



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Instituto de Medicina Social**

**Beatriz Klimeck Gouvêa Gama**

**"Anorexia? Não, olha seu tamanho": anorexia nervosa “atípica” em  
mulheres gordas**

**Rio de Janeiro**

**2020**

Beatriz Klimeck Gouvêa Gama

**"Anorexia? Não, olha seu tamanho": anorexia nervosa “atípica” em mulheres gordas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosana Maria Nascimento Castro Silva

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

G184 Gama, Beatriz Klimeck Gouvêa  
"Anorexia? Não, olha seu tamanho": anorexia nervosa "atípica" em mulheres gordas / Beatriz Klimeck Gouvêa – 2020.  
115 f.

Orientador: Rogerio Lopes Azize

Coorientadora: Rosana Maria Nascimento Castro Silva

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Anorexia nervosa – Teses. 2. Imagem corporal – Teses. 3. Mulheres – Teses. 4. Obesidade – Teses. 5. Peso corporal – Teses. 6. Antropologia médica – Teses. 7. Pesquisa qualitativa – Teses. I. Azize, Rogerio Lopes. II. Silva, Rosana Maria Nascimento Castro. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89-008.441.42

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Beatriz Klimeck Gouvêa Gama

**"Anorexia? Não, olha seu tamanho": anorexia nervosa “atípica” em mulheres gordas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 04 de março de 2020.

Orientador:

---

Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Co-orientadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosana Maria Nascimento Castro Silva  
Universidade de Brasília

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jane Russo  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Francisco Ortega  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiola Rohden  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rio de Janeiro

2020

## DEDICATÓRIA

À Clarinha, que desde que nasceu faz minha vida valer a pena. 사랑해.

## AGRADECIMENTOS

Ao longo dos meus quatro anos de graduação, meus pais nunca entenderam direito o que eram as Ciências Sociais. Os dois, graduados em áreas bem distantes de um curso tão teórico e acadêmico quanto o que escolhi pra mim, perguntaram-me dezenas e dezenas de vezes e mesmo assim não sabiam direito explicar para os amigos. Quando me formei, o título de cientista social continuou uma incógnita. A antropologia, então, era ainda mais incompreensível, e já havia aceitado para mim mesma que seria como o personagem Chandler, da série Friends: nem os amigos próximos saberiam com o que eu trabalho. O anúncio de que tentaria um mestrado em Saúde Coletiva embaralhou ainda mais o cenário. “Mas... na área da saúde? E faz o que com isso?”

Para explicar, em um almoço, usei como exemplo um diagnóstico conhecido em minha casa: o de fibromialgia. Falei um pouco sobre doenças crônicas e a legitimação do sofrimento, algo que havia lido em um artigo da professora Rafaela Zorzanelli, e de uma possível contribuição da minha ciência para a área.

Naquele dia, meus pais finalmente entenderam o que eu pretendia fazer da vida. E, de alguma forma, eu também. O que me encantava na Antropologia da Saúde era que, de certa maneira, eu acreditava que os processos de saúde e doença transformam, muitas vezes, a Antropologia em algo compreensível, acessível, visível. Acreditava e acredito no poder transformador desse campo de conhecimento – em constante disputa, pensando nos termos de Pierre Bourdieu – para a sociedade.

No primeiro ano dessa pesquisa, na noite do dia dois de setembro de 2018, o Museu Nacional pegou fogo. Através da mídia convencional, meus pais puderam ver os rostos desolados de muitos antropólogos num cenário trágico em meio às chamas. Poucas pessoas de fora da nossa área conheciam o gigantesco Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, referência no Brasil e no mundo, e passaram a conhecê-lo a partir da catástrofe, da incomensurável perda, das lágrimas. O Museu vive, não só no seu vibrante corpo docente, discente e técnico, mas em toda a inspiração para todos nós da área.

Agora, ao escrever isso que é o texto final do meu mestrado, agradeço à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, essa gigante e pulsante universidade pública que resiste e é luz

em meio aos escombros, por ter me permitido aprender nos seus mais plurais espaços, das salas de aula à feira orgânica, dos corredores às aulas de cerâmica.

Ao Instituto de Medicina Social, espaço de excelência e resistência que me abriu os braços, permitindo-me desenvolver minha pesquisa de mestrado e que também me aprovou no processo seletivo para realizar meu doutorado na casa. A todos os professores que tive nesse espaço, que tanto me ensinaram e ampliaram meu olhar, assim como meus colegas de sala, que me apresentaram a tantas questões do universo da Saúde Coletiva para as quais meu olhar de cientista social não estava treinado. A todos os funcionários, sempre atenciosos conosco, que possibilitam ao Instituto existir, especialmente Eliete, Silvia e Aleksandra.

Ao meu orientador, Rogerio Lopes Azize, pela parceria, por acreditar nessa pesquisa e construí-la junto comigo, pela curiosidade com o meu tema, por aguentar os furacões que eu trazia às reuniões, manejar minhas muitas ansiedades e por sempre sinalizar tantas coisas "boas pra pensar".

À minha co-orientadora, Rosana Castro, pelo olhar carinhoso e dedicado com o qual abraçou meu projeto e as ideias que eu trazia. Seu olhar sempre trouxe contribuições riquíssimas em todas as nossas trocas.

À Jane Russo e Fabíola Rohden, pelas contribuições enriquecedoras na qualificação e, juntamente ao Francisco Ortega, pelo aceite para composição da banca avaliadora. Silvia Monnerat, que virou amiga, e Martinho Silva, por me ensinarem tanto e também por aceitarem a suplência à banca.

À Alexandra Elbakyan, por defender o livre acesso ao conhecimento e permitir que eu conhecesse referências que não poderia acessar sem sua entrega e dedicação.

Ao financiamento público de pesquisa, um dos mais fundamentais pilares da ciência brasileira. À CAPES e à FAPERJ, que me contemplaram com bolsa de pesquisa no primeiro e segundo ano: tenho muito orgulho e gratidão por ter sido contemplada.

À Camila Barcelos, que foi apoio fundamental para que eu acreditasse em mim e que me mantivesse em um ritmo consistente de escrita. À Maria Leão, que foi amiga, colega de casa, mas também mentora e me ajudou a enfrentar os percalços da escrita com mais suavidade. À Yasmin Curzi, pela revisão tão cuidadosa e pelo apoio emocional nessa tão solitária trajetória. Ao Maurício de Souza por sempre me lembrar que eu sou capaz. Ao Ueslei Solaterrar, de quem estive mais próxima nesses meses finais, representando aqui toda a nossa

turma que tanto contribuiu com o desenvolvimento da pesquisa nos diálogos em sala. À Georgia Pereira, que foi querida amiga e que dividiu comigo as angústias desse processo. À Raíssa Galvão, que ao acreditar na pesquisa e compartilhá-la com aqueles que a acompanham, aproximou-me das minhas entrevistadas.

Aos meus pais, Jacqueline e Guilherme, que não somente me deram suporte físico, como muitas garrafas de Matte Leão para acompanhar a escrita, mas também emocional para a feitura deste trabalho, vibrando e acompanhando esse processo da forma peculiar deles.

À minha irmã, Clara, que tão nova conseguiu entender o que faço e que me apoia sempre – obrigada por me cobrar meus prazos.

Ao meu companheiro, Ralph, que não só é meu grande apoiador e revisor, mas que acredita nessa pesquisa e se envolve, emociona e a defende junto comigo desde o pré-projeto.

Sem as vivências, os pensamentos e as elaborações de mulheres gordas, projeto inicial não existiria, muito menos esta dissertação. Por isso, dedico este trabalho às minhas entrevistadas, mas também a todas aquelas mulheres que cruzaram meu caminho e me ensinam tanto sobre elas e sobre mim, sobre meus próprios privilégios, sobre meu próprio corpo e minhas limitações. E, ainda, generosamente, possibilitam que eu realize essa pesquisa, apoiando-me das mais diversas formas.



By the time I was sixteen, I had already experienced being  
clinically overweight, underweight, and obese.

As a child, fat was the first word people used to describe me,  
which didn't offend me until I found out it was supposed to.

When I lost weight, my dad was so proud he started carrying my before-and-after photo in his  
wallet, so relieved he could stop worrying about me getting diabetes.

He saw a program on the news about the epidemic with obesity,  
says he is just so glad to finally see me taking care of myself.

If you develop an eating disorder when you are already thin to begin with,  
you go to the hospital;

If you develop an eating disorder when you are not thin to begin with,  
you are a success story.

So, when I evaporated, of course everyone  
congratulated me on getting healthy.

Girls at school who never spoke to me before  
stopped me in the hallway to ask how I did it  
I say, I am sick, they say no, you're an inspiration.

How could I not fall in love with my illness?

With becoming the kind of silhouette people are supposed to fall in love with? [...]

When I was little, someone asked me what I wanted to be when I grew up, and I said "small."

Blythe Baird<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Trecho de "*When a fat girl gets skinny*", *poesia slam* da autora estadunidense Blythe Baird.

## RESUMO

GAMA, Beatriz Klimeck Gouvêa. "Anorexia? Não, olha seu tamanho": anorexia nervosa “atípica” em mulheres gordas. 2020. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

O objetivo da presente dissertação é refletir sobre que é considerado atipicidade na anorexia nervosa, especialmente os casos entendidos como atípicos pelo peso corporal. Nas imagens que circulam entre diferentes veículos de mídia e alimentam o imaginário social, o corpo anoréxico é feminino, branco, jovem e extremamente emagrecido; tem costelas ressaltadas e o corpo esguio. Essa percepção acaba inferindo erroneamente sobre o reconhecimento da presença e da gravidade do transtorno alimentar: pessoas podem ser naturalmente magras sem dietas e pessoas consideradas “acima do peso” podem desenvolver relações conturbadas de restrição alimentar. Para a pesquisa, quatro mulheres autodenominadas gordas e duas profissionais de saúde foram ouvidas em entrevistas presenciais. Acredito que a experiência da anorexia nervosa em pessoas que não se encaixam no critério diagnóstico de “peso corporal significativamente baixo” nos auxilia a pensar as fronteiras entre típico e atípico, entre peso normal e anormal, entre saudável e doente. O critério de peso corporal pode distanciar de um tratamento qualificado pessoas em notável sofrimento psíquico, mas que não necessariamente possuem o Índice de Massa Corporal em um valor considerado baixo o suficiente para receberem tal diagnóstico.

Palavras-chave: Anorexia nervosa atípica. Transtornos alimentares. Gordofobia. Gordura corporal. Antropologia da saúde.

## ABSTRACT

GAMA, Beatriz Klimeck Gouvêa. "Anorexia? No, take a look at your size": "atypical" anorexia nervosa on fat women. 2020. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

The goal of the present dissertation is to reflect upon what is considered “atypical” in anorexia nervosa, particularly in cases determined as atypical because of body weight. In the images disseminated by various media platforms that feed social repertoire, the anorexic body is feminine, white, young and extremely thinned: they have their ribs emphasized and their waist is very slim. This perception ends up inferring erroneously on the detection of the presence or the gravity of eating disorders: people can be naturally thin without diets and people considered “overweight” can develop problematic patterns of eating restrictions. This research consists of presential interviews with four women that self-identify as fat as well as two health professionals. I believe that the experience of anorexia nervosa by people that don’t “fit” the diagnostic’s criteria of “significantly lowered body weight” helps bringing our attention to the frontiers between typical and atypical, over and underweight, healthy and unhealthy. A body weight criteria can distance people in high levels of suffering – but that don’t necessarily have what’s considered a “low” BMI – from qualified treatment.

Keywords: Atypical anorexia nervosa. Eating disorder. Fatphobia. Body fat. Health anthropology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Convite para a pesquisa.....	20
Figura 2 –	<i>Physical Fitness Program</i> .....	48
Figura 3 –	Escala de IMC em mulheres.....	51
Figura 4 –	“Paradoxo da obesidade”.....	57
Figura 5 –	Gordura como órgão.....	63
Figura 6 –	Tecido adiposo como granada.....	64
Figura 7 –	Os neurônios da gordura corporal.....	65
Figura 8 –	“Sua gordura está tentando te matar”.....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN	Anorexia nervosa
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
BN	Bulimia nervosa
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM	Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais
HAES	<i>Health at Every Size</i>
IMS	Instituto de Medicina Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
TA	Transtorno alimentar
TANE	Transtorno Alimentar Não Especificado
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	15
1	<b>“ESSE É O MEU LUGAR NO MUNDO”: A ANOREXIA NERVOSA.....</b>	30
1.1	<b>Anorexia nervosa segundo o DSM.....</b>	35
1.2	<b>As experiências da anorexia nervosa.....</b>	37
1.3	<b>Atipicidade.....</b>	40
2	<b>O CORPO GORDO.....</b>	45
2.1	<b>Epidemia da obesidade: peso, saúde e estigma .....</b>	49
2.2	<b>Gordura corporal como órgão do corpo .....</b>	61
2.3	<b>Critical weight studies, fat studies e ativismo gordo.....</b>	68
3.	<b>O DIAGNÓSTICO ATÍPICO.....</b>	76
3.1	<b>Anorexia ou bulimia: o diagnóstico diferencial.....</b>	81
3.2	<b>Sobre curas possíveis.....</b>	89
3.3	<b>O reganho de peso.....</b>	94
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	100
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	104
	<b>ANEXO A – Roteiro 1.....</b>	114
	<b>ANEXO B – Roteiro 2.....</b>	115

## INTRODUÇÃO

Nas imagens que circulam entre diferentes veículos de mídia e alimentam o imaginário social, o corpo anoréxico é feminino, branco, jovem e extremamente emagrecido; tem costelas ressaltadas e o corpo esguio. Também há comumente uma associação direta com modelos de passarela e atrizes de cinema. Sendo a anorexia nervosa uma doença popularmente conhecida, podemos ouvir falas corriqueiras como “Fulana está anoréxica!” em referência a alguém que está com a figura emagrecida. Tal percepção acaba produzindo inferências equivocadas sobre a presença e a gravidade do transtorno alimentar: pessoas podem ser naturalmente magras sem dietas e pessoas consideradas “acima do peso” podem desenvolver relações conturbadas com a alimentação de forma restritiva, com comportamentos de restrição alimentar considerados “transtornados”.

Da mesma forma, pessoas gordas podem ser consideradas “menos doentes” por não estarem tão emagrecidas quanto o imaginário coletivo em torno da doença acredita ser o corpo “realmente anoréxico”, ainda que apresentem um quadro com sintomas relacionados à anorexia. Essa imagem, no entanto, não é à toa, pois é construída a partir dos referenciais médicos do transtorno. Em síntese, a relação entre um corpo gordo e o diagnóstico de anorexia, seja ele atribuído pela medicina ou auto atribuído, é uma relação pouco comum em nosso imaginário, ainda que nem tão incomum entre as mulheres com quem dialoguei no caminho desta dissertação.

Diante deste quadro, o foco da presente dissertação é investigar o que é considerado atipicidade na anorexia nervosa, especialmente os casos considerados atípicos devido ao peso corporal. Através de entrevistas presenciais, ouvi quatro mulheres gordas e duas profissionais de saúde. Acredito que a experiência da anorexia em pessoas que não se encaixam no critério diagnóstico de “peso corporal significativamente baixo” nos auxilia a pensar as fronteiras entre típico e atípico, entre peso normal e anormal, entre saudável e doente.

Em uma sociedade na qual o vocabulário biomédico não somente participa de relações econômicas, mas também sociais, culturais e políticas, receber um diagnóstico afeta os mais diversos aspectos da vida de um sujeito e daqueles que o cercam. Assim, suspeito que o

critério “peso corporal significativamente baixo”, atualmente fundamental para a produção do diagnóstico de anorexia nervosa, contribua para que somente pessoas consideradas magras – pela Medicina e também pela população leiga – sejam atendidas sob tal diagnóstico.

Afirmo que o alargamento da categoria a partir da exclusão de tal trecho do critério poderia contribuir para mais diagnósticos e conseqüentemente mais possibilidades de tratamento e recuperação de tal transtorno alimentar. Este movimento traria uma suposta vantagem de que sujeitos invisíveis para um diagnóstico possam receber alguma espécie de cuidado; por outro lado, a ampliação do escopo de um diagnóstico é um movimento sob suspeita em diversos sentidos. É tarefa dessa pesquisa lidar com este fenômeno complexo.

Antropólogos que se dedicam a refletir sobre processos de saúde e doença, diagnósticos e saberes médicos frequentemente assumem uma postura crítica – e importante – ao alargamento do escopo médico, principalmente por meio da frequente transformação de diferentes formas de sofrimento humano em problemas “tratáveis” através das técnicas da Medicina (Conrad, 2007). No entanto, não observo uma sobremedicalização da anorexia nervosa que justificasse insistirmos no estreitamento dos critérios diagnósticos, pelo contrário: o não cumprimento do critério do baixo peso corporal deixou algumas de minhas interlocutoras desassistidas de cuidados que elas consideram que poderiam ter recebido, se não houvesse tal critério.

