

A emoção como doença, a doença emocional: olhares de quem cuida

Apresentação de investigação em curso

GT 26. Sociología del cuerpo y de las emociones

Régia Cristina Oliveira

Resumo:

O presente texto pretende refletir sobre os elementos que explicitam a racionalidade das emoções na anorexia e, ao mesmo tempo, a definem como doença. Busca-se focar a discussão nas percepções daqueles envolvidos na relação de cuidado de pessoas diagnosticadas com anorexia, em especial, profissionais de saúde e familiares, com destaque para os seguintes aspectos: a dinâmica da doença; a caracterização do doente; a relação construída entre anorexia e excesso de afeto e atenção na infância. Essas questões fazem parte dos dados obtidos em pesquisa de pós doutorado, em Ciências Sociais, que focaliza as (re) apropriações dos discursos biomédicos por jovens adolescentes diagnosticadas com anorexia e com obesidade, e seus familiares.

Palavras-chave: anorexia; emoção; relações familiares

A dinâmica da doença e a racionalidade da emoção

“Isso iniciou em janeiro e desencadeou. Ela emagreceu bem rápido, uns dez quilos em dois meses, três meses e meio. Aí ela foi vendo que ia chegar no objetivo dela. Com amidalite ela emagreceu e ela nunca foi muito magra. Ela viu que emagreceu e entrou nisso, ‘então é assim que eu vou fazer’ . E aí a doença entrou junto”, comenta a mãe de uma adolescente em tratamento para anorexia.

Segundo a avaliação da mãe dessa jovem , à medida que a filha foi percebendo que estava emagrecendo por conta da amidalite, uma vez que não conseguia se alimentar dada a dor de garganta que sentia, decidiu não mais comer, então é assim que eu vou fazer ’, estratégia utilizada para “atingir seu objetivo”, conseguir emagrecer.

Para a mãe da jovem, foi por meio de uma postura ativa e racional da filha que a mesma arquitetou um modo de emagrecer, mas aí a “doença entrou”. Parar de comer, uma atitude planejada da filha para atingir um objetivo proposto, emagrecer, fez “entrar a doença”, algo que, parece, não estava nos planos da filha ou não foi por ele presumível.

Nessa percepção, a doença “entra” em cena como algo externo e imprevisto aos planos de emagrecimento e, portanto, não aparece como um processo próprio a essa mesma busca, ao menos, de modo deliberado ou perceptível à filha. Assim, para a mãe, parecia à filha que ela poderia calcular e controlar até onde poderia deixar de comer.

A ideia de que a doença “entra” pressupõe seu caráter de exterioridade em relação ao doente e, mesmo, de separação entre doença e doente, entre corpo e pessoa. Breton (2011) mostra que essa cisão entre o homem e seu corpo é característica da “fragmentação do sujeito na modernidade”. Nesse contexto, o homem é colocado “em posição de exterioridade perante seu corpo”. Separado do homem, a doença também se coloca como algo externo, objeto do conhecimento e da prática biomédica. Se é externa, a doença não pertence ao indivíduo, enquanto experiência, antes, coaduna-se à lógica do ter

que substitui o ser, ou como define Breton (2011), não se é mais um corpo, mas se tem um corpo (anatômico).

Compatível com essa visão, na interpretação da mãe, a doença (anorexia) é algo externo, que entra de modo sorrateiro, sem ser percebida pelo doente, sendo resultado, no limite, da falta de controle da filha sobre todo o processo de emagrecimento ou de seus “efeitos”. Como diz, “com amidalite ela emagreceu e ela nunca foi muito magra. Ela viu que emagreceu e entrou nisso, ‘então é assim que eu vou fazer’. E aí a doença entrou junto”.

Essa razão instrumental (Weber,1969) que calcula os melhores meios para atingir os fins propostos, não é isenta de afetividades, assim como a emoção também pode ser racionalizada (Breton, 2011).

