise B. (Org.). **Políticas do Corpo**. São Paulo, 1995.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Justiça manda hospital internar adolescente anoréxica na Bahia**. São Paulo, 06 jun. 2007.

Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u302443.shtml>>
Acesso em: 17 jun. 2007.

_____. **Mais uma adolescente é internada por anorexia no interior da Bahia**. São Paulo, 12 jun. 2007.

Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u303847.shtml>>
Acesso em: 18 jun. 2007

FONTELLE, Laéria. **A representação do corpo feminino 100 anos depois**. Disponível em: <<http://www.corpofreudiano.com.br/txtlf1.doc>>. Acesso em 15 jun. 2007.

FOUCAULT, Michel. **El yo minimalista y otras conversaciones**. Buenos Aires: La Marca, 1996.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Pulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2004, 19ª ed..

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, 6ª. ed..

_____. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2001, 24ª. ed..

FRANÇA, Valéria ; ZONTA, Natália & JÚNIOR, Cristóvão. Estudante vítima de anorexia fez dieta de água e peixe. **Jornal Estado de São Paulo**. São Paulo, 18/11/2006.

Disponível em:

<<http://www.estadao.com.br/ultimas/cidades/noticias/2006/nov/18/77.htm>>. Acesso em 17 jun. 2007.

FREUD, Sigmund. Um caso de cura pela hipnose (1893). SALOMÃO, Eduardo. (Coord). **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, [199-?].

_____. Caso 2: Senhora Emmy von N.. (1895a). SALOMÃO, Eduardo. (Coord). **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, [199-?].

_____. Conversão histérica (1895b). SALOMÃO, Eduardo. (Coord). **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, [199-?].

_____. Sobre a Psicoterapia (1905). SALOMÃO, Eduardo. (Coord). **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, [199-?].

_____. Totem e tabu e outros trabalhos (1913). SALOMÃO, Eduardo. (Coord). **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, [199-?].

FUKS, Mario P.. **Le minimum est le maximum: une approche de l'anorexie**.

Disponível em:

< http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Fuks_107141003_fran.pdf> Acesso em 13 mar 2007.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. & Pierson, Chistopher. **Conversas com Anthony Giddens: o sentido da modernidade**. Rio de Janeiro, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988, 4ª. ed..

GOLDENBERG, Mirian & RAMOS, Marcelo S.. A civilização das formas: o corpo como valor. *In: Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro, 2002.

GORGATI, Sorais B.. Corpos desencarnados: um histórico da anorexia. **Psychiatry On Line Brazil**, 09 jun. 1999.

Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/anrx699.htm> - 47k>. Acesso em: 8 mar. 2007.

GORGATI, Sorais B.. **O corpo-trama na anorexia e na bulimia**. Disponível em <http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Soraia_Bento_Gorgati.pdf> Acesso em 10 jun. 2007.

GRIECO, Sara M.. O corpo, aparência e sexualidade. DUBY, G. & PERROT, M.. **História das mulheres no ocidente: do Renascimento à Idade Moderna**. Porto: Afrontamento, 1991.

HERSCOVICI, CECILE R. & BAY, Luisa. **Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HERZLICH, Claudine. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, no.2, 2004, p.383-394.

JUNQUEIRA, Camila & COELHO JÚNIOR, Nelson E.. Considerações acerca da ética e da consciência moral nas obras de Freud, Klein, Hartmann e Lacan. **Psychê** São Paulo, vol.9, no.15, jun. 2005, p.105-124.

Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 mar. 2007.

KURY, Mário da Gama. **Dicionário de Mitologia Grega e Romana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, 4ª. ed.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAENDER, Nadja R.. A construção do sujeito contemporâneo. **Revista Cogito**. Salvador, v.6, 2004.

Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1519-947920040001&lng=pt&nrm=is> Acesso em: 07 jun. 2007.

LASCH, Christopher. **A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

_____. **O mínimo eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis**. São Paulo: Brasiliense, 1986, 2ª. ed..

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **As estruturas elementares do parentesco**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1976.

_____. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1973.

_____. **O pensamento selvagem**. São Paulo: companhia Editora Nacional, 1970.

LIPOVETSKY, Gilles & CHARLES, Sébastien. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LINS, Daniel & GADELHA, Sylvio. (Orgs.). **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

LORENZER, Alfred. **Arqueologia da psicanálise: intimidade e infortúnio social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

MACIEL, Maria Eunice. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 7, n.16, 2001.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832001000200008&lng=pt&nrm=iso>.