Como grande parte das motivações de pesquisa, minha trajetória de investigação sobre o tema é atravessada por questões pessoais. Depois de passar anos fazendo dietas, percebi-me adoecendo de algo que aprendi ser um transtorno alimentar. No processo, conheci teorias, pessoas e histórias que me fizeram questionar este lugar, que sociedade era essa que reagia com elogios ao meu emagrecimento. Na medida em que dividia com outras pessoas as questões que me angustiavam, principalmente aquelas que diziam respeito não só a mim, mas também e principalmente à coletividade, outras pessoas me traziam histórias similares. Por isso, comecei a pensar o tema antropologicamente no último ano da graduação em Ciências Sociais, culminando em meu Trabalho de Conclusão de Curso sobre mulheres que “viviam de dieta” e a relação de seus comportamentos com transtornos alimentares (Klimeck, 2017).

Lembro-me de ser questionada por uma professora importante no campo da Antropologia sobre a quantidade de subjetividade que meu trabalho possuía, já que havia explicitado minha implicação no campo, à época relutantemente demonstrada em uma linha



do texto entregue ao congresso acadêmico. Hoje, assumo de forma mais explícita que não me proponho a realizar uma pesquisa neutra; além de não acreditar nessa suposta neutralidade científica, opto por construir a partir do que a bióloga e filósofa Donna Haraway chama de "saber localizado" (1995): explicitar onde me localizo, de e para onde olho é o rigor científico com o qual estou e estarei comprometida ao longo dessas páginas.

Isso dito, convenciono que, nessa dissertação, relatos de entrevistas e outros materiais aparecerão em tamanho 12 com fonte em itálico, a fim de diferenciar das referências teóricas, recuadas. Faço uma separação na mancha gráfica do texto entre trechos de materiais analisados e trechos teóricos (que também podem ser, por vezes, analisados).

Afirmo, ainda, outro fato: sou uma mulher magra pesquisando mulheres gordas, e é preciso evidenciar meu olhar, que trata das trajetórias dessas mulheres com seus corpos a partir do meu próprio corpo. Ao tentar dizer a uma entrevistada, Natália<sup>2</sup>, que essa não era para ser uma pesquisa na qual uma pessoa magra observa de cima os "objetos gordos de pesquisa" como uma cientista observa ratos de laboratório, ela me retrucou diretamente com a observação "mas é", lembrando-me que meus esforços em horizontalizar tinham limites e que eu não podia renunciar ao lugar que ocupo como pesquisadora:

– *A ideia é tentar me afastar ao máximo da ideia de que sou eu “eu, uma mulher magra botando várias mulheres gordas como ratos de laboratório de uma forma que eu...”*

– *Mas é o que tá acontecendo, e tá tudo bem...*

Claro, nenhum “pedido de desculpas” inicial pode apagar o lugar de poder que ocupo enquanto pesquisadora e também enquanto pessoa magra, na dinâmica que se estabelecia ali. E é importante frisar que quando afirmo que sou uma mulher magra, não trato dos quilos na balança. Alguém poderia me olhar e discordar da informação, a partir de seus próprios critérios, comparando com suas próprias noções de magreza ou gordura. Para essa pesquisa, no entanto, é muito importante pensar o lugar estrutural que corpos magros ocupam diante da sociedade: não há dificuldade de acessibilidade, não há discriminação pela forma física, não existem portas que se fecham pela magreza de um corpo; muito pelo contrário, na verdade.

---

<sup>2</sup> Apresentarei minhas interlocutoras mais à frente, mas adianto que Natália é uma mulher branca na casa dos trinta anos, gorda, que me encontrou para a entrevista em um café na cidade de São Paulo. O nome é fictício e foi escolhido por ela, a fim de garantir o anonimato.

As fronteiras que catalogam os corpos não são nítidas: conseguimos pensar no que se considera quase “indiscutivelmente” gordo, mas, entre esse corpo e um cujos ossos são aparentes, muito se diverge. O sociólogo Claude Fischler, ao falar de pessoas que são consideradas obesas, traça possíveis referências de tal percepção:

Mas é claro que não temos necessidade de perguntar qual é o peso das pessoas com as quais nos esbarramos na vida cotidiana, para então podermos decidir se são obesas ou não, se nos são simpáticas ou não. Mesmo se entendermos por “peso” a massa global e a dimensão da silhueta, o critério permanece nitidamente insuficiente. Há gordos que são julgados positivamente e que ultrapassam, no entanto, muito largamente os 100 kg, como o demonstra, por exemplo, o cantor Carlos, ídolo das crianças e de um bom número de adultos na França. Certos traços morfológicos específicos podem desempenhar um papel decisivo: barriga, queixo duplo, textura da pele, aspecto “mole” ou “firme” do tecido adiposo, etc. (1995, p. 72)

Além disso, há uma tendência de que mulheres, principalmente nas sociedades ocidentais, sintam-se inadequadas e distantes do padrão estético desejado (Wolf, 1992; Orbach, 1998; Foxcroft, 2013; Tovar, 2018). Tal sensação pode, inclusive, fazer com que percebam seus corpos como corpos gordos, independentemente dos números apresentados na balança (Foxcroft, 2013; Novaes e Vilhena, 2016).

Meu campo de pesquisa se configurou principalmente a partir de seis entrevistas presenciais e da análise de textos de manuais, mas também aprendi nos congressos em que estive e também no espaço virtual, onde aprendo muito, principalmente junto à militância. Ao me propor estudar mulheres gordas, aprendi a estranhar o lugar da magreza enquanto “normal”, “natural”, “correto”, como padrão universal de humanidade. Da mesma forma, busco não colocar o corpo gordo como “o outro”, “estranho”, “doente”, “inadequado”, “corrigível”. E, se assim busco fazer, é porque aprendi com muitas ativistas gordas. Não sou capaz de recordar todos/as aqueles/as responsáveis por despertar em mim ao longo dos últimos anos algumas questões que aqui analiso, infelizmente, mas expresso minha enorme gratidão.

Conforme estruturava meu projeto de pesquisa, aumentava a vontade de ouvir e trazer para uma discussão acadêmica histórias que muitas vezes não apareciam quando se falava em transtorno alimentar. Meu envolvimento pessoal com o tema me apontava algumas delas, em desabafos que ouvia ou lendo narrativas expostas em redes sociais. Trago aqui quatro histórias que sem dúvida não dão conta de todas as complexidades do fenômeno: são mulheres

cisgêneras<sup>3</sup>, três brancas e uma amarela, de um certo recorte social de classe média. A percepção das manifestações da anorexia nervosa são diferentes em outros corpos, e esta é uma limitação dessa pesquisa.

Se o critério mais significativo de anorexia nervosa me parecia ser a magreza ou o corpo muito emagrecido, decidi em um primeiro momento pesquisar se havia a manifestação do transtorno em mulheres “não-magras”. Algum conhecimento do campo, no entanto, me mostrou que seria difícil delimitar o que é ou não um corpo magro. Como disse, não há consenso para além dos considerados “extremos”, e a maior parte da população feminina brasileira se localiza algum lugar mais ao centro – 53,9% das mulheres está na categoria de “excesso de peso” e 20,7% na categoria de “obeso”, segundo dados da pesquisa “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico” (VIGITEL, 2018). Além disso, os critérios utilizados nos tratamentos para transtorno alimentar não são tão específicos e variam entre centros de atendimento, o que dificultaria ainda mais o escopo da pesquisa.

Percebi que, se me interessavam aquelas narrativas à margem da categoria de anoréxicas, eu deveria me atentar não às mulheres cujos corpos oferecem dúvidas às categorias que eu poderia limitar, mas sim a mulheres que se autodenominavam gordas. “Gordinhas”, “fofinhas”, “cheinhas” e outros eufemismos utilizados para falar de mulheres em corpos volumosos<sup>4</sup> foram categorias que deixei de lado em minha busca, mesmo sabendo que poderiam trazer muito mais mulheres para a pesquisa. Busquei, assim, mulheres gordas, sem atenuações. Mulheres autodenominadas gordas, seja por orgulho, por militância ou ainda por um diagnóstico médico.

Felizmente, o ativismo gordo está ganhando espaço e mais pessoas vêm assumindo uma “identidade gorda” que se orgulha dos seus corpos e usa o próprio título. Apesar de “gordo” ser visto como xingamento, ativistas insistem no caráter descritivo do termo (Meadows, 2016; Tovar, 2018), sem necessariamente implicar uma opinião sobre tal corpo: “é” gordo e só - o que aproxima tal ativismo da apropriação do uso da palavra *queer* pela

---

<sup>3</sup> Cisgênero é um termo utilizado para pessoas que se identificam com o gênero que lhes é assinalado ao nascer, sendo o oposto de transgênero. (De Jesus, 2012).

<sup>4</sup> Para uma boa reflexão em ambientes virtuais nos quais essas categorias são dispostas e negociadas, ver o trabalho da pesquisadora Mirani Barros, 2017.

população LGBT anglófona. E, dessa descrição, tais ativistas se apropriam positivando-a e elaborando uma bioidentidade (Ortega, 2003) a partir da forma de seus corpos, que em outros espaços é estigmatizada e rejeitada.

A não ser que estritamente necessário, evitarei nessas páginas utilizar termos derivados de "obesidade": para boa parte dos ativistas, o uso dos termos "acima do peso", "sobrepeso" e "obeso" carregam consigo estigmas próprios da medicalização e patologização de tais corpos, como explica a pesquisadora e ativista Angela Meadows (2016). A reapropriação do termo gordo/a ("*fat*", que significa ao mesmo tempo gordo e também gordura) pelos ativistas da causa é apresentada como uma neutralidade descritiva do termo, contrastando com o forte estigma que hoje carrega. Considerando que não há neutralidade possível no uso de um termo, opto ainda assim por este, já que é a escolha política e acadêmica de muitos do grupo que pretendo estudar.

Para alcançar tais mulheres para as entrevistas, aproveitei-me de certo lugar privilegiado que ocupo na Internet. Como desenvolvo parte de minha militância nas redes sociais – possuo, há alguns anos, páginas sob a alcunha de “Você não é o seu transtorno alimentar”, e debato questões relacionadas à temática em textos e vídeos<sup>5</sup> – divulguei uma imagem em minhas redes que trazia os seguintes dizeres:

Figura 1 – Convite para a pesquisa

---

<sup>5</sup> Minha principal plataforma de produção de conteúdo é o Youtube, para a qual produzo vídeos. Disponível em: <<http://bit.ly/youtubebatriz>>



Fonte: elaboração própria.

Com essa mensagem, solicitava que as mulheres que se identificassem com a chamada e quisessem conversar enviassem uma mensagem privada (chamada nas redes de “*inbox*”), para que conversássemos dessa maneira. Assim, conseguiria manter a privacidade das entrevistadas não somente para o anonimato da pesquisa, mas também pelo tema do transtorno alimentar ser sensível para muitos. Na chamada, deixei claro que o diagnóstico formal não era um pré-requisito.

Desde os primeiros minutos do anúncio no ar, comecei a receber algumas mensagens de interessadas em conversar comigo. Algumas horas depois, uma ativista gorda famosa nas redes sociais, Raíssa Galvão (que possui a alcunha virtual de Ray Neon) compartilhou meu pedido em seu perfil do Instagram<sup>6</sup>, e, através dela, mais de cem mulheres entraram em contato comigo. Como a quantidade era muito maior do que previa, apaguei a publicação, evitando assim que ainda mais mulheres entrassem em contato e a chamada resultasse em um número para além do que seria possível lidar nos limites da realização da pesquisa.

Naquele momento, a pesquisa parou por um tempo, por consequência da vitória do método escolhido para encontrar pessoas interessadas em conceder uma entrevista. O número

---

<sup>6</sup> Rede social para a divulgação de fotos e vídeos, sejam pessoais ou profissionais. Raíssa é considerada influenciadora digital e afirma publicamente que já sofreu com um transtorno alimentar. Nós nos acompanhamos nas redes.

de mulheres dispostas a falar e a responsabilidade que estaria por vir me fizeram ficar semanas a fio sem respondê-las direito e sem conseguir olhar para a planilha que construí, que organizava os contatos por nome, nome de usuário nas redes, cidade em que residiam e algumas anotações a partir das mensagens que me escreviam.

Comecei a experimentar um sentimento, no mínimo, contraditório, conforme respondia a várias mensagens em sequência: quando eu era ignorada, ou seja, podia ver que a pessoa teria visualizado minha mensagem, mas não me respondia, um sentimento de alívio crescia em mim. “Menos uma pra eu não dar conta de entrevistar”, me peguei pensando.

Com o passar do tempo, a quantidade de interessadas não se mostrou mais um problema: das cem mulheres que entraram em contato inicialmente, a grande maioria não respondeu mais minhas mensagens, o que certamente terminou por funcionar como um mecanismo de seleção. Priorizei, inicialmente, aquelas que moravam no Rio de Janeiro e em São Paulo, já que moro na primeira e tinha facilidade para ir à segunda. Eventualmente, realizei uma entrevista em Curitiba, quando lá estive por razões profissionais. Conforme me respondiam, eu enviava um e-mail para aquelas que fossem de tais cidades com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que soubessem mais sobre a pesquisa e os termos dela, pedindo para que marcássemos uma data para a entrevista caso quisessem mesmo participar. Novamente, grande parte não me respondeu após o e-mail. Outras responderam, mas nunca marcaram uma data para a conversa, ou ainda desmarcaram depois de algum tempo. Dessa forma, por fim, foram realizadas quatro entrevistas em profundidade com essas mulheres.

Conforme se aproximavam as datas das primeiras entrevistas, pensei sobre como poderia tentar construir a pesquisa de maneira mais coletiva, levando a sério a ideia de que seriam aquelas mulheres e profissionais minhas interlocutoras e não informantes. Não encontrei resposta imediata, mas ao menos tinha uma boa pergunta para manter em mente. Para além de partir do princípio de que uma pesquisa com entrevistas é construída junto aos entrevistados, decidi sempre perguntar, ao ligar o gravador, sobre o que a pessoa tinha vontade de falar, sobre o que gostaria de contar a um trabalho com este perfil, o que acreditava importar. Cada novo encontro, assim, possuía novos traços, reflexões e considerações incorporados a partir da entrevistada anterior, mantendo o mesmo roteiro semiestruturado (Anexo 1).

A frase de uma das mulheres que conversei, via Instagram, após receber minha explicação sobre os termos da pesquisa, evidenciava que se esperava algo de uma troca como aquela, havia uma expectativa em jogo: *“Eu quero, porque acho que esses problemas estão voltando”*. Pareceu-me, como em algumas outras mensagens, que ela estava buscando ali uma ajuda. Mas como? Mas sou antropóloga, não psicóloga. Perguntei-me se deveria responder explicando, deixar isso mais claro? Será que alguém se confundiu? Como poderia eu ajudá-las? E será que poderia?

Ao preencher o campo de possíveis benefícios para as entrevistadas no protocolo enviado ao Comitê de Ética, escrevi sobre a possibilidade de beneficiarem-se ao falar sobre tal assunto. Baseei-me na ideia de uma escuta ativa ou escuta empática, na qual o diálogo sobre assuntos delicados pode ajudar alguém a elaborar melhor seus sentimentos e ter uma possível melhora emocional (Vasconcelos, 2003), ou em uma proposta de elaboração através da fala, como propõe a psicanálise. Mas não possuía bagagem teórica nem metodológica para lidar com tais questões nesses termos, e não queria ocupar esse lugar.

Outras questões se evidenciavam conforme as primeiras entrevistas aconteciam. O que elas esperavam da pesquisa? Por que interrompiam suas atividades cotidianas para me encontrar? Toda aquela empolgação para me ver era porque acreditavam na contribuição científica?

Aparentemente, sim, salientava-se nas entrevistas o desejo de contribuir para a construção do conhecimento. Ouvi, em praticamente todas as entrevistas com mulheres gordas, variações de “obrigada por fazer essa pesquisa”; visibilizar suas trajetórias academicamente pareceu significativo para as entrevistadas. Meu objetivo de debater essas mulheres “à margem” do diagnóstico de anorexia nervosa no campo dos transtornos alimentares surgiu do diálogo com outras mulheres previamente, e sua importância para o grupo que decidi entrevistar era reforçado ao final de toda entrevista por frases como essa.

Mais especificamente, muitas narraram acreditar na possibilidade de dar sentido a uma dor passada, ou mesmo a perspectiva de ajudar outras pessoas ao dividirem suas histórias (mesmo com as limitações de alcance de uma pesquisa acadêmica). Eu mesma desenvolvo um trabalho de ativismo justamente a partir da experiência de transtorno alimentar que vivi, acreditando no possível efeito positivo (e porque não até terapêutico) de se compartilhar este tipo de experiência.

Introduzo, aqui, as quatro entrevistadas que vieram desse processo: Daniela, Milena, Natália e Anna<sup>7</sup>. As entrevistas foram realizadas em cafés nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Curitiba, gravadas e posteriormente transcritas por mim. Sugeri cafés, já que seriam espaços públicos nos quais poderíamos ter algum nível de silêncio para as gravações, e todas concordaram. Daniela é branca, gorda, está na casa dos vinte anos, tem ensino médio completo, trabalha como fotógrafa *freelancer* desde os quinze, mora com os pais e é diagnosticada com depressão. Milena também é branca, gorda, também está na casa dos vinte anos, estuda, está iniciando sua carreira na área de Recursos Humanos, tem diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e também de depressão. Natália é branca, gorda, na casa dos trinta anos, está desempregada e é diagnosticada com bipolaridade tipo 2 e depressão. Por último, Anna é uma mulher amarela, gorda, cursando faculdade; ela é diagnosticada com bipolaridade, TAG e seus médicos estão estudando a possibilidade de um diagnóstico no espectro autista<sup>8</sup>.