O relato da entrevistada acima evidencia como “razão” e “emoção” são mutuamente influenciados na “decisão” da filha de parar de comer para conseguir emagrecer. Como mostra a entrevistada, a filha, a partir da dificuldade de comer por conta da amidalite e, apoiada nessa circunstância, de saber que a dor na garganta dificulta o processo de engolir o alimento, submete essa dor a uma estratégia racional, utilizando-a como recurso para, a partir daí, poder emagrecer. Segundo Breton (2009, pg 112), há uma “inteligibilidade da emoção, uma lógica que a ela se impõe; da mesma forma, uma afetividade no mais rigoroso dos pensamentos, uma emoção que o condiciona”.

No caso apresentado, é pelo desejo de emagrecimento que a dor na garganta torna-se o caminho, consciente e inconsciente, para esse mesmo fim, instrumentalizando-se. Mas é pelos valores e expectativas relativos ao “ser magra”, no momento contemporâneo, que o caminho se justifica, orientando-se, portanto, por elementos afetivos que ressignificam essa dor e, com ela, a dificuldade de comer que se reverte de caráter positivo para a jovem que quer emagrecer. Como argumenta Breton (2009), não há como opor “razão” e “emoção”, uma vez que “ambas estão inscritas no seio de lógicas pessoais, impregnadas de valores e, portanto, de afetividade” (p. 112).

A percepção dos pais na caracterização do doente

Um dos principais pontos que parece caracterizar o doente, no caso da anorexia, é a não aceitação da condição de doente. “O mais difícil é que ela não aceita que está doente. Ela vem mas acha ‘o que eu estou fazendo aqui se eu não sinto nada?’ Ela não acredita nos profissionais. Ela tem um medo muito grande de engordar. Hoje, o maior desafio é fazer ela acreditar que ela precisa de ajuda. Ela não aceita, mas ela senta para tomar café, faz aquilo que é proposto (no programa para transtorno alimentar), mas acha que não tem porque ela ficar aqui . Ela acha que está muito bem”, diz a mãe da jovem que a acompanha nas sessões de tratamento¹ para anorexia.

Segundo Adam & Herzlich (2001), o “indivíduo, frente a uma sensação desagradável e estranha, deve decodificá-la, compará-la eventualmente a outras manifestações, decidir se existe algum sinal grave que exija uma tomada de atitude. Ele deve também conseguir explicar aos outros aquilo que sente, se deseja receber ajuda” e essa elaboração, afirmam os autores, “não é apenas individual, mas está ligada ao social e à cultura” (p. 69).

Como esclarecem os autores, ao falarem da doença pensada como um acontecimento da vida humana que necessita de explicação, para si e para os outros, é preciso partir da consideração de que a sensação lida como desagradável, deve ser assim considerada pelo indivíduo que a sente.

Canguilhem (2006) também traz a ideia de que o médico sabe da doença pelo doente que a vivencia, ou seja, pela clínica; pelo encontro entre os dois. É preciso, portanto, que o doente fale com o

médico para que este o considere doente, o que implica a defesa da subjetividade e não da objetividade da doença. Isso pressupõe que o doente assim se reconheça nesse encontro com o médico, ao falar sobre o seu mal, sobre aquilo que sente e que o fez chegar a esse encontro.

No caso da anorexia, muitas vezes, não há esse reconhecimento por parte daquele considerado doente; não há o estabelecimento de uma identidade de doente. Como dizem os pais, em muitos casos, o anoréxico não quer a cura, não quer ser tratado pois não quer engordar. Desse modo, uma vez que não há o encontro do paciente que tem uma queixa com o médico, o mesmo chega ao diagnóstico da doença através dos pais que levam suas filhas, quase sempre, nas situações limite.