Acesso em 02 Jun 2007.

MACHADO, Roberto. Introdução: Por uma Genealogia do poder. FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2004, 19ª ed..

MAGALHAES, Vera C. & MENDONCA, Gulnar A. S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 8, n. 3, 2005.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 Mar. 2007.

MARTINEZ, José R.. **Metapsicopatologia da Psiquiatria: Uma Reflexão sobre o Dualismo Espistemológico da Psiquiatria Clínica entre a Organogênese e a Psicogênese dos Transtornos Mentais**.

Tese de doutoramento em Filosofia e Metodologia das Ciências, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

MARZANO-PARISOLI, Maria Michela. **Pensar o corpo**. Petrópolis: Vozes, 2004.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MEZAN, Renato. O inconsciente Segundo Karl Abraham. **Revista de Psicologia da USP**, São Paulo, v. 10, n. 1, 1999 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641999000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2007.

MINTZ, Sidney W.. Comida e antropologia: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v.16, no. 47. out. 2001, p.31-42.

MOTTA, Roberto. **Notas para a leitura de "A ética protestante e o espírito do capitalismo"**. Disponível em <<http://www.ufpe.br/eso/revista2/motta.html>>. Acesso em 13 jun. 2007.

MUCCHIELLI, Laurent & PLUET-DESPATIN, Jacqueline. Halbwachs no Collège de France. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 21, n. 40, 2001.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbh/v21n40/a02v2140.pdf>> Acesso em: 27 maio 2007.

NOVAES, Joana V. & VILHENA, Júnia de. De cinderela a moura tora: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. **Interações**. São Paulo, vol. 3, no. 15, jan./jun. 2003, p. 09-36.

NUNES, Maria Angélica A.. & RAMOS, Denise C.. Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

NUNES, Maria Angélica A *et al.* Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.23, n. 1, 2001.

Disponível em <www.scielo.br/pdf/rbp/v23n1/a06v23n1.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2007.

ORNELLAS, Lieselotte H.. **A alimentação através dos tempos**. Rio de Janeiro: FENAME, 1978.

ORTEGA. Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, no. 1, 2003.

Disponível em <www.nesc.ufri.br/cadernos/2003_1/2003_1%20Ortega.pdf> Acesso em 13 jun. 2007.

ORTIZ, Renato.(Org.). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1994.

PARSONS, Talcott. **Social Structure and Personality**. Londres: The Fress Press of Glencoe, 1965.

PEREZ, Léa F. **Religião e sociedade de consumo**.

Disponível em: <<http://www.antropologia.com.br/arti/colab/vram2003/a13-lfperez.pdf>> Acesso em 16 jun. 2007.

POGREBINSCHI, Thamy. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. Lua Nova. Revista de Cultura e Política, São Paulo, v. 63, 2004.

Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/in/n63/a08n63.pdf>> Acesso em: 21 abr. 2007.

POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar**. Florianópolis: UFSC, 2004.

POULAIN, Jean-Pierre & PROENÇA, Rossana P. C.. O espaço alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, no. 3, jul./set.. 2003, p. 245-256.

QUEIROZ, Marcos de S. & CANESQUI, Ana Maria. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 20, no. 2.

Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v20n2/06.pdf>. Acesso em 31 mar. 2007.

ROBELL, Suzanne. **A mulher escondida: a anorexia nervosa em nossa cultura**. São Paulo, Summus, 1997.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983, 3ª. ed..

_____. **O corpo na história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999, 2ª. ed..

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

SAIKALI, Carolina J. *et al.* Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v 31, no. 4, p. 164- 166.

SAMPAIO, Paulo. Anoréxica, modelo morre aos 21 anos com 40 kg. **Folha de São Paulo**, 15/11/2006.

Disponível em:<<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u128220.shtml>>
Acesso em 16 jun. 2007.

SENNETT, Richard. **O declínio do homem público: as tiranias da intimidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993, 3ª. reimpressão.

SEVALHO, Gil. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, no.3 ,jul./set. 1993, p. 349-363.

SCHILDER, Paul. **A imagem do corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

TORRES, Carlos Henrique D. A.. **Ensino de epidemiologia na Escola Médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00007902&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 22 abr. 2007.