A opção por pesquisar somente mulheres se deu, principalmente, por ser um transtorno comumente associado ao gênero feminino e com características estereotipicamente lidas como femininas (como fraqueza, delicadeza e magreza). Muitas estatísticas apontam diferenças gritantes entre o número de casos em mulheres e homens (90% e 10%), mas é preciso levar em consideração a subnotificação das experiências masculinas (Castro e Brandão, 2018).

A ativista e pesquisadora Melissa Fabello (2018) chama a atenção para o fato da maior parte da produção acadêmica sobre anorexia nervosa ser produzida com mulheres cisgêneras brancas, jovens e magras, o que se torna uma limitação em relação à bibliografia utilizada: é importante ter em mente que os estudos com os quais dialogo na dissertação se referem majoritariamente a esse perfil, quando não especificado de outra forma.

Justamente porque me interessa aqui uma visão crítica e reflexiva sobre os critérios diagnósticos, meu critério de inclusão não se baseará em mulheres diagnosticadas com

---

<sup>7</sup> Todos os nomes utilizados são fictícios, escolhidos pelas participantes para garantir o anonimato na pesquisa. Vale mencionar que três delas afirmaram que não se incomodariam em utilizar seus nomes verdadeiros. No entanto, como nenhuma delas indicou que fazia questão que seu nome verdadeiro fosse utilizado (mas apenas que “não se incomodariam”), opto pelos nomes fictícios.

<sup>8</sup> Não me debrucei sobre essa questão, mas ressalto a existência da hipótese de alguma correlação entre casos de anorexia nervosa e autismo em mulheres (Gilberg, 1983; Odent, 2010; Baron-Cohen et al., 2013; Tchanturia et al., 2013).



anorexia nervosa pela biomedicina, mas sim através de auto identificação. Fabello reflete sobre o privilégio de poder receber um diagnóstico e como isso impacta a realização de uma pesquisa com um perfil de pessoas similar ao que entrevistei:

O que significa de verdade “mulher com anorexia nervosa”? Eu e as pesquisas discordamos imensamente. Para mim, significa qualquer pessoa que se identifica como uma mulher exibindo sintomas alinhados com aqueles de todos os diagnósticos de anorexia nervosa. Subtipos restritivos/purgativos, é claro, estão incluídos nessa definição – mas, em meu trabalho, eu também faço uma distinção para incluir os TANE<sup>9</sup>/diagnósticos atípicos, especificamente porque permite que pessoas gordas tenham acesso à participação, já que elas praticamente sempre são deixadas de lado. Em meu trabalho, eu também permito que as pessoas se auto identifiquem, ao invés de exigir um diagnóstico médico oficial, uma escolha infelizmente considerada radical para as ciências sociais. Diagnósticos geralmente só estão disponíveis para pessoas com mais privilégios, e requisitá-los limita a população estudada consideravelmente. (Fabello, 2018, p. xi)<sup>10</sup>

Optei, portanto, pela mesma escolha metodológica de inclusão. Ressalto que, apesar de não ter sido uma escolha proposital da minha parte, nenhuma das quatro entrevistadas recebeu o diagnóstico “oficialmente” através de um psiquiatra, o que se tornou importante questão para a pesquisa e desenvolverei mais à frente.

O que busco fazer nessas páginas, portanto, é visibilizar as trajetórias das mulheres com as quais conversei, que se localizam à margem do diagnóstico. Durante a entrevista com Natália, perguntei sobre sua motivação para conversar comigo e ela expressou a sensação de compartilhar a experiência quando escreveu em suas redes sociais sobre ter anorexia:

*– O que me motivou foi ter falado no Instagram sobre isso, eu precisava pôr pra fora de alguma forma e escrever foi a melhor forma, e eu não sabia que existiam outras pessoas [vivendo histórias similares].*

Isso posto, acredito que exista de fato uma chave terapêutica na reelaboração das histórias de vida de minhas interlocutoras. Ao elaborar sobre redes de apoio para pacientes em clínicas psiquiátricas, o psicólogo e cientista político Eduardo Mourão Vasconcelos aponta a

<sup>9</sup> TANE: transtorno alimentar não especificado, diagnóstico para aqueles que não se encaixam em todos os critérios diagnósticos.

<sup>10</sup> Tradução minha. No texto original: “What, though, does “woman with anorexia nervosa” really mean? The research and I largely disagree. For me, it means any person who identifies as a woman exhibiting symptoms in line with those of all anorexia nervosa diagnoses. Restrictive and binge/purge subtypes, of course, are included in that definition – but in my own work, I also make a point to include the OSFED<sup>10</sup> atypical diagnosis, specifically because it allows fat people access to participation, where they are almost always left out. In my work, I also allow folks to self-identify, rather than to be required to hold an official medical diagnosis, an unfortunately radical choice within the social sciences. Diagnoses are often only available to people with more privilege, and requiring them limits the pool considerably.”

importância da reelaboração de experiências traumáticas e agudas de seus transtornos na recuperação:

Por exemplo, no campo da saúde mental é fundamental que o usuário em processo de recuperação possa gradativamente ir reelaborando as experiências catastróficas de vida, principalmente aquelas associadas às fases mais agudas do transtorno, e dar um novo sentido a elas em um conjunto mais compreensível de eventos, sentimentos e sensações integrados em um todo, recuperando a autoestima e sua inserção ativa na sociedade. (2003, p. 27)

Considerando a experiência como eixo etnográfico e analítico central, bem como meu comprometimento enquanto pesquisadora-militante, fiz esforço ativo para conversar com as interlocutoras de forma a deixar que transparecessem suas próprias percepções, o que se tornou mais fácil em alguns casos e mais difícil em outros. Procurei, portanto, fazer como a proposta do pesquisador Carlos Brandão: um diálogo com o interlocutor que parta do fio de vida, da história, para então chegar a perguntas mais analíticas.

Muitas vezes é interessante num caso começar a pesquisa por um fio de vida, por uma história de vida e passar pra uma interpretação mais analítica, mais crítica. Chegar até perguntas do tipo: “O senhor não acha que esse regime de trabalho é injusto para o trabalhador?”. Isso é uma pergunta lá do fim, às vezes de uma outra entrevista, que já implica, inclusive, uma categoria de valor. O sujeito vai começar a avaliar como interpretação de política popular as relações sociais que ele próprio vive. (2007, p. 19)

Em todos os casos, as entrevistas foram conduzidas de forma cronológica como fio de vida. Diante de suas histórias expostas, não pude me omitir diante de algumas situações narradas pelas entrevistadas, expressando minha verdadeira opinião sobre os casos - como, por exemplo, a partir desta observação de Anna:

– *Acho que a comida tem que deixar a gente feliz, não é pra ser triste, pra gente sofrer... já teve dessas, assim, de eu ir em nutri [nutricionista] que me falou assim, se você terminar seu almoço e não estiver com dor de fome, você tá fazendo errado...*

Eu poderia, sim, ter adotado uma postura neutra, devolvendo a questão e perguntando “e o que você pensa sobre isso?”, mas não consegui conter minha indignação com a recomendação muito perigosa da profissional de saúde. Em todas as entrevistas, não pude deixar de assumir certo posicionamento sobre as experiências que narravam, principalmente aquelas narradas de maneira visivelmente dolorosa. Acredito, também, que meu envolvimento com as histórias também permitiu que as entrevistadas se abrissem mais, fazendo com que os encontros se parecessem mais com conversas do que com entrevistas.

A antropóloga Marilyn Strathern, ao falar da pesquisa etnográfica, reforça a importância do compromisso com o(a) interlocutor(a) e a relação que é construída a partir dali, durante o contato:

E uma maneira de o(a) pesquisador(a) de campo fazer isso é se comprometer com as relações sociais que as pessoas desejam estabelecer com ele(ela) - pois, se assim desejarem, o(a) pesquisador(a) de campo se torna parte dessas relações. (...) As relações devem ser valorizadas em si mesmas; qualquer informação resultante é um produto residual e muitas vezes inicialmente desconhecido. (2014, p. 354)

Além das entrevistas com as quatro mulheres citadas anteriormente, realizei duas entrevistas com profissionais de saúde que trabalham com pessoas com transtornos alimentares. Não realizei uma chamada virtual, como fiz anteriormente, pois me preocupava que entrariam em contato muitas pessoas da rede de profissionais da qual que faço parte, e a maioria já conhece minha hipótese de pesquisa, o que poderia enviesar as entrevistas. Tentei contato com mais de vinte profissionais, mas a grande maioria não me respondeu ou perdeu o interesse ao longo do processo. Por isso, realizei um número de entrevistas menor do que o desejado inicialmente.

Letícia, que preferiu se manter anônima, é nutricionista e trabalha com um grupo de mulheres consideradas obesas – com IMC acima de 30kg/m<sup>2</sup> – e com compulsão alimentar em um espaço especializado em transtornos alimentares. Flávia, psicóloga clínica e psicanalista, preferia utilizar seu nome verdadeiro, mas, para manter a coerência com outras entrevistadas e para proteger detalhes de seus pacientes que surgiram ao longo da entrevista, optei por um pseudônimo. A entrevista com Letícia aconteceu em um café, e a de Flávia em seu consultório, no horário vago entre pacientes. Na análise e escrita da pesquisa, darei mais espaço ao primeiro grupo de entrevistadas, também pela quantidade de cada conjunto.

Além do objetivo de ampliar a produção antropológica sobre o tema, a presente pesquisa busca contribuir para as correntes discussões sobre a pertinência dos atuais critérios diagnósticos do DSM como definidores dos transtornos. O campo da epidemiologia domina grande parte do debate científico sobre transtornos alimentares no país (Preti et al, 2009; Slink et al, 2012), então acredito na contribuição dessa pesquisa também no fortalecimento da importância das pesquisas nas Ciências Sociais para o campo da Saúde Coletiva.

O exercício de estranhamento da própria cultura leva os antropólogos a verem na medicina e suas práticas *um produto cultural como outro qualquer*, o que pode ser interpretado como um ataque à legitimidade científica e social da medicina. Isso

subverte a hierarquia de um campo que, como vimos, surge no interior mesmo das faculdades de Medicina e mantém-se, com outras ciências biomédicas, subordinado à Grande Área das Ciências da Saúde nas próprias instâncias de avaliação acadêmica, como a Capes e o CNPq. (Russo e Carrara, 2015, p. 476)

Faz-se fundamental, no entanto, situar o posicionamento da pesquisa não como uma adoção irrestrita à medicalização, aos moldes de classificação e tratamento biomédicos, principalmente no campo psiquiátrico. A associação da anorexia nervosa com histeria, a infantilização das mulheres afetadas pelo transtorno e as graves violações de direitos em internações psiquiátricas (Thiels e Curtice, 2009) não serão aprofundadas nessa dissertação, mas podem ser observadas em muitos espaços de tratamento, não podendo ser apagadas ou esquecidas diante de uma análise que de alguma forma valida e pensa tais experiências também a partir dos modelos psiquiátricos.

Mais ainda, compreendo que há um movimento importante de preocupação, assim como no caso do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), com o alargamento das possibilidades de diagnóstico. O debate sobre esse tema procura debruçar um olhar mais atento à necessidade da indústria farmacêutica de vender medicamentos, tendo a lucratividade como fim, e ainda como uma renovação da forma de docilização dos corpos, principalmente na infância e adolescência (Conrad, 2007).

Acredito, no entanto, que uma postura acadêmica e política “antipsiquiátrica” depende imensamente do objeto de estudo, e que meu objeto exige uma certa cautela nesse sentido. Analisarei, aqui, a questão do diagnóstico de anorexia nervosa para pessoas que estão à margem deste, e as razões que as separam daqueles que recebem o diagnóstico. Como hipótese, dessa forma, acredito ser o critério diagnóstico de peso corporal baixo o impedimento para que se possa reconhecer o transtorno em pessoas em corpos maiores. Não vejo, portanto, um perigo de sobremedicalização da doença, visto que o acesso ao tratamento ainda é muito precário, principalmente em nosso país.

Essa dissertação está dividida em três capítulos. Início o primeiro capítulo definindo a anorexia nervosa e introduzindo questões para se pensar acerca de seus critérios diagnósticos, trazendo diferentes noções de atipicidade nesses termos.

No segundo capítulo, percorrerei o que se entende como “fenômeno da obesidade” em três eixos: primeiramente, as noções de saúde pública e epidemia dos corpos gordos; depois,

exploro a construção da própria gordura corporal enquanto órgão; e, ainda, debato a corrente acadêmica que assume uma visão crítica acerca do que é obesidade, dialogando também com a construção de um ativismo gordo. O terceiro capítulo discutirá os termos da posição central do peso corporal no diagnóstico de anorexia nervosa, principalmente a partir das falas das entrevistadas, pensando justamente sobre a ideia de “atípico” nos diagnósticos em corpos maiores.

Esse trabalho apresenta o quadro das diferentes formas de gordofobia no reconhecimento e tratamento dos transtornos alimentares, especificamente do caso da anorexia nervosa, transtorno que é caracterizado e diferenciado através da magreza. Apresentarei diferentes narrativas que apontam para que, ao limitar o diagnóstico a pessoas magras, a medicina exclui a possibilidade de tratamento dessas pessoas ou, ainda, contribui para processos de adoecimento severo, podendo levar pessoas ao óbito por negligência médica – temática que considero muitíssimo pertinente para pensar junto ao campo da Saúde Coletiva.

Para a ativista e pesquisadora Virgie Tovar, a gordofobia é uma forma de estrutural de intolerância que localiza pessoas gordas como sujeitos merecedores de ódio, desprezo e/ou escárnio, mas que não se limita a esses:

A gordofobia tem pessoas gordas como alvos e bodes expiatórios, mas acaba prejudicando todas as pessoas. Todo mundo acaba em um dos dois lados: ou estão vivendo a realidade da intolerância gordofóbica ou vivendo com medo de se tornarem sujeitos dela. Desse modo, a gordofobia usa a forma de tratar pessoas gordas como forma de controlar o tamanho corporal de todas as pessoas (2018, p. 17)<sup>11</sup>.

No caso da anorexia nervosa, um dos critérios diagnósticos fundamentais é o medo de engordar. Será que haveria tanto pavor em uma sociedade que não discriminasse pessoas gordas, que não as tratasse como aberrações a serem corrigidas?

---

<sup>11</sup> Tradução minha. No original: “Fatphobia targets and scapegoats fat people, but it ends up harming all people. Everyone ends up in one of two camps: they are either living the pointed reality of fatphobic bigotry or they are living in fear of becoming subject to it. So, fatphobia uses the treatment of fat people as a means of controlling the body size of all people.”

## 1. “Esse é o meu lugar no mundo”: a anorexia nervosa

Há algo de específico na anorexia e bulimia nervosas que as difere de outros transtornos mentais e que é capaz de envolver, em certo grau, um desejo de adoecimento. Não vemos sobre o desejo de tornar-se uma pessoa mais patologicamente ansiosa, ou um desejo de se tornar cada vez mais deprimido, ou bipolar, ou esquizofrênico, mas sabemos que pessoas afetadas por esses transtornos alimentares por vezes negam a própria condição ou ainda desejam estar mais doentes, já que isso pode significar um emagrecimento maior (Aratangy e Buonfiglio, 2017).

Considerados transtornos de etiologia multifatorial, ou seja, que possuem múltiplas causas, como genética e cultural, não é correto responsabilizar o indivíduo afetado por esses transtornos – e não é meu objetivo. No entanto, é fundamental atentar para a presença, em muitos casos, de uma busca e insistência no adoecimento através de um elogio de certas práticas como “estilo de vida”.

O termo anorexia vem do grego *orexis*, que significa desejo ou apetite (não necessariamente alimentar), com o prefixo *an-* de negação. A composição forma, etimologicamente, assim, a “negação do desejo” ou “negação de apetite”. Fala-se em anorexia, na linguagem médica, para se definir o efeito colateral ou sintoma de falta de apetite para se alimentar.

A anorexia nervosa, no entanto, não está associada à falta de apetite, e sim ao controle deste por parte do próprio sujeito, voltando-se contra seus sinais de fome. No caso da anorexia nervosa, a escolha por deixar de comer costuma envolver o desejo de emagrecer ou medo de ganhar peso (Aratangy e Buonfiglio, 2017). Dessa forma, a anorexia não costuma ser o fim em si, mas o meio utilizado por esses indivíduos para chegar no corpo que desejam. Nos casos que o emagrecimento não é o objetivo, interpretações percebem como uma tentativa de retomada de controle de si. Outras leituras, como as feministas, por vezes posicionam a anorexia e a bulimia em relação à falta de controle da mulher na sociedade, sendo o próprio corpo um espaço possível de exercer controle (Orbach, 1998).