O pai de uma das jovens ressalta a dificuldade encontrada para iniciar um tratamento para a filha, tendo em vista a recusa da mesma em aceitar que poderia estar doente: “Mesmo não sendo especialista no assunto, nós sabíamos que estava acontecendo algo que saía fora do normal”, diz o pai de uma das pacientes. “Ela (a filha) dizia que iria se recuperar, chorava, prometia que iria comer, mas não cumpria. Tudo começou de forma gradativa. Nas refeições normais, ela começou a ficar seletiva, começou a restringir a carne, depois foi selecionando e dizia ‘isso eu não quero porque não é saudável’, até uma hora em que ela não estava comendo quase nada, foi perdendo peso. O pediatra suspeitou e pediu que ela fosse encaminhada em especialista porque podia estar com anorexia”.

Interessante notar como a busca pelo alimento saudável e menos calórico aparece como justificativa da recusa alimentar da jovem diagnosticada com anorexia, ou seja, como a relação saúde-doença é aqui colocada. Como diz o pai da jovem, o argumento da filha para selecionar muito dos alimentos, restringindo em demasia seu cardápio e a ingestão do que escolhia comer, era a relação que estabelecia com o que considerava saudável, dizendo “isso eu não quero porque não é saudável”.

Longe de definir uma anormalidade e, por esse intermédio – com o qual trabalha a racionalidade objetiva biomédica -, uma doença, a anorexia parece ser vista pelos anoréxicosⁱⁱ como um estilo de vida. Busca-se a menor ingestão possível de alimentos (saudáveis, porque menos calóricos e gordurosos) com vistas ao emagrecimento. Trata-se da busca pelo corpo mais magro possível, utilizando-se, para tanto, técnicas de emagrecimento, como a ingestão de alimentos menos calórico. Não é a doença ou o adoecer o que parecem buscar, mas, ao contrário, um novo corpo que muito se articula à (pouca) ingestão de alimentos ditos saudáveis, menos calóricos.

Segundo Ortega (2008), no momento contemporâneo, práticas de modificação corporalⁱⁱⁱ, como a anorexia, esta representada pelo emagrecimento acentuado, não devem ser encaradas como resultado de “um problema de saúde mental” que necessitam de medicalização, tampouco como práticas decorrentes de puro modismos, próprios de uma sociedade de consumo. Diferente dessas associações mais simplistas, o autor busca entender os motivos a partir dos agentes envolvidos nessas práticas.

Também partindo da consideração da capacidade de agência dos atores envolvidos nas práticas de modificação corporal, Breton (2010) analisa outros processos de modificações corporais, e vê nas escarificações “técnicas de sobrevivência” utilizadas pelos jovens na intenção de amenizar o sofrimento de viver uma “identidade intolerável”. Como diz o autor, os “atentados à integridade corporal, em princípio, em nada dizem respeito à hipótese de morrer. (...). São a melhor forma de bricolagem significados em seu corpo, sacrificando uma parte de si para poder continuar a existir.” (p.2)

Segundo Breton (2010), o ataque ao corpo é “precedido pelo sentimento de perda de si, fazendo parte de uma espécie de “vertigem” que, segundo o autor, “caracteriza todos os comportamentos de risco”. Todavia, esse sentimento de perda de si, “de ruptura com o real”, de certo descontrole, “não é desprovido de uma consciência residual”. Há, ao contrário, uma medida de coerência por parte do

sujeito da ação, que não busca se destruir, mas encontrar e construir um novo corpo e uma nova subjetividade.

No caso da anorexia, como mostram os depoimentos dos pais, há uma busca por parte das filhas por alimentos considerados menos calóricos e mais saudáveis. Essas jovens querem emagrecer, transformar o corpo e a si mesmas. Uma querendo ser modelos manequins, outras, modificar partes específicas do corpo. Assim, não se trata da procura por “destruição pessoal”, mas da transformação da própria vida, da imagem de si e de si mesmas.