TRINCA, Tatiane P. Pesos e medidas: padrões impostos comandam a tirania do corpo perfeito. **Revista Sociologia: ciência e vida**. São Paulo: Escala, ano 1, no. 4. 2007.

TURNER, Bryan S.. **El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoria social**. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.

VAZ, Paulo. Corpo e risco. VILLAÇA, Nilza; GÓES, Fred & KOSOVSKI, Ester (Orgs.) **Que corpo é esse?: novas perspectivas**. Rio de Janeiro, Mauad, 1999

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 1983, 3ª. ed..

WEBER, Max. Classe, “status” e partido. VELHO, Otávio G.; PALMEIRA, Moacir G. S. & BERTELLI, Antônio R. (Orgs.). **Estrutura de classes e estratificação social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

WEINBERG, Cybelle & CORDÁS, Táki A.. **Do Altar às Passarelas**: da anorexia santa à anorexia nervosa. São Paulo: Annablume, 2006.

WEINBERG, Cybelle & CORDAS, Táki A.; MUNOZ, Patrícia A.. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, vol.27, no. 1, jan./abr. 2005. Disponível em: <http://www.revistapsiqrs.org.br/sumario.php?id_volume=4>. Acesso em: 8 mar. 2007.

WHITEMAN, Vivian. Imagem distorcida. **Folha de São Paulo Moda**. São Paulo, no. 20, ano 5, 15 dez. 2006.

WOLF, Naomi. **O mito da beleza**: como as imagens da beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

ANEXO 1

PORTARIA I.C. nº 007-2006

Chegando ao conhecimento destas Promotorias de Justiça, por intermédio de notícias veiculadas pela mídia (em anexo), que, em 14 de novembro de 2006, ocorreu a morte, supostamente em decorrência de anorexia nervosa, de Ana Carolina Reston Marcan, com 21 anos de idade, a qual, conforme informado, exerceria a profissão de modelo;

Noticiado, também, o falecimento, em 16 de novembro de 1996, de Carla Sobrado Cassalle, estudante universitária, igualmente com 21 anos de idade e por suspeita de complicações decorrentes de anorexia nervosa e bulimia, e;

Apresentada, ainda, a representação em anexo, por parte do Dr. Ailton Luiz Takishima;

CONSIDERANDO que a anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por uma rígida e insuficiente dieta alimentar, tratando-se de uma doença complexa, que envolve componentes psicológicos, fisiológicos e sociais e afeta muito mais pessoas jovens, predominantemente entre 15 a 25 anos, e do sexo feminino;

CONSIDERANDO, ainda, que a anorexia possui um índice de mortalidade entre 15 a 20%, o maior entre os transtornos mentais, geralmente matando por ataque cardíaco, devido à falta de potássio ou sódio, que ajudam a controlar o ritmo normal do coração;

CONSIDERANDO que a inexistência de regramento por parte da capacitação desses profissionais da moda abre a possibilidade de exigências que atentam contra a saúde pública e que merecem atenção dos poderes públicos;

CONSIDERANDO que alguns países, dentre eles a Espanha, já deram o primeiro passo para terminar com o abuso contra as mulheres, sendo proibido, na Semana de Moda de Madri, modelos com índice de massa corporal (IMC) inferior a 18,5 kg/m² de desfilar nas passarelas, índice esse recomendado pelas Nações Unidas;

CONSIDERANDO que muitos especialistas acreditam que a influência da mídia e do mundo da moda são as principais, embora não as únicas, causas de transtornos alimentares, porque comumente impõe o estereótipo em que a magreza é um fator importantíssimo, se não indispensável, para o sucesso social e econômico de uma pessoa;

CONSIDERANDO que as modelos não são as únicas vítimas da ditadura da magreza;

CONSIDERANDO que se mostra necessário, num primeiro momento, a apuração das condições ofertadas às modelos, em termos de atendimento à saúde, educação e acompanhamento psicológico, pelas agências e por agenciadores de modelos e manequins;

CONSIDERANDO que o acompanhamento acima citado é imprescindível para que sejam asseguradas condições dignas de saúde física e psíquica de mencionadas adolescentes;

CONSIDERANDO que a saúde é direito social, consagrado pelo art. 6º da Constituição da República;

CONSIDERANDO que, segundo definição encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde – OMS, a saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”;