Os métodos anoréxicos, formas de evitar e recusar a comida, são considerados sintomas de Anorexia Nervosa, muitos deles presentes desde os primeiros registros clínicos que se tem conhecimento. Entre a noção de sintomas de uma doença e/ou de métodos para

atingir um fim, não é tarefa simples desenhar os fios que vinculariam representações e diagnósticos contemporâneos a alguma protoideia desta categoria.

Com o exemplo da descoberta da sífilis, desdobrada através de “verdades” que podem ser contestadas, mas que apontaram caminhos para o que entendemos como conhecimento científico da doença, o médico e biólogo Ludwik Fleck (2010) propõe a noção de protoideia. A protoideia, ou pré-ideia, seria uma noção que antecede a investigação científica do modo em que conhecemos, mais ou menos vaga, cuja relação não é exatamente confirmada através da pesquisa. O autor faz atentar para a relevância dos vínculos à história do conhecimento para o próprio fenômeno analisado:

É difícil, quando não impossível, descrever corretamente a história de um domínio do saber. Ele consiste em numerosas linhas de desenvolvimento das ideias que se cruzam e se influenciam mutuamente e que, primeiro, teriam que ser apresentadas como linhas contínuas e, segundo, em suas respectivas conexões. Em terceiro lugar, teríamos que desenhar ao mesmo tempo e separadamente o vetor principal do desenvolvimento, que é uma linha média idealizada. É como se quiséssemos reproduzir por escrito uma conversa agitada em sua sequência natural, onde várias pessoas falam desordenadamente ao mesmo tempo, sendo que, apesar disso, cristaliza-se uma ideia comum. Temos que interromper constantemente a continuidade temporal da linha descrita das ideias para introduzir outras linhas; temos que deter o desenvolvimento, para isolar as interligações; e, ainda, temos que deixar muita coisa de lado para obter as linhas principais. Um esquema mais ou menos artificial entra então no lugar da apresentação da vivacidade de efeitos mútuos. (2010, p. 55-56)

O que se sabe da cronologia, de todo modo, é que o primeiro relato médico de anorexia nervosa teria sido de Richard Morton, em 1689, como caso de “consumpção de origem nervosa” (Morton, 1719). Já em 1873, Lasègue escreveu um artigo sobre a “anorexia histórica”, analisando oito casos e concluindo haver uma “recusa histórica” ao alimento por acreditar que este pode lhe fazer mal (Soh, 2010). Também em 1873, Gull nomeia o transtorno como “anorexia nervosa” e aponta a perda de apetite, a amenorreia e o mau funcionamento de órgãos como efeitos comuns e possíveis da doença no corpo (Moncrieff-Boyd, 2016). Anos depois, Charcot (1889) teria sido um dos primeiros a perceber o “pavor de engordar”, conceito que se tornou critério diagnóstico, como motivação fundamental da anorexia nervosa.

Teria havido uma mudança, em 1914, para uma visão puramente fisicalista da doença relacionada à hipófise, até que, trinta anos após, sem provas concretas de tal relação, estabelecem-se novamente as questões psicopatológicas do transtorno (Cordás e Claudino, 2002). Na terceira edição do DSM, a de 1980, a anorexia nervosa foi formalmente catalogada.

Muitos comportamentos alimentares considerados típicos de pessoas com transtornos alimentares pela literatura médica são incentivados em capas de revistas e até mesmo em consultórios médicos (Klimeck, 2017). Autores como Foxcroft (2013) dedicam-se a demonstrar como há uma “indústria das dietas”, que não somente movimentam quantidades exorbitantes de dinheiro, mas também poder e influência midiática. O “jejum intermitente”, técnica alimentar que consiste em longos períodos alternados de jejum e cujos benefícios são amplamente divulgados, em muito se assemelha à comportamentos anoréxicos, podendo inclusive desencadear transtornos alimentares em pessoas com algum grau de pré-disposição (Stice et al., 2008).

Ainda, um número significativo de pesquisas demonstra como o hábito de fazer dietas consiste em um dos mais importantes fatores preditores de transtornos alimentares (Hilbert et al., 2014; Polivy e Herman, 1985) e como a insatisfação com o corpo pode aumentar os riscos de desenvolvimento de tais transtornos (Stice et al., 2011).

Banzato e Zorzanelli (2014) discutem a dicotomia entre a existência real dos transtornos mentais enquanto fenômeno que pode ser observado em diferentes tempos e situações e a noção de que seriam construtos sociais, produtos históricos e localizados. Ao destacar dimensões culturais dos transtornos alimentares, não quero resumi-los a um fenômeno puramente cultural” pondo tais transtornos “na conta da cultura” e menos ainda da “mídia”, tendo em vista o grau de complexidade destes e as pesquisas apontando para possibilidades de componentes genéticos e biológicos. Estudos transculturais nos permitem comparar e compreender de maneira mais ampliada a realidade da experiência vivida dos afetados pelos transtornos.

Para Kleinman e Kleinman (1997), o trabalho antropológico também é capaz de limitar o sofrimento e a experiência humana ao transformar as categorias nativas (“*experience-near*”) em suas próprias categorias antropológicas e analíticas (“*experience-distant*”), tanto quanto a patologização pode agir deste modo (1997, p. 96). Se não haveria um curso “natural” da doença, também não haveria por que aceitar uma justificativa puramente “cultural” para os sintomas experienciados por aqueles que sofrem (op. cit., p. 101).

E quanto à classificação da anorexia nervosa como um transtorno da mente? Os transtornos alimentares são classificados enquanto doenças psiquiátricas, mas não resumirei as



razões do comportamento a um desequilíbrio nas funções neuronais, visto que a correlação entre essas não é sequer precisa (Vidal e Ortega, 2019).

O primeiro parágrafo do meu trabalho de conclusão da graduação me acompanhou por muitos escritos acadêmicos que vieram depois. Uma definição breve do que eram transtornos alimentares me parecia inequívoca e concisa. Dois anos depois, já no mestrado, o parágrafo sorratamente se embrenhou em meio a um trecho da minha nova pesquisa e foi parar em um congresso. A debatedora, então, descortinou algo sobre esse parágrafo que escapava constantemente aos meus olhos. Eu costumava afirmar, bem ali no começo:

*"Transtornos alimentares são diagnósticos psiquiátricos – o que não faz encerrar sua discussão na esfera psíquica, muito pelo contrário. São considerados transtornos de etiologia multifatorial: influenciados por fatores individuais, como experiências traumáticas, aspectos neurológicos e genética; fatores socioculturais, como padrões de beleza e expectativas sociais sobre o corpo; e/ou fatores familiares, como psicopatologias e dinâmicas do núcleo familiar."*

"Como assim você está dizendo que 'transtornos alimentares são transtornos psiquiátricos'? Você mesma não está escrevendo que são tantas outras coisas?", ela me questionou. Era verdade: meu trabalho debruçava-se justamente sobre o que se poderia entender a partir do diagnóstico, suas potências e limitações para as pessoas. Principalmente, sobre como muitas vezes algumas experiências de anorexia nervosa não aparecem no que se entende como diagnóstico, principalmente com os critérios psiquiátricos. E o que eu fazia, na primeira página e em alguns outros momentos, era naturalizar a abordagem psiquiátrica, tomando-a como um fato científico inquestionável.

Escrevo aqui, portanto, consertando tal equívoco: transtornos alimentares não podem ser resumidos aos tais diagnósticos psiquiátricos. Se afirmo que são, entendo a linguagem biomédica como fato, e estranhar tal linguagem é fundamental para o que proponho neste trabalho. No entanto, é um dos grandes desafios de se pesquisar o familiar, ainda mais no campo da antropologia da saúde (Minayo, 1998; Duarte, 2003, Velho, 1998): conseguir distanciar o olhar suficientemente para realizar uma boa pesquisa sobre algo que está tanto em você mesmo. A biomedicina não somente diz sobre algo que é próximo a mim, mas efetivamente nomeia e interpreta meus órgãos, minhas funções corporais e até mesmo minhas sinapses (Ortega, 2008, 2019; Azize, 2008).

Ao chamar de “transtorno” ou “distúrbio”, também faço uma afirmação. Chamar dessa forma é uma escolha, um juízo de valor que aceita a noção de que um transtorno alimentar é um problema e não uma manifestação de identidade no comportamento alimentar. É importante salientar tal fato, já que existem correntes que compreendem alguns transtornos mentais como identidade, no caso da anorexia e da bulimia nervosas, ou ainda como uma forma de neurodiversidade, o que é possível ser visto no caso do autismo (Ortega, 2003).

Temos relatos de pessoas que personificam anorexia e bulimia nervosas como “Ana e Mia” e ressignificam a experiência que vivem como se fossem suas companheiras na trajetória da vida. Diversos trabalhos se debruçaram sobre essas narrativas (Silva, 2004; Reis, 2008; Gailey, 2009; Borzekowski, 2010), principalmente nas quais se formam sociabilidades a partir de comunidades virtuais. Aqui, entretanto, compreendo a anorexia como uma experiência de doença e assim também o fazem minhas interlocutoras – apesar de muitas delas terem contato com comunidades virtuais chamadas pró-Ana e pró-Mia, nas quais se incentiva o comportamento alimentar transtornado característico de ambos os diagnósticos por meio de uma relação de identidade.

Dizendo-se adeptas da frase “os fins justificam os meios”, elas praticam a recusa à comida e/ou a purgação do alimento ingerido como formas de atingir um tipo físico compatível com certo padrão de beleza, seja ele o divulgado pela sociedade ou, mais frequentemente, um padrão auto-imposto de magreza extrema. (REIS, 2008, p. 6)

No desenvolver dessa pesquisa, tentarei me afastar da ideia da existência de uma única anorexia, seja ela a postulada pelo primeiro ou mais recente Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM, atualmente em sua quinta edição) em que consta, seja a postulada por leituras psicanalíticas ou feministas do transtorno. Acredito, assim, que diferentes anorexias existem (até mesmo *enact*, pensando nos termos de Annemarie Mol, 2002) em diferentes etapas de uma trajetória: a anorexia clínica dos exames físicos e laboratoriais; a anorexia como sintoma que surge nos consultórios dos psicólogos; a anorexia dentro da família e das relações íntimas; a anorexia nos blogs e nas redes sociais, dentre outras. Explorá-las me interessa na pesquisa, apesar de não trabalhar individualmente com cada uma de suas formas. Não se trata, aqui, de uma pesquisa com as mesmas bases metodológicas de Mol, mas me interessa pensar o que é a anorexia para minhas interlocutoras e como, muitas vezes, essas diferentes anorexias encontram diversos problemas para coexistir.

Ao mesmo tempo, acredito ser necessário posicionar-me enquanto militante e pesquisadora da área da Saúde Coletiva. Dados apontam que a anorexia nervosa possui a maior taxa de mortalidade dentre todos os transtornos mentais (Arcelus et al., 2011) e estima-se que 5 a 20% dos pacientes afetados acabam morrendo por decorrência da doença (Aratangy e Buonfiglio, 2017, p. 18). Existem semelhanças importantes nas trajetórias das mulheres entrevistadas que as aproximam e dão sentido à recontagem de fragmentos das suas histórias por aqui.

Percebendo uma lacuna epidemiológica na prevalência e incidência de transtornos alimentares no mundo, Eli (2018) analisou os dados de pesquisa do *Google Trends* e, mesmo longe de pretender estendê-los para fora de suas limitações, descobriu que os países da América Latina estão massivamente entre os que mais buscam sobre anorexia e bulimia nervosa no *Google*. Somos 14 dos 20 países com maior volume de pesquisa por “anorexia nervosa” e 16 dos 20 por “bulimia nervosa”, demonstrando um sinal positivo para a pertinência de mais pesquisa por aqui.

### **1.1 Anorexia Nervosa segundo o DSM**

No Brasil, apesar de forte proeminência de um movimento psicanalítico (Novaes e Vilhena, 2016), há uma prevalência da psiquiatria no campo dos transtornos alimentares, já que são aqueles com autoridade para “fechar um diagnóstico”. Ao longo da história dos manuais classificatórios, a psiquiatria vem distanciando-se das suas terminologias influenciadas pela psicanálise, caminhando para uma visão cada vez mais fiscalista, em um processo de “expansão do apetite classificatório psiquiátrico” desde o surgimento dos primeiros antipsicóticos e antidepressivos e da necessidade de possibilidade de replicação dos estudos clínicos para a liberação dos medicamentos (Russo e Venâncio, 2006, p. 461-465).

Ao que parece, poderíamos pensar este apetite, assim como o desejo de ampliação do escopo do diagnóstico, encaixando um número cada vez maior de pessoas como possíveis doentes. No caso da anorexia nervosa, acredito que essa relação seja mais complexa: apesar da retirada de um critério diagnóstico outrora central, a amenorreia (falta de menstruação), possibilitando a ampliação da quantidade de pessoas diagnosticadas, o diagnóstico de anorexia em pessoas com corpos maiores ainda é muito dificultado. O estabelecimento de parâmetros

numéricos rígidos (como o Índice de Massa Corporal necessário) em detrimento da análise individualizada do comportamento alimentar e do sofrimento psíquico dificulta ainda mais o acesso ao diagnóstico.

Nos congressos e seminários interdisciplinares sobre transtornos alimentares nos quais participei, sempre se ressaltava que o único profissional capaz de diagnosticar um transtorno alimentar seria o psiquiatra, e que outros profissionais deveriam limitar-se a indicar pacientes com suspeita para o acompanhamento psiquiátrico. Dessa forma, por aqui no Brasil se diagnostica, na maioria dos casos, a partir do DSM, e, no momento em que escrevo, a partir de sua quinta versão. Um transtorno alimentar é descrito no DSM-5 como uma

*perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial (2014, p. 329).*

De acordo com essa definição, há uma importância central do comprometimento “significativo” da saúde do indivíduo, não somente do comportamento alimentar entendido como transtornado ou do sofrimento vivido. São apresentados como critérios diagnósticos para anorexia nervosa os seguintes aspectos:

*A. Restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.*

*B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.*

*C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual. (2014, p. 339)*

Aqui, podemos perceber que o comprometimento significativo da saúde é o peso corporal baixo, ocasionado pela restrição da ingesta calórica (Critério A). Para os psiquiatras Aratangy e Buonfiglio, a perda de peso é também central para a definição do transtorno:

*O que define a anorexia nervosa é a perda de peso provocada pelo paciente que busca obsessivamente a magreza ou que tem pavor de engordar. A restrição de alimentos que engordam e o uso de métodos que aceleram a perda de peso são comportamentos comuns. A obsessão com o corpo e com o peso, a percepção distorcida da própria imagem corporal e a enorme dificuldade em manter uma dieta adequada trazem prejuízos incapacitantes. (2017, p. 18)*

Fica explícita aqui, portanto, a centralidade do peso corporal considerado baixo para o diagnóstico de anorexia nervosa. Há nisso uma complexidade importante de ser ressaltada: a anorexia nervosa é considerada transtorno alimentar, de causa multifatorial, mas com ênfase psiquiátrica. No entanto, o critério fundamental para seu diagnóstico não são os fatores “psi”, mas o baixo peso corporal. Ou seja, em alguma medida, considera-se verdadeiramente anoréxica a pessoa que atingiu níveis fisiológicos considerados problemáticos, colocando em segundo plano a experiência do sofrimento mental.

## 1.2. As experiências da anorexia nervosa

Trago, a seguir, algumas falas das entrevistadas sobre o processo de descoberta dos métodos considerados anoréxicos e o desenvolvimento do transtorno. Milena, que sofria pressão por ser gorda desde muito pequena, percebeu sozinha que emagreceria se ficasse sem comer, mas teve ajuda dos blogs “Ana e Mia” da internet:

*– Foi uma coisa instintiva, de criança, se eu comer engordo, então se eu não comer eu não engordo. Aí quando você tem acesso à internet, você começa a pesquisar e conhece aqueles blogzinhos ana e mia, e aquelas fotinhas de meninas esquisitamente magras, e aí diversas vezes já achei blogs que elas ensinam a passar por isso, eles são tirados do ar sempre, porque eles são completamente perigosos. Mas tem os blogs, que ensinam como esconder dos seus pais que você não está comendo, como você aguentar não comer, o que você pode comer, truques pra você não sentir fome, comidas que tem menos calorias, como se punir se você tiver a compulsão... quanto você vai perder nos períodos que você ficar sem comer... É uma série de informações que eu não faço ideia se são certas ou não, mas as meninas seguem e seguem como uma filosofia, uma religião, uma filosofia de vida. E é bem underground, assim, mas quando você vai atrás é um mundo completamente separado desse aqui. Cê acha que é uma coisa antiga, mas existe até hoje.*

O termo anorexia, portanto, não era novidade para ela: conta que, desde o começo, quando começou a se inspirar nos blogs, já sabia que era com aquela doença que estava lidando. Ali, aprendeu técnicas específicas com pessoas anônimas que, provavelmente, já estavam em um estágio mais avançado do transtorno. Daniela teve uma experiência semelhante e percebia a relação entre tal comunidade “hermética”, voltada para o compartilhamento de informações sobre transtorno alimentar, e os espaços de dietas restritivas com fins de emagrecimento. Encontrava em outros fóruns as rotinas alimentares sugeridas, consideradas sintomas de anorexia nervosa, propagadas como “dicas”:

– *Você tinha o entendimento de que era uma doença? Você entendia que tinha anorexia?*

– *Sim, tinha, eu participava de grupos na internet, e nossa, quem não nesse meio não participava de grupos? Era um grupo de meninas que tinham problema, eram dicas de como fazer, o que fazer, remédios que se tomava, então assim, existe um mundo dentro disso, fóruns, sites, grupos no Facebook<sup>12</sup>, nossa... não precisa nem procurar muito não. Inclusive, quem já participou desse meio sabe que muitas dietas que são divulgadas em revistas de dietas ou sites são dietas de meninas com transtornos alimentares! E isso é muito problemático, no mínimo. A mesma dieta, mesmo nome, mesmo cardápio, mesmo tudo, a mesma imagem eu já vi, criadas por essas meninas, exatamente igual!*

A comunidade virtual, ao mesmo tempo que incentivava os transtornos alimentares, também pode ser analisada como participante no processo de “automodelação biomédica” definido por Rose (2013), nos quais o diagnóstico não passa necessariamente pelo médico, mas sim por um conjunto de informações oferecidas virtualmente sobre a condição física dos sujeitos. Esses indivíduos passam a se tornar experts para aquele grupo, mesmo sem qualquer formação, pois dividem suas histórias e conhecimentos com a comunidade. Aqueles que formam a “comunidade” pró-Ana e Mia nas redes falam abertamente o nome dos transtornos e disseminam, entre eles, formas de emagrecer cada vez mais, conscientes da ideia de que esse é um processo de adoecimento.