Como diz a mãe de uma das jovens em tratamento, ela, a filha, “gosta de maquiagem, de coisas de beleza, quer fazer um curso de maquiagem, queria fazer um book, mas, diz, eu não vou fazer. Tudo que é voltado para a beleza você não pode incentivar. Os cuidadores tem que ter cuidado com o que ela vê, entende, televisão, como a imagem está distorcida, tem que tomar cuidado, ver o que ela está buscando para alimentar a doença”.

Se, como mostra esse depoimento, por parte da filha, há uma busca no sentido da conquista de um corpo considerado belo, uma imersão no “universo da beleza”, da moda, que envolve cursos de maquiagem, o *book* fotográfico, cujas referências postas nas revistas são de mulheres magras, por parte dos pais e profissionais de saúde, há uma busca pelo controle desse comportamento, considerado doente. Trata-se, para os pais, cuidadores, de não *alimentar a doença*, que se nutre, segundo afirmam, dessa fixação pelo universo da moda e da magreza, conseguida com diferentes dietas.

As dietas são vistas como as prováveis desencadeadoras da doença. “Ela olhava muito coisas de emagrecimento em revistas, diz o pai de uma das jovens. Eu acho que o problema virou com as dietas na escola, com as meninas da escola. Eu mesmo fazia o almoço e não percebi nada de errado, fazia coisas, frutas, ela comia. Só quando estava na dieta que não [comia], quando lia as revistas com as amigas”.

Garcia (2013), em estudo sobre a reconfiguração dos corpos femininos pela cirurgia plástica, utiliza-se da ideia de imitação prestigiosa (Mauss, 2003) no estudo de revistas femininas indicadas pelas próprias mulheres que realizaram as cirurgias. A autora percebe, na análise do conteúdo de uma revista feminina especializada em técnicas corporais, diversas matérias realizadas com mulheres famosas, “nas quais são apresentadas como um modelo a ser seguido”. Essas matérias revelam o passo a passo dos “segredos de beleza”, constituindo-se num ato prestigioso a ser imitado pela leitora da revista.

A conquista do corpo perfeito, salienta a autora, é equiparada ao sucesso pessoal e profissional da mulher prestigiosa, alvo de admiração e imitação. De modo análogo, o depoimento da mãe de uma das jovens parece sinalizar a mesma atitude de imitação prestigiosa entre a filha e amigas que liam as revistas de dieta.

Para essas jovens, as dietas são o meio encontrado para a busca do corpo desejado e, com ele, da construção de uma nova subjetividade, uma vez que o corpo materializa uma determinada ideia de pessoa (Mauss, 1979), apresentando-o ao mundo com o qual se relaciona. Segundo Breton (2010), não estar bem em seu corpo, em sua pele, implica muitas vezes a necessidade de reorganização para alcançar um novo corpo, “uma nova pele e nela melhor se encontrar”.

Para os jovens, em especial, adolescentes, isso é particularmente importante. Como menciona Breton (2010) “o adolescente sente-se enredado em um corpo que não é seu, mesmo que pertença a ele, preso em um corpo rebelde que fracassa incorporar como o seu próprio.” Em meio à metamorfose corporal que vivencia, o adolescente sente-se “errado, desajeitado, ridículo, feio, sente-se outro sem conseguir esclarecer quem é”, continua o autor. Esse novo corpo de homem e de mulher traz muitas

vezes aos adolescentes um grande desconforto. Para o autor, o corpo do adolescente é o lugar onde vão ser cristalizados “todos os males”. Assim, alterar o seu corpo é antes de tudo buscar uma alteração na relação com o mundo, com “o eu e o outro”, com o dentro e o fora” (p.2).

Na anorexia, essa reconstrução do corpo se dá via alimentação; uma relação entre dentro e fora, referida ao que será ingerido, a comida, o externo significativo que entra no corpo, de maneira muito calculada, para alimentar uma nova imagem de si.