CONSIDERANDO o valor da dignidade da pessoa humana, expressamente contemplado na Constituição Federal como um dos fundamentos do Estado Brasileiro (art. 1º, inc. III, da CF), cujos objetivos, no mesmo texto positivados, consistem na construção de uma sociedade livre, justa e solidária; na garantia do desenvolvimento nacional, na erradicação da pobreza e da marginalização social; na redução das desigualdades sociais e regionais e na promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º, incs. I a IV, da CF);

CONSIDERANDO que o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu art. 7º, afirma que o adolescente tem direito a proteção à vida e à saúde, de forma a permitir seu desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência; e,

CONSIDERANDO a consolidação do papel do Ministério Público como organismo estatal (art. 127 da CF), com a missão de garantir ao homem a preservação de sua condição humana, mediante o acesso aos bens necessários a uma existência digna;

CONSIDERANDO as suas funções institucionais de zelar pelo efetivo respeito de prestações e serviços de relevância pública aos direitos assegurados aos cidadãos na Constituição Federal e de proteger todo e qualquer interesse ou direito difuso, coletivo ou individual homogêneo, através da utilização do instituto da ação civil pública (art. 129, incs. II e III, da CF; e Lei 7.347 de 24.07.1985 – Lei da Ação Civil Pública -, e arts. 81 e ss. da Lei 8.078 de 11.09.1990 – Código de Defesa do Consumidor);

CONSIDERANDO a necessidade de serem estudados ao menos padrões que assegurem às modelos o direito a seu desenvolvimento sadio; e,

CONSIDERANDO o teor de reuniões realizadas na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude com o sr. Paulo Borges, promotor do evento São Paulo Fashion Week e com o Presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, ambos igualmente preocupados com o tema,

DETERMINAMOS a instauração do presente **inquérito civil público**, para a perfeita apuração dos fatos e adoção das medidas judiciais e/ou administrativas pertinentes, para tanto determinando:

- a. O registro, autuação e distribuição do presente, com os documentos que a instruem;

- b. se officie à Rede Globo de Televisão, solicitando-se o encaminhamento de cópia do “Programa do Jô” levado ao ar na noite de 29 de novembro próximo passado, especificamente da entrevista alusiva ao tema, do Dr. Taki Cordaz;
- c. officie-se ao Dr Taki Cordaz, chefe do laboratório de transtornos corporais do Hospital das Clínicas, convidando-o para comparecimento nesta Promotoria de Justiça no dia de dezembro próximo futuro, às horas, para o oferecimento de subsídios a respeito do tema;
- d. officie-se às Agências relacionadas a fls., solicitando informações sobre as condições ofertadas aos modelos, em termos de atendimento à saúde, educação e acompanhamento psicológico,
- e. se officie promotor do evento São Paulo Fashion Week, solicitando informações sobre como pretendem realizar a campanha educativa para chamar a atenção do público à questão dos distúrbios alimentares;
- f. officie-se ao Presidente do CMDCA, transmitindo-se cópia da presente portaria; e,
- g. officie-se aos Centros de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cidadania e da Infância e da Juventude, transmitindo-se cópia da presente.

São Paulo, 30 de novembro de 2006.

ANNA TROTTA YARYD- Promotora de Justiça do GAESP

REYNALDO MAPELLI JÚNIOR - Promotor de Justiça do GAESP

JOSÉ PAULO FRANÇA PIVA - Promotor de Justiça do GAESP

MOTAURI CIOCCHETTI DE SOUZA - Promotor de Justiça

MARTHA DE TOLEDO MACHADO - Promotora de Justiça

ANEXO 2

GRUPO DE ATUAÇÃO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA E DA SAÚDE DO CONSUMIDOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO.

INQUÉRIO CIVIL n.º 007/2006.

TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO PRELIMINAR DE CONDUTA.