Como o objetivo de emagrecer é algo sobre o qual se fala abertamente em diversos espaços, dos consultórios médicos às mesas de refeição, muitas pessoas vêm naqueles métodos anoréxicos ensinados a maneira de alcançar seus objetivos pessoais. Daniela também desenvolveu seu transtorno alimentar a partir da ideia de que a restrição alimentar a ajudaria a emagrecer, já que era considerada acima do peso para a idade:

– *Hoje, eu percebo que tenho indícios dessa doença desde que eu me entendo por gente. Não lembro nem a minha idade, mas nova o suficiente pra eu não lembrar bem das coisas, só de episódios bem específicos, deve ser menos de oito anos, provavelmente. Eu lembro que eu achava que eu precisava vomitar pra ficar mais magra, mas eu não conseguia e ficava "nossa, eu não consigo isso" ... e eu era muito pequenininha. Eu sofri bullying na escola, sempre fui gordinha [quase inaudível]. Eu troquei de escola por causa de bullying, coisas que eu não lembro e que minha mãe diz hoje, por exemplo, ela achou um desenho meu, eu desenhava e botei assim "essa menina gorda sou eu, ninguém me ama, sou horrorosa", eu*

<sup>12</sup> Hoje, o Facebook é considerado a maior rede social virtual, com mais de dois bilhões de usuários ativos. “Grupos” na rede são espaços temáticos, geralmente com conteúdo fechado apenas para os membros, onde ocorrem trocas e conversas sobre os mais diversos assuntos.

*nem lembro disso mas deve ter alguma coisa no meu subconsciente porque faz parte da nossa construção de personalidade, autoconfiança e tudo mais, né, não tenho dúvidas que isso só veio aumentando ao longo do tempo.*

Desde muito nova, confrontada com a ideia de que seu corpo gordo era ruim, desenvolveu uma relação complicada com sua própria imagem. Pelo que se lembra, o que despertou o início de períodos longos de jejum teria sido um comentário de sua mãe, que fez piada do fato de Daniela estar engordando:

*– Acho que assim, foram coisas que começaram lá atrás e foram se juntando, juntando, juntando... e quando eu tava mais ou menos no primeiro ano do Ensino Médio eu tinha que comprar uma calça pra escola, esse foi o dia que começou. Dali pra frente só foi ladeira abaixo. E aí tive que comprar uma calça e tive que comprar um número maior do que eu costumava usar. E minha mãe falou "você não quer um sorvete agora, não?", tipo assim, debochando da minha cara. E aí eu falei assim, naquele dia eu já não encostei mais nada na minha boca e a partir dali foi um jejum eterno assim, "vou comer um tomate hoje e ficar o resto da semana sem comer", e dali foi piorando, piorando e piorando, e percebo hoje que eu criava muitas crenças. Eu sabia que eu conseguia manter aquilo se eu dissesse pra mim mesma várias coisas ruins, aí eu ia afirmando aquilo ali o tempo todo pra eu me manter naquilo e aquilo foi me jogando mais pra baixo, e aí foi, foi, foi, fiquei um bom tempo isso, mais de três anos.*

Para ela, a anorexia afetou severamente sua vida durante os anos que mais sofreu, pois a restrição calórica limitava sua capacidade física e cognitiva. No entanto, a “recompensa” do emagrecimento parecia uma solução para seus problemas:

*– Eu não tenho memória do meu primeiro ano do ensino médio, não tenho memória, pra você ter noção do quanto me afetou. Eu só dormia, na sala era conhecida como a menina que não participava de nada porque eu dormia. Não sei como eu passei de ano, não tenho noção, não tenho memória de um diálogo, de um dia, nada. Era da escola pra casa e da casa pra escola. Na escola eu dormia, em casa eu dormia, e assim eu me mantinha pra poder não comer. Era muito fácil, e quanto mais você quer mais você se empenha pra isso, então chegava a sujar o prato e deixar na pia e dizer que comi, ou ela [a mãe] costumava deixar comida pra mim, ela foi percebendo que eu não fazia comida... era óbvio, em todo momento minha mãe estava ciente de tudo, só não queria acreditar, isso tenho plena certeza. Ela botava comida pra mim, eu colocava num saco, quando eu ia a pé pra escola eu jogava no lixo da rua e era isso, sem consciência pesada nenhuma, pra mim aquilo estava sendo ótimo, quanto mais eu deixava de comer mais as pessoas elogiavam.*

*– Você tinha a sensação de que estava fazendo uma coisa ótima pra você?*

– *Com certeza, eu tinha a sensação de “nossa, esse é meu lugar no mundo, nunca me senti tão bem na vida, eu nasci pra ser assim”, como se tudo fizesse sentido na minha vida. Só que não, né. Só no começo, tudo era lindo. Não via o buraco embaixo.*

Aqui ressalto, portanto, que Daniela acreditava que emagrecer mudaria a vida dela – e mudou, mesmo com a contrapartida dos sintomas físicos. Ela também percebia incentivos para manter os comportamentos do transtorno a partir dos *feedbacks* alheios sobre os efeitos do emagrecimento em seu corpo, que desde muito novo era motivo de piada por ser gordo.

A restrição calórica é comumente bem vista, principalmente para pessoas gordas, já que é propagada como fonte de saúde (Tovar, 2018). A transição de uma restrição calórica “aceitável” para algo característico de um transtorno é, portanto, tênue. Anna conta que adoeceu pois passou a comer apenas um alimento, gelatina *diet*, quando descobriu que não possuía calorias e, portanto, poderia ser um aliado no seu emagrecimento:

– *Como você descobriu que comer só gelatina te emagreceria?*

– *É, tipo, eu não sei, eu tava triste, só queria beber e ficar magra. Daí as vezes me batia a fome, e minha mãe é diabética, então sempre tinha gelatina diet em casa, daí eu descobri que não tinha calorias na gelatina, então eu comia um pote de gelatina toda madrugada, ficava até as seis da manhã acordada, daí lá pelas quatro eu comia gelatina, ia dormir, acordava umas cinco, seis da tarde, ficava no PC<sup>13</sup>, quatro da manhã comia gelatina de novo e foi isso.*

Ela conta que, mesmo chegando a pesar 43 quilos, seu emagrecimento não foi motivo de espanto, e sim visto com certa naturalidade. Reforço, aqui, a associação do emagrecimento com um processo de melhora na saúde (com exceção de corpos negros, que são lidados de outra forma a partir da magreza). Para ser visto, de fato, como anoréxico, o emagrecimento de um corpo deve ser visivelmente reconhecido como problemático. No entanto, outras experiências de adoecimento podem ser passíveis de diagnóstico a partir da noção de “atipicidade”.

### **1.3. Atipicidade**

Os casos de anorexia nervosa com os quais dialogo nessa pesquisa poderiam ser considerados “atípicos”, se interpretados de acordo com os manuais, por conta do critério

---

<sup>13</sup> “Personal Computer”, sigla para computador de mesa.



diagnóstico do baixo peso corporal. No entanto, podemos analisar que os critérios para anorexia nervosa foram sendo modificados desde a entrada do transtorno no DSM-III. Inicialmente, a amenorreia (falta de menstruação por pelo menos três ciclos consecutivos) era um dos critérios fundamentais para o diagnóstico, que demonstrava biologicamente a severidade do quadro clínico. A presença desse critério, no entanto, excluía a possibilidade de diagnóstico em homens cisgêneros<sup>14</sup> e também diminuía a gravidade da doença em mulheres cisgêneras somente pela presença da menstruação.

Ao tentar pesquisar mulheres com anorexia nervosa em Israel, a antropóloga Karin Eli (2014) fez contato com uma informante que a ajudaria a recrutá-las. Uma das mulheres que teria aceitado, no entanto, não tinha certeza se sua participação seria aceita, pois se considerava anoréxica, mas seu diagnóstico seria o que é chamado Outro Transtorno Alimentar Especificado. A mulher menstruava, e, em tal ocasião e para o DSM-IV, a amenorreia ainda se constituía critério para o diagnóstico em mulheres púberes. O critério fora incluído somente na terceira edição do manual, mesmo a anorexia nervosa estando catalogada desde a primeira, e excluído na quinta edição.

Tal situação com a possível entrevistada evidenciou para a autora que a amenorreia se constituía como peça fundamental para a legitimação da experiência do transtorno e possibilitou o desenvolvimento de uma pergunta-chave: “Como a biologia do pertencimento é negociada?”<sup>15</sup> (2014, p. 54). A autora começou a interrogar, portanto, como a falta ou a presença da menstruação negociava o pertencimento ou não de tais mulheres ao diagnóstico de anorexia nervosa.

A amenorreia aparecia como uma manifestação física do transtorno alimentar, separando as mulheres magras e saudáveis daquelas com anorexia nervosa. Segundo a autora, tal materialização seguia uma tendência da psiquiatria americana de aproximação dos transtornos mentais como análogos às doenças “físicas” (2014, p. 55). A menstruação, portanto, excluía mulheres de experiências “reais” do transtorno. Apesar de Eli não abordar tal assunto, provavelmente pela especificidade da realidade israelense, Luhrmann lembra que na

---

<sup>14</sup> Tal diferenciação aqui é importante pois muitos homens transgêneros (ou seja, assinalados como mulheres ao nascer) continuam mantendo seus ciclos menstruais.

<sup>15</sup> Tradução minha. No original: “How is the biology of belonging negotiated?” (Eli, 2014, p. 54)

década de 70, mais pessoas passaram a utilizar serviços privados de saúde, e tais seguros não cobriam tratamento para sintomas sem diagnóstico (2016, p. 13).

No caso das mulheres israelenses, especificamente, havia um contexto específico: a maternidade e a fertilidade são fortes na construção da subjetividade dessas mulheres, segundo Eli e estudos citados pela autora, sendo a taxa de fertilidade entre elas de 3.03 filhos por mulher em 2010 (2014:62). A interrupção na menstruação, portanto, geraria outras implicações de ordem moral.

Muitas entrevistadas de Eli citaram a amenorreia – ou a falta dela – como validação ou invalidação biomédica de seus processos de adoecimento. Uma delas, identificada como Emily, localiza a amenorreia como “oficialização” de tal processo (2014, p. 66). Outra mulher chamada Nili localiza tal sintoma como evidência de que ela ainda estaria doente, apesar de continuar sua carreira militar (2014, p. 67). As contradições entre as experiências íntimas e tal validação ficam mais expostas, por exemplo, na fala de Oryan, que narra sentir que, apesar de ter recuperado sua menstruação, não se sente curada; no entanto, a primeira menstruação pós-interrupção parece ter marcado, para ela, a oficialização de um estado físico então saudável (2014, p. 69).

Zoey, outra entrevistada, por ter emagrecido sem a interrupção da menstruação, recebe de médicos a indicação de que tem anorexia nervosa, mas de tipo indefinido. Tal indefinição, estando pautada somente na amenorreia, fez com que Zoey não se sentisse suficientemente doente (2014, p. 72). Frequentemente, a distinção nativa entre corpo anoréxico saudável e não saudável se pautava na presença ou ausência da menstruação.

Não há consenso acerca da definição dos transtornos alimentares atípicos (Garcia, Délavenne e Déchelotte, 2011). Da mesma forma que a amenorreia fora retirada dos critérios diagnósticos, estudos são produzidos a fim de repensar o critério de “peso significativamente baixo” nos pacientes com o transtorno. Questiono, aqui, como magreza ou a gordura corporal são capazes de negociar o pertencimento ao diagnóstico de anorexia nervosa. A nova categoria de anorexia nervosa atípica (*atypical anorexia nervosa* ou AAN, em inglês), foi criada e “oficializada” através do DSM-5: Todos os critérios para anorexia nervosa são preenchidos, exceto que, apesar da perda de peso significativa, o peso do indivíduo está dentro ou acima da faixa normal. (2014, p. 354)

No entanto, o baixo peso é considerado um critério diagnóstico basilar do que se considera anorexia nervosa. Assim como no DSM, na última edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11), que entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022, o peso corporal também aparece de forma central no diagnóstico de anorexia nervosa:

*Anorexia Nervosa é caracterizada por peso corporal significativamente baixo para a altura, idade e estágio de desenvolvimento do indivíduo (IMC menor que 18.5 kg/m<sup>2</sup> para adultos e IMC adequado para a idade abaixo de 50% em crianças e adolescentes) que não se dá devido a outra condição de saúde ou indisponibilidade de alimentos. Peso corporal baixo é acompanhado de um padrão comportamental persistente que impede a restauração do peso normal, o que pode incluir comportamentos com foco em reduzir a ingestão de calorias (comer restritivo), métodos compensatórios (por ex., vômito auto induzido, uso inadequado de laxantes), e comportamentos com foco em aumentar o gasto de energia (por ex., atividade física em excesso), tipicamente associado a um medo de ganhar peso. Baixo peso corporal é central para a auto avaliação da pessoa ou é percebida de maneira equivocada como peso normal ou excessivo<sup>16</sup>. (WHO, 2018)*

Tal diagnóstico se encontra em outra categoria guarda-chuva, a de Outro Diagnóstico Não Especificado, que define apresentações de transtornos alimentares que não preenchem todos os critérios diagnósticos necessários, chamados subclínicos. A classificação desses como quadros incompletos, no entanto, tendem a diminuir a gravidade dos transtornos nos indivíduos cuja experiência fora diagnosticada dessa forma.

No CID-11, são descritas 5 subcategorias para Anorexia Nervosa: (i) Anorexia Nervosa com peso corporal significativamente baixo; (ii) Anorexia Nervosa com peso corporal perigosamente baixo; (iii) Anorexia Nervosa em recuperação com peso corporal normal; (iv) Outra Anorexia Nervosa especificada e (v) Anorexia Nervosa, sem especificar. (WHO, 2018) Nenhuma dessas considera a possibilidade do desenvolvimento de anorexia nervosa em um corpo com “peso normal” ou acima do peso, já que a terceira categoria, que

---

<sup>16</sup> Tradução minha. No original: “Anorexia Nervosa is characterized by significantly low body weight for the individual’s height, age and developmental stage (body mass index (BMI) less than 18.5 kg/m<sup>2</sup> in adults and BMI-for-age under fifth percentile in children and adolescents) that is not due to another health condition or to the unavailability of food. Low body weight is accompanied by a persistent pattern of behaviours to prevent restoration of normal weight, which may include behaviours aimed at reducing energy intake (restricted eating), purging behaviours (e.g., self-induced vomiting, misuse of laxatives), and behaviours aimed at increasing energy expenditure (e.g., excessive exercise), typically associated with a fear of weight gain. Low body weight or shape is central to the person's self-evaluation or is inaccurately perceived to be normal or even excessive.”

conta com essa possibilidade, parte do princípio que um corpo com peso considerado normal já é um corpo no processo de recuperação (e, portanto, no processo de reganho de peso).

O diagnóstico “atípico”, desse modo, escapa da lógica pela qual compreendemos a anorexia nervosa, a partir do corpo visivelmente emagrecido, e enxerga a possibilidade da doença em corpos maiores. Mesmo assim, afirmar uma atipicidade parte do princípio que não é a apresentação usual da doença. A partir das entrevistas realizadas, busco discutir essa afirmação e pensar as condições de considerar tais quadros como atípicos, já que estudos mostram que os casos atípicos seriam muito mais prevalentes que os casos típicos (Garcia, Délavenne e Déchelotte, 2011, p. 69).