A anorexia vista como doença emocional

Breton (2009) discute o fato de que, o senso comum assimila facilmente a emoção “com a falta de autocontrole, com a experiência de uma sensibilidade exacerbada”, com a irracionalidade. Nessa visão, a emoção estaria atrelada ao descontrole, ao “fracasso da vontade”, “uma imperfeição que se deve emendar, corrigindo-se seu rumo na direção de uma existência razoável”. O autor afirma que o pensamento científico por vezes retoma esse julgamento de valor, “analisando a emoção como uma fonte de perturbação dos processos intelectuais e comportamentais” (p.14).

Diferente dessas associações entre razão e emoção, Breton (2009) afirma a obediência das emoções às lógicas pessoais e sociais, apresentando, elas também “a sua razão”.

No referente à percepção da anorexia pelos cuidadores das jovens assim diagnosticadas, especialmente os pais, a emoção que envolve essa situação é pensada como descontrole. Ao mesmo tempo, conforme já levantado neste texto, a caracterização do paciente, na perspectiva dos familiares, aponta elementos que constroem a dimensão racional da emoção, dada especialmente pelas estratégias utilizadas para o emagrecimento. Todavia, é como doença, desequilíbrio e descontrole que a emoção na anorexia é avaliada.

Como diz a mãe de uma das jovens, em tratamento, diagnosticada com anorexia, “a gente não vai aceitar isso. Acho que isso é uma doença gerada no emocional. Algum momento deu um *start* para iniciar isso que eu não sei”.

Para essa depoente, percepção compartilhada por outros pais, a anorexia é uma doença que se expressa no corpo mas que se explica no emocional. “O problema dela está na mente, [diz], é emocional, não está no corpo”.

Como mostra esse depoimento, que é informado por profissionais de saúde que acompanham as jovens em tratamento, a associação da anorexia com algo que é gerado no “emocional”, ao mesmo tempo em que faz referência à separação corpo, pessoa, emoção, situa esta última na ordem do desequilíbrio, ou seja, a própria emoção é pensada na perspectiva da doença, da desordem e do desvio. Somente estando com o “emocional” comprometido é que uma pessoa não irá se cuidar, não irá se preocupar com sua própria saúde, como não se alimentar corretamente.

Segundo Russo (2006), nas sociedades contemporâneas ocidentais, o cuidado com o corpo é um imperativo, uma obrigação moral. A autora destaca o fato de que, contemporaneamente, “uma vida saudável aparece cada vez mais associada a uma vida moralmente aceitável” (p. 191). Não se cuidar, descuidar-se da própria saúde é moralmente condenável.

Condena-se tanto os excessos praticados, como, por exemplo, a ingestão exagerada de comida, de álcool etc, quanto a preguiça, a falta de prática de exercícios físicos. Cabe a cada um a obrigação de cuidar de si. Desse modo, o aparecimento de diversas doenças vão estar cada vez mais associadas a uma “falta moral”, pondera a autora, ou seja, a atitudes ou comportamentos “passíveis de condenação moral”.

Ortega (2008) também discute esses aspectos e aponta a existência de uma patologização de comportamentos considerados desviantes e autodestrutivos, fazendo referência, dentre outras práticas, às escarificações, à bulimia, às tatuagens, aos piercings corporais e à anorexia como aquelas vistas como “meios estéticos de autodestruição”. Como mostra o autor, “a literatura no campo da saúde mental considera os auto-mutiladores ‘indivíduos profundamente perturbados motivados por várias razões psicopatológicas’ (...) (p. 59). As modificações corporais são identificadas com formas de auto-mutilação, não apenas porque o corpo é apresentado como imperfeito, disfuncional, ou doente, mas porque esse corpo é expressão de um *self* imperfeito, que sofre e está fora de controle, precisando de tratamento”. Uma das principais consequências, aponta o autor, é a negação da capacidade de agência dos atores envolvidos nessas práticas e o descrédito dado aos motivos assumidos para as mesmas.