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, por seus representantes infra-assinados, doravante denominado **MINISTÉRIO PÚBLICO**, e a empresa **LUMINOSIDADE MARKETING & PRODUÇÕES LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua Tavares Cabral n.º 102, 5º andar, São Paulo, Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 03.257.237/0001-40, representada, neste ato, por sua advogada Maria do Céu Marques Rosado, OAB n.º 98.297 (instrumento de mandato anexo), doravante denominada **LUMINOSIDADE**, na presença das testemunhas constantes no final deste termo, mediante este instrumento,

Considerando que os distúrbios alimentares, em suas mais variadas formas, vêm atingindo toda a sociedade civil, inclusive, dentre outros, o setor de moda que se serve de modelos profissionais cuja forma física é fator importante para o desempenho da respectiva atividade profissional;

Considerando que os diversos setores da sociedade têm que se mobilizar no sentido de adotar medidas de orientação para prevenção de tais distúrbios alimentares;

Considerando que a Luminosidade é a criadora e organizadora do São Paulo Fashion Week, doravante denominado SPFW, evento esse de significativa visibilidade no mercado e, portanto, capaz de exercer papel formador e informador no mercado de moda;

resolvem o Ministério Público e a Luminosidade celebrar o seguinte Termo de Ajustamento de Conduta, que se dará nos termos e condições a seguir declinados:

1 - O OBJETO.

a). Com fundamento no artigo 295, inciso II, da Lei Complementar Estadual n.º 743/93 (Lei Orgânica do Ministério Público do Estado de São Paulo) e no artigo 1º, inciso IV, da Lei n.º 7.347/85 (Lei da Ação Civil Pública), foi instaurado o inquérito civil n.º 007/2006 junto ao Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor – GAESP – em conjunto com a Promotoria de Justiça de Defesa dos Interesses Difusos e Coletivos da Infância e Juventude da Capital, registrado no livro próprio sob o n.º 530/2006.

b). Assim, à vista do disposto no artigo 5º, parágrafo 6º, da Lei n.º 7347/85 (Lei da Ação Civil Pública), o Ministério Público, responsável pelo andamento do inquérito civil já referido, designou audiência para esta data, a fim de formalizar com a Luminosidade o presente compromisso de ajustamento de conduta, **com o objetivo de que sejam identificadas e, conseqüentemente, adotadas por parte da Luminosidade medidas capazes de contribuir de forma efetiva para uma**

valorização da saúde e vitalidade associada à beleza da modelo profissional, o que por certo irradiará seus efeitos na sociedade em geral.

2 – AS CLÁUSULAS DA TRANSAÇÃO.

Nos termos do artigo 5º, §6º, da Lei n.º 7.347/85 e artigo 585, inciso II, do Código de Processo Civil, e na forma estipulada nesta cláusula, assume a Luminosidade o compromisso de cumprimento das seguintes obrigações:

a). **realizar ações educativas**, durante as edições do SPFW, em 2007 e 2008, priorizando e enfatizando os aspectos ligados ao bem-estar, à boa alimentação e à saúde física e psicológica como forma de se alcançar a beleza e a boa forma. Referidas ações educativas poderão ser feitas através de distribuição de cartilhas, palestras com profissionais de saúde, colocação de vinhetas em “vídeo hall” durante a realização do SPFW, informações no site do SPFW, etc;

b). **não permitir** seja realizado durante os eventos do SPFW, qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, que seja capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde, exigindo que de todas as propagandas de remédios, conste advertência quanto à necessidade de consultar um médico, e de que todo medicamento pode ser prejudicial à saúde;

c). **exigir** a participação no SPFW, somente de modelos profissionais com idade igual ou superior a 16 anos. Essa restrição não alcançará eventuais convidados especiais, não agenciados, para participações eventuais, tais como artistas, cantores, etc.

d). **exigir**, como condição para participação no SPFW, que as agências de modelos apresentem laudos médicos, com data não superior a seis meses anteriores ao início do evento, que atestem a condição clínica dos modelos e manequins para a participação na respectiva edição do SPFW;

Essa exigência de modo algum visa discriminar ou impedir o acesso ao mercado de trabalho de modelos que possuam algum problema de saúde, até porque a presença de um distúrbio alimentar não significa inabilitação para o trabalho, mas visa, sobretudo, assegurar que as modelos, especialmente as menores de idade, sejam submetidas a acompanhamento médico periódico.

d) **exigir**, a partir da edição do evento que se realizará em junho de 2007, que as agências de modelo que agenciem profissionais para o evento prestem declaração escrita de que as modelos com as quais mantêm relacionamento contratual submetem-se a acompanhamento médico, com periodicidade mínima semestral, estando o profissional que presta atendimento às modelos devidamente orientado pela agência de que:

(i) deverá estar atento aos critérios de diagnóstico constantes da DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – publicação da *American Psychiatric Association*) e da CID – 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde), ou outra classificação médica que vier a substituí-las, em caso de sua extinção;

ii) caso constatada a existência de pelo menos um dos indicadores da presença de distúrbios alimentares em modelos menores de 18 (dezoito) anos, é recomendável que o médico realize comunicação escrita aos pais ou responsáveis acerca do problema e que, caso o médico constate omissão dos pais quanto ao tratamento da menor, que o fato seja comunicado à Promotoria de Justiça da Infância e Juventude do local da residência da menor, no prazo de quinze dias; com relação às

modelos maiores de 18 (dezoito) anos é recomendável ao médico responsável que mantenha, em arquivo, declaração escrita de ciência desses profissionais sobre o seu estado de saúde.

3 – OS EFEITOS DO DESCUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES

a). O descumprimento das obrigações de fazer referidas no item 2 precedente sujeitará a Luminosidade, na forma do disposto no artigo 411 do Código Civil, ao pagamento de multa, que reverterá ao Fundo de Defesa de Direitos Difusos, criado pela Lei n.º 9.008/95 e regulamentado pelo Decreto n.º 1306/94.

4 – A EFICÁCIA EXECUTIVA DESTE TERMO DE COMPROMISSO.

a). O presente termo de ajustamento de conduta somente produzirá efeitos no âmbito do Ministério Público, depois de homologado pelo Conselho Superior do Ministério Público do Estado de São Paulo. No entanto, desde já, obriga a Luminosidade.

b). Na forma do disposto no artigo 5º, parágrafo 6º, da Lei 7.347/85 (Lei da Ação Civil Pública) e do artigo 585, inciso VII, do Código de Processo Civil, este termo de ajustamento de conduta é título executivo extrajudicial para todos os fins e efeitos legais.

c). Fica eleita a Comarca da Capital para dirimir eventuais conflitos oriundos deste termo de ajustamento de conduta.

5 – CONCLUSÃO.

Por estarem de acordo, assinam o presente termo de ajustamento de conduta, em duas vias de igual teor.

São Paulo, 22 de janeiro de 2007.

Promotora de Justiça do GAESP:

Promotores de Justiça da Infância e Juventude da Capital:

Representante Legal da Luminosidade:

1ª Testemunha:

2ª Testemunha:

ANEXO 3

PROJETO DE LEI N°

(Deputado Enio Bacci)

Dispõe sobre a obrigatoriedade de todas as agências de modelos, com sede no Brasil, manterem médicos especialistas (endocrinologistas e psicólogos), para acompanhamento da saúde física e mental de todas as jovens contratadas e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL DECRETA:

Art. 1º:- Torna obrigatória a responsabilidade técnica, por médicos especializados (endocrinologistas e psicólogos) em todas as agências de modelos registradas e/ou com sede no Brasil;

Art. 2º:- A partir da data da publicação da presente lei, todas as agências de modelos registradas e/ou com sede no Brasil, deverão manter obrigatoriamente médicos especialistas e psicólogos, a fim de avaliação da saúde física e mental das jovens e dos jovens contratados como modelos;

Art. 3º:- Todas as agências deverão emitir, pelos médicos responsáveis, atestados de saúde física e mental de todas as/os modelos contratados(as), no mínimo, semestralmente, com base nos dados científicos que se referem ao IMC (Índice de Massa Corporal) e no que se refere à saúde mental (se está afastada a hipótese de anorexia - uma doença considerada comum no meio);

Art. 4º:- A contratação dos especialistas a que se refere o artigo 1º desta lei deverá ser obrigatoriamente por escrito, com período determinado e valores fixados quanto a remuneração dos profissionais;

Art. 5º:- Cabe ao Ministério da Saúde, a regulamentação e a fiscalização da presente lei, bem como ao CFM (Conselhos Federal de Medicina) também a fiscalização;

Art. 6º:- As jovens e/ou os jovens contratados(as) por agências de modelos só poderão viajar para fora do país, mediante apresentação de atestados médicos, conforme trata o artigo 3º da presente;

Art. 7º:- Em caso de descumprimento da lei, as penalidades vão de multa diária a ser fixada pelo Ministério da Saúde, até o fechamento das agências faltosas, com o sumário cancelamento dos contratos em vigor com as/os seus referidos(as) modelos contratados(as) e a devida responsabilidade cível e penal dos seus dirigentes;

Art. 8º:- Os contratantes dos prestadores de serviços de modelos serão solidariamente responsabilizados por qualquer contratação irregular ;

Art. 9º:- Esta lei entra em vigor na data de sua publicação;

Art. 10º:- Revogam-se as disposições em contrário.