Uma análise antropológica crítica a um processo de patologização de comportamentos comuns associados ao sofrimento poderia ver o alargamento de tais critérios diagnósticos negativamente, mas é preciso uma percepção mais próxima da realidade dos pacientes. Na realidade, neste caso, falo dos não-pacientes: aqueles que não se encaixariam nos critérios diagnósticos prévios desejam tal diagnóstico pelos mais diversos motivos, seja pelo acesso ao tratamento ou pela legitimidade ao seu sofrimento conferida pelo laudo médico em nossa sociedade.

No capítulo a seguir, discutirei o corpo gordo, que é central para a atipicidade que exploro nessa pesquisa. Voltarei a elaborar sobre os diagnósticos atípicos no terceiro capítulo, mas, ao adiantar a discussão sobre atipicidade, busquei deslocar a ideia de que “anorexia” e “obesidade” são necessariamente pólos opostos, apresentando a complexidade específica do peso corporal no processo de classificação da anorexia nervosa.

## 2. O CORPO GORDO

“Touchdown every morning - ten times!  
 Not just now and then  
 Give that chicken fat back to the chicken  
 And don't be chicken again  
 No, don't be chicken again  
 Push up every morning - ten times  
 Push up starting low  
 Once more on the rise, nuts to the flabby guys!  
 Go, you chicken fat, go away!  
 Go, you chicken fat, go!”<sup>17</sup>  
 (Robert Preston)

A gordura é um personagem central para esta pesquisa<sup>18</sup>, presença inevitável nos corpos e nos relatos das mulheres que entrevistei. A música citada na epígrafe foi trazida de volta pela empresa Apple no comercial do iPhone 5S em 2014, trazendo memórias à mente de muitos estadunidenses: a canção de Robert Preston, “*The Youth Fitness Song*”, foi encomenda do presidente John F. Kennedy em 1961 para promover seu programa de exercícios físicos diários para crianças nas escolas.

Ao comparar a gordura de galinha à gordura corporal, a música escancara o quanto o *Physical Fitness Program* do Presidente Kennedy estaria focado no emagrecimento enquanto

---

<sup>17</sup> Em tradução livre: Agachamento toda manhã – dez vezes!/ Não só de vez em quando/ devolva essa gordura de galinha para a cozinha/ e não seja um frango de novo/ não, não seja um frango de novo/ Flexão todas as manhãs – dez vezes/ faça flexão começando de baixo/ uma vez mais subindo, danem-se os caras flácidos/ vai, gordura de frango, vá embora/ vai, gordura de frango, vai”.

<sup>18</sup> Ao aplicar para o mestrado no IMS, tinha por interesse inicial debruçar-me sobre a gordura corporal enquanto objeto actante na rede sociotécnica da anorexia nervosa. Para isso, pensava as noções de "objeto actante" e "rede sociotécnica" a partir do sociólogo, antropólogo e filósofo Bruno Latour, que propõe pensarmos uma possível "ação" (má tradução para *enact*) de objetos não-humanos (1994, 2012). Apesar de ter desenvolvido a pesquisa seguindo outros caminhos teórico-metodológicos, não pretendo deixar de lado a multiplicidade e complexidade do estatuto contemporâneo da gordura corporal.

tentava fazer com que crianças gordas sentissem vergonha de si e começassem a se exercitar. Não à toa, tais diretrizes em relação ao corpo tornam-se fundamentais da experiência do *self*.

Nas escolas, os corpos são disciplinados de forma a gerar uma gestão do corpo saudável, que é diretamente associado a um corpo magro (César, 2009, p. 272) Ao assumir um posicionamento crítico, Maria Rita César escancara o que acredita estar por trás de tais práticas:

Esse novo contingente de pessoas gordas e obesas, resistentes às políticas de saúde e à prática de exercícios, constituirá um peso econômico para o Estado, pois, segundo a lógica de saúde, elas certamente contrairão graves doenças em virtude da sua fraqueza de caráter, defeito de personalidade e debilidade da vontade. (2009, p. 275)

Acho relevante mencionar que, ao tentar traduzir o título da música, não encontrei opção que transmitisse a ideia de maneira adequada. O significado do termo “fitness”, popularizado em português da mesma forma, está para além de “aptidão física”. A noção de “estar em boa forma” diz de uma estética e resistência físicas que se funde à ideia de saúde: "Noções de 'saúde' são reinterpretadas, particularmente na cultura das *commodities* da classe média, passando a relacionar-se com a atratividade e a manutenção do corpo (...)" (Lupton, 2000, p. 32).

O discurso da vida saudável envolve exercitar-se diariamente, evitar frituras e drogas, comer verduras, frutas e legumes, realizar exames frequentes, uma gestão cotidiana de si. É evidente que a manutenção de tal rotina envolve tempo e dinheiro, o que a faz mais apelativa entre as classes alta e média, mas não se restringe a elas, principalmente considerando que o discurso de promoção de saúde posiciona tais comportamentos como uma responsabilidade individual para obtenção de saúde, e dificilmente reconhece fenômenos sociais e coletivos como a desigualdade e a insegurança alimentar.

A manutenção de determinada forma física se tornou não somente preocupação constante, como também parte de uma consciência e manutenção de uma saúde delimitada pela ideologia de uma noção específica e individualista. Crawford (1980) apresenta o conceito de “*healthism*” para tratar dessa noção de saúde, que se torna parte de uma intenção de controle de si constante, sendo o corpo individual o objeto de intervenção e também o principal responsável pelo seu próprio bem-estar.

O discurso de promoção da saúde molda a linguagem e forma através da qual as pessoas falam de si mesmas, de seus corpos e de suas experiências com doenças, atribuindo

sentidos e razões. A responsabilização individual pelos sintomas do corpo frequentemente gera um julgamento moral das próprias experiências, já que o "estilo de vida" passa a ser equivalente a maus hábitos de saúde (Lupton, 2000). Além disso,

[...] para alguns indivíduos as exigências da saúde pública e da promoção da saúde quanto ao exercício e ao gerenciamento do corpo oferecem diretrizes para a autotransformação, modos de lidar com as pressões externas e internas, um canal para a agência e a auto expressão. (2000, p. 29)

O corpo magro e malhado é posicionado, assim, como símbolo de status, de caráter e também de saúde. Através de uma pedagogia dos corpos, estratégias biopolíticas (Foucault, 1998 [1984]) buscam o controle do corpo em nome da saúde e do bem-estar. Os corpos que não interessam para um certo ideal de nação, sejam negros, gordos ou com algum tipo de deficiência, são rechaçados: “Os corpos anormais e deficientes devem ser exorcizados na construção de uma imagem nacional que pressupõe um ideal de perfeição corporal” (Ortega, 2009, p. 70). O que se entende como perfeição corporal, aqui, é um corpo branco, magro, cisgênero, sem deficiências e preferencialmente masculino.

Segundo o filósofo Francisco Ortega, podemos pensar as práticas atuais de cuidado com o corpo como um fenômeno de bioascese, em comparação às práticas ascéticas da Antiguidade. Através de tais práticas de "aperfeiçoamento" corporal, não haveria mais distinção entre o *self* e o corpo (Ortega, 2003). A socióloga Deborah Lupton (2000) também apresenta a associação em nossa sociedade entre a prática de atividade física e certos entendimentos de virtude e ascetismo.

Dessa forma, afirmo que a chamada “cultura fitness” (Sassatelli, 2018) mantém a ênfase em uma estética corporal específica, focada na eliminação de gordura e do enrijecimento dos músculos, na maioria das vezes vinculado à magreza. Nessa relação entre saúde e um padrão estético corporal, o corpo gordo é diretamente classificado como não-saudável.

No contexto da escolarização, os professores percebem-se fazendo a coisa certa em relação aos seus alunos ao encorajá-los a alcançar seu objetivo de um corpo saudável, ao mesmo tempo que lhes permitem ter sucesso tanto físico quanto social. Como aí se sugere, a noção de corpo ideal não se conforma simplesmente à determinação das exigências relacionadas à produção de uma força de trabalho ajustada. (Lupton, 2000, p. 33)

Em resposta à positivação da magreza, muitas estratégias utilizadas no “combate à obesidade” acabam sugerindo um combate, na realidade, ao corpo gordo. Isto leva a uma legitimação institucionalizada da opressão através da justificativa da saúde. Deborah Lupton chama de “*pedagogy of disgust*” (“pedagogia da repulsa”) a utilização de imagens e discursos como os da imagem abaixo (Figura 2) para criar vergonha de forma a “convencer” pessoas gordas a mudarem seus corpos (Lupton, 2015).

Figura 2. *Physical Fitness Program*



Fonte: PHYSICAL FITNESS, sem data<sup>19</sup>.

A imagem de um abdômen gordo e a piada com o formato do corpo<sup>20</sup> na propaganda do projeto de Kennedy buscam utilizar-se de tal pedagogia. Além disso, podemos perceber na imagem um fenômeno cunhado pela ativista e pesquisadora Charlotte Cooper como “*headless fatties*” (2007): pessoas gordas são comumente representadas na mídia somente com o tronco, sem cabeças, com um zoom no abdômen. Tal estratégia visual desumaniza essas pessoas, que não têm boca e, portanto, não se expressam; não têm cérebro, portanto, não pensam. Nas raras

<sup>19</sup> Por se tratar de reprodução de jornal justaposta à texto informativo em site institucional, não há registro de data de entrada do texto nem mesmo da imagem. A referência possível, portanto, está ao final da dissertação.

<sup>20</sup> Com “Is this the shape of things to come?” (“Essa é a forma do que vem por aí?”, em tradução livre), o anúncio brinca com a ideia de que os corpos no país, no futuro, tenderiam a ser todos gordos.



vezes em que suas cabeças aparecem nas fotos, estão de costas. São reduzidas a suas barrigas, de preferência enormes e "grotescas", registradas em zoom, para manter a pedagogia da repulsa funcionando e estampar uma matéria de jornal sobre os riscos da epidemia da obesidade.

As campanhas de promoção do emagrecimento nos Estados Unidos não cessaram no governo de Kennedy. Já em 2013, a primeira-dama Michelle Obama lançou o programa “*Let’s Move!*”, que tinha como objetivo que crianças fizessem uma hora de atividade física por dia nas escolas, a fim de “combater a obesidade infantil em uma geração” (Obama, 2012). O projeto também contou com sua música-tema, “*Let’s Move!*”, uma versão da canção “*Get Me Bodied*” da cantora e performer Beyoncé Knowles e interpretada pela mesma, cuja letra foca na prática do exercício físico e no movimentar-se: “*I ain't worried doing me tonight/ A little sweat ain't never hurt nobody/ Don't just stand there on the wall/ Everybody just move your body*”<sup>21</sup>. No videoclipe, Beyoncé e algumas crianças dançam uma coreografia agitada em um cenário de refeitório escolar.

A percepção de que a campanha seria guiada por uma preocupação maior com o peso do que com a saúde vem desde uma fala de Barack Obama em 2008, dizendo que o projeto tinha começado a partir da filha ter se tornado “um pouco gordinha” por pouco tempo, o que logo teria sido “corrigido”. Também houve o encorajamento de que mantivessem um boletim de acompanhamento do IMC das crianças - muitas vezes apresentado como mais importante do que um olhar atento sobre a qualidade alimentar. O foco parece manter-se sempre nos corpos gordos das crianças, apesar do título do programa fazer alusão à prática de exercícios físicos (Dickman, 2015).

Tais campanhas, como dezenas de outras, surgem e ganham importância conforme o grande mal do século XXI ganha corpo: a epidemia da obesidade.

## **2.1 Epidemia da obesidade: peso, saúde e estigma**

Quando a ciência trata a pessoa como máquina e pressupõe que o corpo pode ser consertado por meio de manipulações mecânicas, ela ignora, e nos incentiva a

---

<sup>21</sup> Tradução livre: “Não tenho receio de ser eu mesma essa noite/ um pouco de suor nunca machucou ninguém/ não fique parado na parede/ todo mundo, só movam seus corpos”.

ignorar, outros aspectos do nosso eu, como nossas emoções e nossas relações com as outras pessoas. (MARTIN, 2006, p. 58)

A historiadora Denise Bernuzzi de Sant’Anna (2016) traça um panorama no qual demonstra que corpos gordos já foram vistos como sinônimo de fartura, saúde, tranquilidade, e a magreza era associada à fraqueza, palidez e principalmente doença. Com a mudança da relação corpo-máquina nas sociedades industriais e com o desenvolvimento de estudos sobre o processo de combustão, a gordura corporal começaria a ser entendida como “matéria inútil”, excesso de combustível na “máquina”, que operaria de maneira falha ou inadequada (2016, p. 40-41).

Segundo a autora, com a popularização das balanças e uma maior preocupação com o peso, teria havido uma mudança significativa da noção de “peso médio”, como algo entre dois extremos de um traçado imaginário, para a noção de “peso ideal”, criando regras mais rígidas e “científicas”: mais distantes da média da população e mais próximas de um padrão inalcançável (Sant’Anna, 2016, p. 82-83).

Muitas leituras afirmam que no Brasil houve uma transição de um país de fome extrema e subnutrição para um país de obesidade e má nutrição (Dias Jr e Verona, 2019, p. 2). Apesar de muito associarmos fome à magreza, o fenômeno cunhado como “fome oculta” (Junqueira e Peetz, 2001) possibilita que pessoas consideradas obesas possam estar desnutridas, já que, segundo essa perspectiva, o peso corporal não indica que as necessidades nutricionais estão atendidas. A insegurança alimentar, assim como os transtornos alimentares, pode afetar pessoas em todos os corpos, e é associada a essa fome oculta principalmente pelo consumo de alimentos ultraprocessados.

A obesidade é caracterizada como excesso de peso ou de gordura corporal de forma a comprometer a saúde do indivíduo (WHO, 1997), sendo considerada no rol das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. É entendida como uma doença de etiologia multifatorial: acredita-se que seu desenvolvimento envolve diferentes aspectos ambientais, comportamentais e genéticos. Algumas outras leituras definem obesidade não como uma doença, mas como um “fator de risco” (Lessa, 2004) que causa outras doenças, principalmente a chamada Síndrome Metabólica, antes chamada Síndrome X. Tal designação reúne um conjunto de alterações metabólicas que estariam frequentemente presentes em pessoas com o diagnóstico de

obesidade, como glicemia alterada, diagnóstico de diabetes, altos índices de colesterol HDL e hipertensão arterial (Ribeiro Filho et al, 2006).

Estudos epidemiológicos apontam que a prevalência da "obesidade" no mundo teria dobrado desde 1980, e que, em 2014, 15% das mulheres e 11% dos homens acima de 18 anos eram considerados obesos (WHO, 2015). No Brasil, segundo a Pesquisa VIGITEL dos anos de 2006 e 2016, os dados coletados apresentam um aumento de indivíduos acima de 18 anos com o que é considerado excesso de peso, 43,2% para 53,8%, e também obesidade, indo de 11,6% para 18,9% (Dias Jr e Verona, 2019, p. 3).

Tais dados a nível mundial e local solidificam o discurso de que há uma epidemia - ou ainda pandemia - da obesidade. A classificação de epidemia se refere a uma grande concentração de casos de uma doença em um período de tempo curto, e pandemia se refere a uma epidemia em proporções mundiais. Esses dados são gerados, contudo, com base na convenção da Organização Mundial da Saúde, que definiu o Índice de Massa Corporal (IMC) como o valor numérico que define alguém estar "acima do peso" e "obeso" (WHO, 1995). Apesar de algumas novas tentativas de se considerar o tamanho da circunferência abdominal, o IMC ainda é o padrão mais amplamente aceito e utilizado no diagnóstico de sobrepeso ou de obesidade.

A adoção do IMC considerado "normal", resultado entre 18,6 a 24,9 kg/m<sup>2</sup> da divisão do número do peso pelo número da altura ao quadrado, como norma-padrão para classificar, diagnosticar e patologizar adultos ao redor do mundo é considerada arbitrária por muitos pesquisadores (Ricardo e Araújo, 2002). A própria criação do cálculo se deveu pela necessidade de realizar estimativas populacionais, e logo foi adotada como parâmetro para medição individual de saúde. Aqueles acima do resultado considerado normal devem, proporcionalmente ao valor de seu desvio, tomar atitudes para reduzir seus corpos. Curiosamente, a própria Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) aponta que o "baixo peso" pode ser apenas uma característica física, mas o "sobrepeso" deve necessariamente ser corrigido (Figura 3):

Figura 3 - Escala de IMC em mulheres

Entenda seu nível:

Fonte: ABESO, sem data<sup>22</sup>.

Essa imagem está disponível na aba “Cálculo de peso saudável” do site institucional da Associação, na qual é possível calcular seu IMC. Ao selecionar homens, mudam apenas as silhuetas, mas mantém-se a mesma legenda. Já a medição do grau de obesidade através do tamanho da circunferência abdominal não leva em consideração o peso nem a altura, e sim tenta definir qual a quantidade de gordura localizada na região do abdômen que se torna medida de risco para doenças correlatas: mensura-se perigo a partir de 94 centímetros para homens e 80 centímetros para mulheres. No próprio site da ABESO, abaixo do gráfico da figura 3, podemos ler o seguinte texto, que reforça a ideia das cores da figura, vermelho para o corpo gordo e azul para o corpo magro, associando a gordura a um perigo iminente:

***GORDURA NA BARRIGA, PERIGO À VISTA!***

*Quando a gordura se acumula entre os órgãos do abdômen e aumenta a barriga, é perigosa, sempre merece ser combatida. Este tipo de gordura está por trás de muitos males fatais associados à obesidade.*

Ambas as medições partem do princípio de que o tamanho de um corpo é um determinante de saúde, o que muitos estudos apontam ser controverso (Aphramor, 2010;

<sup>22</sup> Aqui, como na figura anterior, não há referência à data de publicação no site.