No caso da anorexia, o fato da jovem não querer conversar sobre o assunto com os pais, não querer que os amigos saibam de seu tratamento e mostrar reações de desaprovação ao que considera que não está bom para ela, reforçam, para os pais, a ideia de desajuste e desequilíbrio emocional. Ela [a filha], diz a mãe, “é muito doce, meiga, mansa, tranquila. Hoje não. Continua sendo, só que hoje se te ver falando algo que não está bom para ela, ela tem reações. Antes não”.

Na percepção da mãe, é como se a filha mantivesse uma “essência” tranquila, mas que é abalada, transformada pelo descontrole “no emocional”. As reações que apresenta, diferente de significar uma resposta a ser lida no registro da (busca de) agência de si, é pensada como alienação do próprio problema. Assim, no momento em que a jovem busca se colocar como sujeito de suas questões, reagindo àquilo que não concorda, ela deixa de ser o que é – doce, meiga, mansa, tranquila – continuando a ser, pois que é de sua “essência”, mas desajustada pelo que lhe afeta no emocional.

Há, portanto, a percepção de uma perda de si, dada pela mudança de comportamento e pela negação de falar sobre o problema da anorexia. “A gente conversa bastante, diz a mãe da jovem. Eu pergunto para ela o que ela pensa, o que ela acha. Ela não gosta de conversar sobre o problema. Ela é muito fechada. Quando eu mostro para ela o que pode acontecer, ela não quer saber. Ela se alienou do problema”.

A negação da filha de conversar sobre o assunto da anorexia com a mãe é vista como uma alienação do problema. Todavia, essa negação, o silêncio da fala que nega resposta ao interlocutor, a mãe, pode, ao contrário, significar uma tomada de posição pela filha, uma recusa de compactuar com os sentidos atribuídos à restrição alimentar. Como argumenta Breton (1997), o “silêncio nunca é uma realidade em si, mas uma relação, aparece quase sempre na condição humana, no interior de uma relação com o mundo.” O silêncio “é principalmente uma certa modalidade de sentido” (p. 143).

A necessidade de busca de sentido da doença, pela mãe; de tentar apreender os motivos, entender as razões, o *start* que iniciou essa doença “no emocional” são questões angustiantes para os pais que, sem a orientação dos profissionais de saúde, consideram-se também doentes. Como diz a mãe da jovem, “temos que ser cuidadores saudáveis e não doentes. Eu passei por uma fase de cuidadora doente, eu só chorava. Agora choro menos. É preciso acreditar que é uma fase e que vai passar”.

Nesse caso, o choro incessante, “sem parar” também é visto como expressão de doença. Não é o fato de chorar, mas chorar demais, ou “só chorar”, o que sugere uma incapacidade de autocontrole e sua aproximação com a ideia de “estar doente”, afetando-a moralmente, uma vez que a atitude de “só chorar” deixa comprometido o cumprimento do papel de cuidadora que lhe cabe como mãe. Como discute Russo (2006), “ao sofrimento físico provocado por uma doença se acrescenta o sofrimento moral da pessoa que vê seu funcionamento no mundo comprometido (...)” (p. 190). Não se trata, portanto, da preocupação ou associação com a quantidade (excesso) de choro, em termos fisiológicos

que definiriam uma (a)normalidade orgânica, mas do fato de se apresentar num dado contexto e circunstância que colocam em xeque valores e representações sobre os papéis de cada um no seio familiar.

Relação entre anorexia e excesso de afeto: reflexões sobre o cuidado na infância

Certeau; Giard; Pierre (2011) mostram como a relação entre mães e filhos, na infância e em torno da comida é fundamental no desenvolvimento do afeto, como diz o autor, a “cozinha pode ser o lugar de uma doce intimidade, conversas sem nexos travadas a meias-palavras com a mãe que vai e vota da mesa para a pia e da pia para o fogão, com as mãos ocupadas, mas o espírito disponível e a palavra atenta a explicar, discutir, confortar”(p. 259).