JUSTIFICATIVA:

A notícia mais recente e mais grave dos últimos dias foi a morte da modelo Ana Carolina Reston, uma jovem com 21 anos de idade, anoréxica, que buscava mais espaço no mundo da moda, devido as exigências deste mercado restrito.

O motivo principal da causa da morte desta jovem modelo foi a anorexia não constatada em tempo de salvar sua vida.

Todos temos noções das dificuldades físicas e mentais a que são submetidas as jovens que desejam ingressar no mundo da moda, que é ao mesmo tempo restritivo, muito exigente. Só que estas exigências dizem respeito à própria saúde destes jovens, que são considerados padrões de beleza, mesmo que o mundo não tenha este padrão, que ao nosso entender é exclusivo deste mundo à parte, já que os padrões mundiais de beleza são completamente diferentes.

Infelizmente, a legislação atual não contempla medidas que possam regular este setor, foi inerte e omissa, mas nunca é tarde para corrigirmos esta distorção absurda.

Esta proposta pretende amenizar o problema, pelo menos evitar outras mortes de jovens sonhadoras(es) que buscam o mercado da moda como meio de vida.

Espero que o projeto em questão acabe sendo uma lei que possa contribuir para amenizar o sofrimento das famílias e da própria sociedade que assiste, pasmada, os fatos que ocorrem seguidamente no mundo da moda e que chegam ao mais alto grau que é a morte de muitos jovens.

Sala das Sessões, / /2006

ENIO BACCI

Deputado Federal - PDT/RS

ANEXO 4

Critérios Diagnósticos do DSM- IV

307. 1 Anorexia Nervosa

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

Especificar tipo:

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

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

Fonte: (NUNES & RAMOS, 2002, p.23).

Critérios Diagnósticos da CID- 10

<p>F 50.1 Anorexia nervosa atípica</p>	<p>da puberdade é demorada ou mesmo detida (ocrescimento cessa; nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia.</p> <p>Esse termo deve ser usado para aqueles indivíduos nos quais um ou mais dos aspectos-chave da anorexia nervosa (F50.0), tais como amenorréia ou perda de peso significativa, estão ausentes, mas que, por outro lado, apresentam um quadro clínico razoavelmente típico. Tais pessoas são usualmente encontradas em serviços de psiquiatria de ligação em hospitais gerais ou em atenção primária. Pacientes que tem todos os sintomas-chave, mas somente num grau leve, podem também ser melhor descritos através desse termo. Ele não deve ser usado para transtornos alimentares que se assemelham à anorexia nervosa, mas que são decorrentes de uma doença física conhecida.</p> <p>* Índice de Massa Corporal (IMC) de Quetelet: $\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$</p>
---	--

ANEXO 5

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26) – VERSÃO EM PORTUGUÊS						
Nome: _____						
Idade: _____	Peso: _____		Altura: _____			
Por favor, responda às seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1- Fico apavorada com a idéia de estar engordando						
2- Evito comer quando estou com fome						
3- Sinto-me preocupada com os alimentos						
4- Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar						
5- Corto os meus alimentos em pequenos pedaços						
6- Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como						
7- Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas etc.)						
8- Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais						
10- Sinto-me extremamente culpada depois de comer						
11- Preocupo-me com o desejo de ser mais magra						

Por favor, responda às seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
12- Penso em queimar calorias a mais quando me exercito						
13-As pessoas me acham muito magra						
14- Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo						
15- Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas						

16- Evito comer alimentos que contêm açúcar						
17- Costumo comer alimentos dietéticos						
18- sinto que os alimentos controlam minha vida						
19- Demonstro auto-controle diante dos alimentos						
20- sinto que os outros me pressionam para comer						
21- Passo muito tempo pensando em comer						
22- Sinto desconforto após comer doces						
23- Faço regimes para emagrecer						
24- Gosto de sentir meu estômago vazio						
25- Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias						
26- Sinto vontade de vomitar após as refeições						