Bacon, 2013; Flegal et al, 2019). Não busco aqui verificar a verdade a respeito dos dados produzidos, mas sim pensar como a gestão do “risco de obesidade” norteia o entendimento do que é um peso ideal ou saudável a partir de vieses não tão declarados.

Figurando entre as ameaças à saúde mais vigiadas, o risco de obesidade está sempre em pauta, mobilizando inclusive políticas públicas. Segundo o sociólogo Anthony Giddens, "risco se refere a infortúnios ativamente avaliados em relação a possibilidades futuras" (2007, p. 33). Diversas estratégias são mobilizadas em torno do risco de desenvolver comorbidades associadas à obesidade; geralmente relacionadas à restrição da ingestão calórica através de dietas restritivas e ao aumento do gasto calórico em atividades físicas.

Apesar da obesidade ser comumente associada com o transtorno da compulsão alimentar, o DSM-5 a diferencia no início do capítulo sobre transtornos alimentares, apresentando uma definição de obesidade que é focada na gordura corporal:

Por fim, a obesidade não está incluída no DSM-5 como um transtorno mental. A obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao gasto energético. Uma gama de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribui para o desenvolvimento da obesidade; dessa forma, ela não é considerada um transtorno mental. Entretanto, existem associações robustas entre obesidade e uma série de transtornos mentais (p. ex., transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivo e bipolar, esquizofrenia). Os efeitos colaterais de alguns medicamentos psicotrópicos contribuem de maneira importante para o desenvolvimento da obesidade, e esta pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais (p. ex., transtornos depressivos). (APA, 2014, p. 329)

Em algumas abordagens, inclusive para a entrevistada Flavia, psicanalista, obesidade seria considerado um transtorno alimentar, já que envolveria uma relação transtornada com a alimentação:

– *Transtorno alimentar as pessoas acham que é só anorexia e bulimia. Não é não. Transtorno alimentar é anorexia, bulimia, obesidade, TCA, vigorexia, diabulimia, ortorexia... tudo isso é transtorno alimentar. Dificuldade de lidar com alimentação, sobretudo com relação à quantidade.*

Antes de refletirmos criticamente sobre o que é considerado obesidade, é preciso pensar no que está se entendendo por doença - e, portanto, por saúde. Interessa a mim não enxergar doença de forma inocente, como pura descrição e categorização de uma patologia,

mas sim como a leitura de uma sociedade sobre os males que acometem aqueles que compartilham dela.

Saúde também não é sinônimo de ausência de doença, e é considerado pela Organização Mundial da Saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social" (WHO, 1946). Difícil, dessa forma, classificar muitas pessoas como saudáveis em um país – ou mesmo em um mundo – tão desigual quanto o nosso, em que a maioria não conhecerá em vida o que é ter um estado (ainda menos um Estado) de bem-estar social. Ainda assim, se limitarmos nesse momento o foco para o "bem-estar físico e mental" podemos pensar em doença como um estado patológico que perturba tal ordem.

A relação de minhas entrevistadas com a noção de que o corpo gordo é necessariamente doente não é simples. Apesar de se incomodar com a estética, a motivação pela saúde é central na justificativa de Anna para emagrecer:

*- Eu preciso emagrecer um pouco porque eu tenho problema de saúde, eu sou pré-diabética, minha coluna é fodida, meu joelho não aguenta, tipo, minha estrutura corporal não comporta todo o peso que eu tenho. Eu calço 33, risos. Eu não fui feita pra ser uma pessoa grande, né. Mas é muito difícil.*

Nas múltiplas terapêuticas dedicadas ao emagrecimento do sujeito diagnosticado com obesidade, há ênfase na melhora da "qualidade de vida" do indivíduo afetado (Azize, 2000, p. 61): tal valor apresenta-se central na cultura biomédica. No entanto, a qualidade de vida sobre a qual se fala possui parâmetros muito específicos do que seria, de fato, uma vida com qualidade. Sobre o assunto, Castiel et al. afirmam:

Há duas maneiras de interpretar o ‘quem’ é responsável pela epidemia de obesidade ou por seu fim: a maneira individualizante e a sistêmica. A primeira via restringe as supostas causas da situação a indivíduos particulares, em geral aqueles afetados pelo problema. O enquadramento sistêmico amplia o foco, atribuindo responsabilidade a governos, mercados e forças sociais. Claro que esses modelos não costumam se apresentar isolados na realidade. Talvez seja mais útil encará-los como polos de um horizonte de argumentos: quanto mais o padrão geral do discurso se dirige ao polo sistêmico, mais as políticas públicas devem ser dirigidas ao âmbito institucional como a arena responsável para lidar com os problemas que envolvem grupos e interesses poderosos. Definir o problema em termos individualizantes reduz a responsabilidade governamental e amplifica a responsabilização (e culpa) de cada obeso, moralizando a questão no enfrentamento do problema em termos de prevenção. (2010, p. X<sup>23</sup>)

---

<sup>23</sup> A versão em e-book do livro não traz o número da página, e sim a “posição”, que seria “1105 de 1587”.

Os discursos de promoção da saúde, dessa forma, podem ter o efeito de culpabilizar e moralizar doenças e sujeitos considerados doentes (Lupton, 1995[2000], p. 24). Em uma busca de maior “qualidade de vida”, categoria importante para o entendimento contemporâneo de saúde (Azize, 2010), o sujeito recorre a terapêuticas médicas (sejam medicamentos, dietas ou cirurgias) a fim de atingir um estado de “bem-estar”, que parece estar, necessariamente, em um corpo magro.

Dentre as perspectivas críticas em relação à existência de uma “epidemia da obesidade”, a mais usual é a “crítica biomédica”: aquela que usa das próprias ditas "evidências científicas" para contradizer saberes cristalizados nas mesmas áreas. Simpatizantes dessa linha afirmariam, por exemplo, que não há evidências suficientes que corroborem a noção de que mais gordura corporal implica em mais risco de doença; assim como não haveria evidência substancial de que perda de peso melhora a saúde. Geralmente, a ênfase passa a ser na necessidade de um estilo de vida saudável e não de um corpo magro (Lupton, 2018).

Diante da controvérsia, a “descoberta científica” da gordura corporal como um órgão do corpo, e, portanto, parte essencial do funcionamento deste, não aparece isenta de moralidades (Klimeck e Azize, 2018). Mostrando que existiria pouca e controversa evidência científica relacionando diretamente aumento de peso e risco de mortalidade, por exemplo, muitos autores das Ciências Sociais, mas também do campo da Saúde Pública, produzem material científico elaborando o impacto de tais controvérsias nas experiências de saúde (Bacon, 2010; Bacon e Aphramor, 2014).

Lupton (2018) produziu uma importante revisão das perspectivas em relação à gordura corporal e ao corpo gordo, como a anti-obesidade, a crítica biomédica, a liberal, a ética, a dos estudos críticos sobre o peso e os “*fat activists*”. A principal e mais utilizada é a perspectiva anti-obesidade, que enxerga a gordura corporal como um mal a ser combatido em nome da saúde pública, como foi apresentado nos exemplos acima.

Samantha Murray (2008) aponta que grande parte do pânico ao redor da epidemia da obesidade se dá através da mobilização desencadeada por possíveis causas da obesidade sugeridas por cientistas da área (genética, alimentação, hábitos diários, ambiente de convívio, entre outros), e a busca de reparação se dá através da tentativa de conserto do indivíduo gordo que está fora do padrão esperado. Dessa forma, a autora aponta que ficam de lado questões que envolvam a coletividade, o ambiente, e o papel de outros setores da sociedade, como as

indústrias alimentícias e a chamada “indústria da dieta”, que lucra com soluções que não duram a médio ou longo prazo.

O movimento *Health At Every Size*<sup>24</sup> (HAES® como marca registrada da fundadora, mas deixarei de usar o símbolo quando falo da proposta de forma mais ampla) propõe uma reavaliação do consenso científico que definiria o que é uma pessoa saudável, principalmente no caso de pessoas gordas. Rejeitam a validade de mensurações como o Índice de Massa Corporal (IMC) e de “verdades” cristalizadas, como a ideia de que o peso corporal é modificável a qualquer momento, dependendo apenas de força de vontade individual.

Apesar de ser marca registrada formada pela *Association for Size Diversity and Health* (ASDAH) em 2003, apoiadores do movimento possuem posicionamentos convergentes, mas que podem se diferenciar. Os princípios do HAES são (i) a inclusão e aceitação de peso corporal e a rejeição da idealização ou patologização de alguns corpos; (ii) apoiar iniciativas que ofereçam melhoria na saúde (iii) cuidado respeitoso e trabalhar para acabar com o estigma do peso; (iv) alimentar-se pelo bem-estar, promovendo uma alimentação baseada em sensações individuais de fome e saciedade e não em regras externas e (v) incentivar práticas de exercício físico para pessoas de todos os tamanhos e corpos voltadas para o bem-estar, a qualidade de vida, e da maneira e frequência que as interessar (Bacon, 2010).

Longe de ser apenas uma proposta abstrata, o movimento HAES produz conhecimento científico engajado a fim de contestar noções biomédicas pré-cristalizadas, além de unificar profissionais alinhados com a proposta ao redor do mundo. Controvérsias científicas são apresentadas por diferentes grupos mobilizados de forma a questionar os resultados e as intervenções produzidas a partir de tal leitura sobre o corpo gordo. A fim de questionar quais seriam causas e quais seriam consequências de um quadro de obesidade, assim como de corroborar a noção de que saúde não dependeria somente do peso corporal, os autores Lindo Bacon e Lucy Aphramor foram responsáveis pela produção e aglomeração de inúmeras pesquisas científicas que proporião ou poderiam ser reinterpretadas sob um olhar diferente da narrativa clássica da epidemia da obesidade (Bacon, 2010). A título de exemplo, Mariana Ulian (2018), em pesquisa medindo o impacto de uma intervenção baseada na abordagem

---

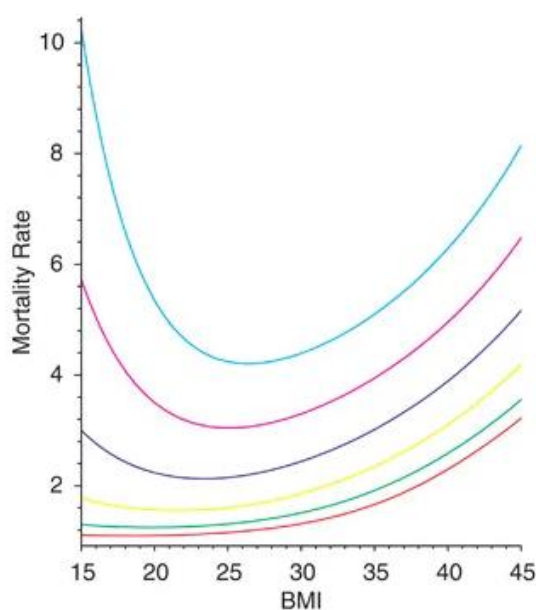
<sup>24</sup> Fundado por Lucy Aphramor e Lindo Bacon, o movimento Health At Every Size busca avanços para a justiça social através da criação de um espaço inclusivo na saúde para todos os corpos.



HAES, pôde observar melhoras na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos sem mudança relevante no peso corporal.

Uma das principais controvérsias científicas é em torno do chamado "paradoxo da obesidade": alguns estudos apontam na direção em que os gráficos de mortalidade de riscos cardiovasculares por IMC, por exemplo, teriam um formato de U (Hainer e Aldhoon-Hainerová, 2013; Fonarow et al., 2007) (Figura 4). Nesse cenário, pessoas consideradas com sobrepeso (25 a 29) teriam menos risco de morte em algumas situações quando comparados a pessoas com peso considerado "normal" (18,6 a 24,9) e ainda menos quando comparados com pessoas "abaixo do peso" (>18,5).

Figura 4. "Paradoxo da obesidade"



Fonte: Childers e Allison, 2010.

Outra perspectiva crítica em relação à obesidade é a focada na questão ética da Medicina (Lupton, 2012). Para esses, o juramento de "não prejudicar" é ferido quando se trata de promover a perda de peso. Algumas técnicas consideradas extremamente antiéticas ainda são utilizadas hoje, como prender os maxilares com arames para impedir que a boca se abra ("jaw-wiring technique"). Outras são alvo de controvérsia, como as cirurgias bariátricas. A realização da cirurgia bariátrica é questionada por uma perspectiva que pensa a bioética

médica, pois se trataria da mutilação de um órgão corporal - o estômago - que não estaria em si machucado ou doente. Apesar de não falar especificamente da cirurgia bariátrica, que não é uma cirurgia puramente estética, a definição de Le Breton dialoga com o que se espera, muitas vezes como principal objetivo, como resultado dessa intervenção:

A cirurgia estética é uma medicina destinada a clientes que não são doentes, mas que querem mudar sua aparência e modificar, dessa maneira, sua identidade, provocar uma reviravolta em sua relação com o mundo, não se dando um tempo para se transformar, porém recorrendo a uma operação simbólica imediata que modifica uma característica do corpo percebida como obstáculo à metamorfose. (2013, p. 47)

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, o Brasil é o segundo país no ranking de lugares onde ocorrem mais cirurgias bariátricas no mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Há incentivos diretos e indiretos que criam o desejo da realização da cirurgia, que é vista como uma forma rápida de atingir um corpo magro. Na família de Milena duas tias já realizaram a cirurgia, e ela afirma que “é um sonho”, já que sente que todas as alternativas falharam com ela:

*- Eu penso... minhas duas tias já fizeram, então eu sei que dá certo, funciona, e aí... deu vontade. Eu tenho essa vontade. E as duas eram bem gordas, muito gordas mesmo, a primeira que fez tinha quase 200kg, ela tava absurdamente gorda, e ela fez, e hoje ela pesa acho que sessenta quilos. Eu olho pra ela e falo “nossa, meu, uma deusa, um sonho, assim”. E a outra tá no processo ainda, mas ela tá bem mudada, e aí eu falei putz, preciso fazer isso. Já cheguei a pesquisar, já cheguei a ver como eu consigo fazer, e eu tenho essa vontade. [...] Eles falam que tem que tentar todas as maneiras, eu já tentei remédio, exercício, dieta... não deu certo... que dieta que eu nunca fiz nessa vida? Já deu certo dieta comigo mas durou dois meses... dá certo, funciona, mas não aguento mais de dois meses, e mesmo tentando tenho crise de compulsões absurdas, quanto menos eu como mais compulsão eu tenho e pior fica... Então depois que eu saí da dieta eu engordei absurdamente, então é meu último método.*

Através da Resolução Nº 2.131/2015 do Conselho Federal de Medicina, publicada no Diário Oficial em 2016, passaram a ser consideradas vinte e uma novas “comorbidades” dentre as indicações gerais para cirurgia bariátrica. Dentre elas, figuram elementos como o IMC e comorbidades associadas ao peso e à gordura corporal, bem como transtornos mentais como fatores que justificariam a indicação clínica de realização do procedimento cirúrgico:

*Pacientes com índice de massa corpórea (IMC) acima de 40 kg/m<sup>2</sup>.*

*Pacientes com IMC maior que 35 kg/m<sup>2</sup> e afetado por comorbidezes (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que até ameacem a vida como: diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia,*

*doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto de miocárdio (IM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebri), estigmatização social e depressão. (CFM, 2016)*

Ao fim da lista, aparece “estigmatização social” dentre as possíveis comorbidades, o que é extremamente curioso. Ou seja, o discurso oficial afirma que pessoas com IMC alto e alguma comorbidade devem realizar a cirurgia. A depressão aparece como o único transtorno mental na lista. Mas, mesmo que alguém acima de um IMC de 35kg/m<sup>2</sup> não tenha absolutamente nenhuma comorbidade, a cirurgia bariátrica pode ser recomendada e a justificativa oficialmente pode ser social: a de estigmatização.

O sociólogo Erving Goffman, em seu clássico livro sobre Estigma (1988) já havia mencionado “o gordo” como uma categorização negativa através de um atributo físico - nesse caso, a forma física – que depende sua aceitação de outras características, como o carisma (1988, p. 119). O estigma, segundo Goffman, reduz o atingido a fim de torná-lo diminuído.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. (1988, p. 12)

O fenômeno do “estigma da gordura” (“fat stigma”, em inglês) diz respeito a uma série de preconceitos e julgamentos direcionados a pessoas gordas unicamente pelo tamanho de seus corpos (Puhl e Latner, 2007; Saguy e Ward, 2011; Puhl e Heuer, 2012; Nath, 2019). Por estarem associados a desde pecados capitais, como a preguiça e a gula, até incompetência e desleixo, uma série de barreiras sociais é formada de modo a dificultar a vida de pessoas gordas. Uma pesquisa demonstrou que os empregadores acreditam que funcionários gordos são menos competentes (SETE, 2011); no Brasil, todos os anos pessoas gordas são impedidas de serem empossadas em cargos públicos pois, após a aprovação nos concursos, são

reprovadas no chamado "exame físico" (OBESIDADE, 2017). Além do estigma social, que envolve constrangimentos e expectativas negativas sobre um ser humano a partir de atributos, pessoas gordas sofrem constantemente com falta de acessibilidade em diversos âmbitos por conta de seus corpos, como no transporte, das catracas dos ônibus às poltronas dos aviões (Friedenzohn e Shrewsbury, 2019; Rogers, 2020).