A relação familiar, especialmente entre pais e filhos, também é acessada para se buscar compreender as causas ou elementos que levaram as jovens ao desenvolvimento da anorexia e, com ela, a uma relação conflituosa com o alimento e com aqueles com os quais se come em casa, especialmente os pais.

O pai de uma das jovens em tratamento para anorexia faz a seguinte avaliação: “eu como de tudo, bebo, tomo minhas cervejinhas, mas ela não sei se porque veio depois de dez anos, a gente tinha um moleque e ela ficou mais mimada. Com o garoto eu não tinha tempo, trabalhava dia e noite e com ela tinha mais tempo, fazia as vontades”.

A busca de compreensão dos fatores envolvidos no desencadeamento da anorexia leva os pais a uma reflexão que os remete aos cuidados da filha, na infância. Esse cuidado, marcado por excesso de carinho, de afeto e mimos é percebido como principal responsável no processo de constituição da pessoa e, talvez, de uma maior predisposição para a anorexia. Nessa noção, a jovem é vista como um indivíduo transformado, ainda que mantendo uma “essência” do que é, mas alterada, em desequilíbrio, com uma imagem “distorcida de si”; indivíduo que se irrita e que reage, mostrando estar mesmo diferente do que é, do modo como todos (da família) o conhecem.

É no interior da família, com as pessoas com as quais convive, que as ações e reações das jovens em tratamento para anorexia são interpretadas. Buscar a compreensão do *start* da doença é algo também pensado nesse plano, do grupo familiar, das relações primeiras de cuidado e afeto na infância.

Assim, é na revisão das relações familiares, mais precisamente, das relações de cuidado familiar na infância, que o comportamento anoréxico é interpretado. Novamente, a questão da falta e do excesso vão estar colocadas na consideração da doença, agora, não mais o desregramento dado pelo excesso de comida, de álcool, da falta de atividade física, como já mencionado, mas o excesso de afeto, interpretado como mimo.

Esse mimo conjuga-se ao tempo de dedicação à filha, visto como excessivo. O excesso de tempo para estar junto é visto como uma espécie de descuido dos pais no referente aos limites que deveriam ser colocados à filha, como diz o pai da jovem, “com o garoto [o outro filho mais velho] eu não tinha tempo, trabalhava dia e noite e com ela tinha mais tempo, fazia as vontades”.

Outro depoimento traz a mesma ideia para buscar compreender o aparecimento da anorexia na adolescência: *depois de dez anos*, diz a mãe de outra jovem, *nasceu minha filha e o pai sempre protegeu demais e cobrava isso também de mim; um cuidado extremado, era tudo dado pronto para ela*, reflete, ao pensar na doença.

Nos dois depoimentos apontados que relacionam as relações de cuidado na infância e o aparecimento da anorexia na adolescência, há uma ideia de exagero, descontrole, excesso de afeto, vistos como desencadeadores de uma predisposição para a doença.

Por traz dessas questões, há uma noção de constituição de pessoa, marcada pela falta de limites no excesso de mimos e “cuidado extremado” dos pais, na infância, portanto, uma tomada para si, dos pais, da responsabilização pela maior “predisposição psicológica” à doença, na adolescência.

Mauss (2003), em estudo sobre o processo de construção da noção de pessoa como “substância racional individual” destaca, nesse processo, o surgimento do “eu” psicológico. Apoiado nessa ideia para pensar a individuação nas sociedades modernas, Breton (2006) mostra como o trabalho da educação, no processo de socialização, iniciado na infância, vai moldando o ser “na teia de significações que cerca e estrutura seu grupo de pertencimento” (p. 8). Todavia, destaca o autor, a “educação, nunca é uma atividade puramente intencional, os modos de relação, a dinâmica afetiva da estrutura familiar, a maneira como a criança se situa nessa trama e a submissão ou resistência que a ela opõe aparecem como coordenadas cuja importância é mais e mais considerada na socialização”.

Há, nessa perspectiva, uma dinâmica na constituição do ser e do corpo que o materializa, em que está colocada a conjugação da educação recebida com as diferentes identificações que fará com que o indivíduo assimile “comportamentos de seu círculo social”. Esse processo é contínuo, não parando na infância.

Mas, para pensar a anorexia, os pais, nos depoimentos, tomam para si a responsabilização maior pelo surgimento de predisposições, pela incorporação de valores nas filhas, como poder ter realizado “as vontades”, recebendo menos limites, quando comparado aos irmãos mais velhos e também recebendo “carinho em excesso”.

Ao refletirem sobre a doença, os pais olham para o processo de educação das filhas maximizando a influência que tiveram e se responsabilizando pelo resultado dos excessos de afeto, vistos como negativos, uma vez que pensados como também constitutivos da desordem emocional. É como se a afetividade, também pensada como nociva, porque em excesso, estivesse na raiz dessa desordem. Especialmente, há uma ideia pressuposta pelos pais de que junto com esse excesso de afeto e mimos na infância foram passados valores que alimentaram as condições de surgimento da doença.

Referências bibliográficas

Adam, P; Herzlich, C. (2001). *Sociologia da doença e da Medicina*. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru/SP: EDUSC.

Canguilhem, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

Certeau, Giard, L., Pierre, M. (2011). *A invenção do cotidiano*. 2. Morar, cozinhar. Tradução de Ephraim F. Alves e Lúcia Endlich Orth. Petrópolis/RJ: Vozes.

Douglas, M. (1966). *Pureza e perigo*. São Paulo, Perspectiva, 1966.

Garcia, C.Z. (2013). “*De mal com o espelho*”: um estudo sobre a (re)configuração de corpos femininos pela cirurgia plástica. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais. Unifesp, Campus Guarulhos, 2013.

- eLe Breton, D. (2006). *A sociologia do corpo*. Petrópolis, Vozes.
- _____ (1997). *Do silêncio*. Lisboa: Instituto Piaget.
- _____ (2007). *Adeus ao corpo*. Campinas/SP: Papyrus.
- _____ (2009). *As paixões ordinárias*. Antropologia das emoções. Petrópolis/RJ: Vozes.
- _____ (2010). Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*. Vol 16, n. 33. Pg 25-40. Recuperado em 20 de julho de 2013, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832010000100003>.
- _____ (2011). *Antropologia do corpo e Modernidade*. Petrópolis/RJ: Vozes.
- Mauss, M. (1979). A expressão obrigatória dos sentimentos In Oliveira, R (org). *Mauss: antropologia*. Coleção grandes cientistas sociais. São Paulo: Ática, p. 147-153.
- _____ (2003). *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naif.
- Oliveira, R.C. (2012). Corpo, gênero, adolescência: discursos e (re)significações a partir da anorexia e da obesidade. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. N.9, ano 4.
- _____ (2010). Gênero e corpo adolescente: considerações biomédicas e reflexões sociológicas sobre comportamento alimentar. *Revista Bahia Análise & Dados*. v.20, n. 4, 2010.
- Ortega, F. (2008). *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Russo, J. (2006). Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In Souza, A.N; Pitanguy, J (org). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, Pg. 183-194.
- Weber, M. (1969). *Economia y Sociedad*, trad. De José Medina Escgavarría et al., Fondo de Cultura Económica, México.

ⁱ Fazem parte do tratamento sessões de psicoterapia em grupo; individual; acompanhamento e reeducação alimentar.

ⁱⁱ Até o presente momento, as jovens não foram contatadas para esta pesquisa. Todavia, esta participação está prevista.

ⁱⁱⁱ O autor denomina as práticas de modificações corporais de “bioidentidades”. Como exemplo dessas práticas podem ser citadas: a anorexia, as tatuagens, os *piercings*, os implantes subcutâneos, diferentes tipos de prótese internas e externas, o *fitness*, os jejuns.