A questão do estigma sobre o corpo gordo orienta de modo central algumas atividades de certos grupos pesquisadores e ativistas. Em 2018, participei da sexta International Weight Stigma Conference, na Inglaterra, no primeiro ano do mestrado. O objetivo do congresso, que ocorre anualmente em diferentes países do eixo Europa-América do Norte, é reunir pesquisadores e ativistas de diversas áreas cujas temáticas de pesquisa aproximam-se do estigma da gordura. A maior parte das pesquisas apresentadas, fossem qualitativas ou quantitativas, caracterizavam estigma a partir da definição de Goffman. Além do tom acadêmico, pude perceber a importância do espaço na discussão e organização das pautas do ativismo gordo e também no acolhimento daqueles indivíduos (Klimeck e Azize, 2019).

No sentido de combater o estigma, alguns pesquisadores buscam produzir evidências específicas sobre a existência ou inexistência de correlações entre gordura e adoecimento. Castiel et al. (2010), por exemplo, sugerem que não haveria dúvidas sobre a obesidade ser um fator de risco para diferentes doenças e à vida. No entanto, Abigail Saguy (2012) mostra que muitas correlações entre doenças e peso corporal são compostas por premissas equivocadas.

As pesquisadoras e ativistas Jennifer Lee e Cat Pausé (2016) invertem a lógica do adoecimento por responsabilidade exclusiva da pessoa gorda. Segundo elas, o estigma afasta pessoas gordas de clínicas e consultórios médicos, já que são inúmeros os relatos de violências físicas e verbais sofridas nesses espaços. Assim, a falta de assiduidade leva à realização de menos exames de rotina, o que viabiliza o agravamento de quaisquer condições de saúde. Pesquisas afirmavam que mulheres obesas teriam taxas de mortalidade mais elevadas para câncer de mama e cervical e tal informação era tomada como verdade científica, mesmo sem o conhecimento de como a gordura corporal poderia atuar nessa situação. Análises qualitativas posteriores, no entanto, demonstraram que as barreiras ao acesso aos exames ginecológicos de rotina eram as reais causadoras do aumento nas taxas, e não algo intrínseco e fisiológico daqueles corpos (WEE et al, 2000).

A informação de que a prevalência de câncer de colo de útero é maior em mulheres consideradas obesas é verdadeira, mas não a correlação criada entre gordura corporal e risco de desenvolvimento da doença. A causa, portanto, não seria o peso nem seria remediável com medidas preventivas de “combate à obesidade”. A falha na periodicidade de exames, provocada pelo estigma, impedia a prevenção e detecção da doença.

Tal estigma vindo da classe médica apoia-se na noção de que é fácil emagrecer, só questão de força de vontade. Em uma das falas de Milena, apareceu a ideia de que o corpo é "moldável", apesar de não ser algo simples para ela, que segue tentando diversas estratégias para emagrecer desde muito nova, tendo registros de sua primeira dieta aos seis anos de idade:

*- Até pouquíssimo tempo atrás, com uns quinze anos, achava que gordura era tipo cicatriz, não saía do corpo, era uma coisa que eu tinha e nunca mais ia sair do meu corpo, nunca mais. Aí fui descobrindo que, caramba, se eu fizer exercício, isso vai sair do meu corpo.*

Milena se culpa em diversos momentos da entrevista por não conseguir emagrecer, afirmando que não se esforçaria o bastante por conta da depressão e da falta de vontade de praticar atividade física, o que é apontado por ela como a forma de fazer a gordura “sair do corpo”. Novamente, podemos ver que a interlocutora tem, introjetada em seu discurso, a culpabilização individual das tentativas fracassadas de emagrecer. Natália, que é gorda e diagnosticada com bipolaridade, também aponta uma suposta "obviedade" de que, comendo "corretamente", ela iria emagrecer:

*- É óbvio que se eu fizer a alimentação correta eu vou perder peso. É uma coisa óbvia. Todo mundo vai. Mas a questão é que isso gera um start social e aí é tipo, para eu começar a ter uma reeducação alimentar, foi o que eu falei pra minha terapeuta, eu preciso estar muito bem quimicamente. Eu disse pra ela, não adianta entrar num estado de mania e eu ficar sequinha. Não é difícil. Aí a ideia não é essa, a ideia é que eu tente tratar isso, mas também não sei muito bem como.*

Não é intenção deste trabalho concluir qual a equação que resulta em emagrecimento, mas ressalto que a ideia de um corpo “moldável” não é específica do tema do peso corporal. David Le Breton trata do sentimento de maleabilidade de nosso corpo-acessório, manipulável e transitório: “Nossas sociedades consagram o corpo como emblema de si. É melhor construí-lo sob medida para derrogar ao sentimento da melhor aparência (2013, p. 31)”.

Seja através de cirurgias plásticas, dietas ou outras modificações físicas, as tentativas de extirpar a gordura corporal não se justificam apenas pela aparência: a vilanização da gordura se dá, principalmente, através dos fundamentos advindos do campo da saúde.

## **2.2 Gordura corporal como órgão do corpo**

O “combate à obesidade” pode parecer um tanto abstrato, mas tem alvo certo e, por que não, materialmente tangível: a gordura corporal. Buscarei, nas próximas páginas, desenhar breve panorama da discussão sobre o estatuto contemporâneo desta gordura, já que – componente extremamente relevante ao cálculo do peso – aparece de maneira imprescindível nos três critérios diagnósticos da anorexia nervosa no DSM-5: na redução da ingesta calórica levando ao baixo peso, a percepção alterada do próprio peso e medo intenso de ganhar peso ou engordar.

Coelho, Oliveira e Fernandes (2013) afirmam que cresceu nas últimas décadas o interesse científico em torno das funções da gordura corporal. Surgem, a todo momento, novas terapêuticas com o objetivo de conseguir exterminar, de maneira definitiva, o que é considerado “excesso”. O sociólogo britânico Nikolas Rose menciona brevemente a gordura corporal em seu trabalho: “Órgão redesenhado, recortado, sugado, esculpido (técnicas de lipoescultura), destruído, odiado e reutilizado (...)” (2013, p. 38). A noção de gordura como órgão do corpo, no entanto, não é óbvia, inocente ou inócua.

Em trabalho apresentado na Reunião Brasileira de Antropologia em 2018, desenvolvemos uma análise de livros acadêmicos utilizados no ciclo básico de muitos cursos de Medicina no país (Klimeck e Azize, 2018), percebendo metonímias e metáforas nas explicações sobre as controvérsias científicas sobre a gordura corporal. Nesses livros já aparecia a informação de que a gordura corporal seria considerada um órgão, mesmo que redigido de forma muitas vezes contraditória.

Após o desenvolvimento deste trabalho, iniciei uma busca online, em sites, jornais e revistas, tentando encontrar onde estaria a virada na qual passou-se a compreender a gordura corporal enquanto órgão do corpo. Essa informação apareceu como novidade científica em um artigo online do jornal BBC no ano de 2000 (Figura 5):


Figura 5. Gordura como órgão

**BBC NEWS**

You are in: **Health**  
 Thursday, 14 September, 2000, 00:15 GMT 01:15 UK

Front Page  
 World  
 UK  
 UK Politics  
 Business  
 Sci/Tech  
**Health**  
 Background  
 Briefings  
 Medical notes  
 Education  
 Entertainment  
 Talking Point  
 In Depth  
 AudioVideo

## Fat 'is an organ' say scientists



Most people regard fat as unattractive. Scientists believe fat plays an important role in helping the body to work properly.

They are so impressed with its abilities that they have suggested fat should no longer be thought of as "excess" tissue but should instead be upgraded to the class of body organ.

Researchers have found that fat plays an important role in protecting bones and organs, regulating hormones and the immune system and managing women's reproductive systems.

Studies have revealed fat produces an important hormone called leptin that communicates with the brain, informing it how the body's energy levels are doing.

Steve O'Rahilly, from the University of Cambridge, said the discovery of leptin "made fat much cleverer than it was thought to be before."

**“ Fat is an organ. You should probably think of it as a little bit like the liver ”**

Fonte: FAT, 2000.

Através do texto de divulgação científica, afirma-se que os cientistas responsáveis pela descoberta afirmam que não se deveria pensar mais na gordura como “excesso”, mas sim elevá-la ao estatuto de órgão corporal, por sua função endócrina e na proteção do corpo. O “descobrimento” do hormônio da leptina, ao qual hoje se atribui a regulação da sensação de fome, também é citado na matéria. Apesar da mudança no estatuto da gordura, articulada positivamente como um órgão, novamente, podemos perceber que a imagem escolhida para ilustrar também se enquadra na crítica de Cooper às imagens que trazem *headless fatties*.

Em trecho destacado em um quadrado amarelo, aparece a frase “Gordura é um órgão. Você deveria provavelmente pensar nele um pouco como o fígado”<sup>25</sup>. Apesar de tal informação ter chegado na mídia e se consolidado desde então como verdade científica, não vemos mudança na má perspectiva em relação à gordura desde tal descoberta, pelo contrário.

Durante a busca, esbarrei com a imagem abaixo (Figura 6) no perfil de um nutricionista em uma rede social e acreditei que seria interessante pensá-la junto à pesquisa. Mesmo afirmando a condição de órgão como “verdade científica”, ao representar a gordura (através das células amarelas) como uma granada, há uma associação com uma inflamação do corpo e um perigo iminente, explosivo. A imagem, naquele perfil, buscava apresentar os perigos causados pelo tecido adiposo.

Figura 6. Tecido adiposo como granada

**TECIDO ADIPOSEO É UM ÓRGÃO  
QUE ESTIMULA PROCESSOS  
PRÓ-INFLAMATÓRIOS.**



Fonte: perfil de nutricionista na rede social Instagram, 2019<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> Tradução minha.

<sup>26</sup> Apesar de estar em um perfil público na rede social, preferi não identificar o autor da imagem, por ser um profissional de saúde e para respeitar o mesmo cuidado de anonimizar que tive com minhas interlocutoras.



Se por um lado o tecido adiposo é visto como órgão, logo parte não extirpável de todo, cumprindo determinadas funções no jogo do organismo, por outro ele estimula inflamações – e aí voltamos a ideia de um excesso sem utilidade a ser corrigido.

Encontrei também uma matéria de 2015 (Figura 7) publicizando outra “descoberta científica”: dessa vez, de que a gordura teria conexões nervosas, em um entrosamento direto com o cérebro. Longe de reforçar uma positivação das células da gordura, a matéria implica que essa seria uma abertura para o desenvolvimento de novas terapias anti-obesidade:

Figura 7. Os neurônios da gordura corporal

29/12/2015

## Gordura corporal tem neurônios que falam com o cérebro

Redação do Diário da Saúde

Enviar a um amigo Imprimir

### Nervos na gordura

Ao contrário do que se pensava, o tecido adiposo no corpo humano possui conexões nervosas.

E, abrindo o caminho para muitas intervenções, a estimulação direta desses neurônios leva à degradação da gordura.

Esta descoberta marcante, que acaba de ser publicada pela revista *Cell*, foi feita pela equipe da pesquisadora Ana Domingos, do Instituto Gulbenkian de Ciência (Portugal), em colaboração com o grupo do professor Jeffrey Friedman, da Universidade Rockefeller (EUA).

A expectativa é que, uma vez que se aprenda a modular o comportamento desses neurônios adiposos, possa ser possível desenvolver novas terapias anti-obesidade e outros distúrbios metabólicos.



A expectativa é que, uma vez que se aprenda a modular o comportamento desses neurônios adiposos, possa ser possível desenvolver novas terapias anti-obesidade e outros distúrbios metabólicos.  
[Imagem: Roksana Pirzgalska/IGC]

Fonte: DIÁRIO DA SAÚDE, 2015.

Das inúmeras potencialidades a partir de tal “descoberta” científica, a ênfase dada é justamente a da forma de aniquilar a própria gordura, “portadora” de tais neurônios. Nikolas Rose, ao tratar do estilo de pensamento da biomedicina contemporânea, aponta o quanto um olhar ao nível molecular compreende as entidades como passíveis de manipulação e intervenção:

O “estilo de pensamento” da biomedicina contemporânea considera a vida no nível molecular como uma série de mecanismos vitais inteligíveis entre entidades moleculares que podem ser identificadas, isoladas, manipuladas, mobilizadas, recombinadas em novas práticas de intervenção que não estão

coagidas pela aparente normatividade de uma ordem vital natural.” (2013, p. 19)

Da mesma forma, na matéria apresentada abaixo (Figura 8), de 2013, o autor usa de tal descoberta para afirmar que “sua gordura tem cérebro e está tentando te matar”:

Figura 8. “Sua gordura está tentando te matar”

### **Your Fat Has a Brain. Seriously. And It's Trying to Kill You.**

Body fat is just an inert layer of blubber, right? If only. New research shows that it's more like a toxic parasite that doesn't want to let go. The good news: if you exercise and eat right, you can force it to.



Bill Gifford  
Mar 5, 2013

**P**hil Bruno was super-sizing again. It was just past 5:30 on a spring evening in 2004, and he was driving home from work. He pulled into a White Castle, one of many fast-food outlets lining Route 100 in his hometown of Manchester, Missouri, a suburb of St. Louis. He was only a mile from his house, where his wife, Susan, was cooking the usual big Italian dinner

Fonte: GIFFORD, 2013.

Ao caracterizar a gordura corporal como um “parasita tóxico que não quer largar”, o autor aponta a solução: “forçá-la a sair” através de exercícios físicos e “comer direito”. Parecem duas ideias opostas: a ideia de órgão aponta para uma parte componente do corpo, essencial ao seu funcionamento; ao mesmo tempo, afirmações e representações na linha de que a gordura deve ser eliminada, que é uma bomba prestes a explodir, um vilão contra você, traz a ideia de que não deveria estar ali.

David Le Breton usa uma explicação similar para tratar da relação dos *bodybuilders* com seus corpos, ao observar, para esses, "a gordura como parasita que mobiliza uma estratégia permanente de eliminação" (2013, p. 41). Tal noção escapa às competições

corporais e aos nichos *fitness* e se torna cada vez mais o esperado em todos os corpos, de maneira a produzir um status.

Essa visão por parte dos médicos clínicos foi reiteradamente relatada em todas as entrevistas realizadas com mulheres gordas que realizei. Desde nova, os médicos afirmavam que Daniela deveria emagrecer muitos quilos, e, olhando para suas fotos antigas, ela não percebe essa suposta “necessidade”:

*- Eu nem era tão gorda assim. Eu era uma pessoa normal, quem botou na minha cabeça que eu era gorda? Que absurdo, sabe? Como assim? Eu era acima do peso, sem dúvida, tinha um sobrepeso considerável, mas me olhando... eu sou uma pessoa bem distribuída, sou gorda, mas sempre fui larga, sempre tive quadril, pernas, coxas grossas... eu era acima do peso mas não era uma pessoa gorda. Hoje sou uma pessoa gorda. Eu era uma pessoa normal, que era considerada gorda pras pessoas. Como que pode? Olho fotos minhas na escola e “gente, como assim? Não é possível! Eu era normal.”, hoje na minha concepção de gente gorda eu me achava magra. Medicamente falando, eu tinha um IMC alto, os médicos sempre queriam que eu emagrecesse uns trinta quilos. Eu ia no médico e diziam que tinha que emagrecer isso.*

Milena não possui boa relação com seu corpo gordo e demonstra desejo de emagrecer durante toda a entrevista. Perguntei se ela tinha sido diagnosticada com obesidade, e apareceu a noção de que o médico compreenderia sua gordura corporal como algo a se odiar, recortar e descartar:

*- O meu gastro [gastroenterologista] falou que eu sou obesa e que eu tenho que operar, porque se eu não parar de comer eu vou morrer, porque ele é gastro. A [ideia] dele é 'tira isso fora', porque meu problema tava chegando no fígado, a nutricionista falou também que tenho obesidade grau 1, eu acho que são três, né, e que eu tenho que parar de comer.*

Parece absurdo, e é: o médico afirma que uma mulher deve “parar de comer” por conta do seu corpo. A história piora quando sabemos que Milena tem episódios de anorexia e adoeceu justamente por não se alimentar, e essa controvérsia mantém seu adoecimento, já que eventualmente ainda recorre a jejuns e outros métodos conhecidos.

Estudos mostram que há uma negligência médica em relação às demandas trazidas ao consultório por enxergarem apenas o corpo gordo, e não a necessidade daquele paciente (Lee e Pausé, 2016). Sempre que vai a médicos, esses profissionais prontamente recomendam que Natália emagreça, deixando de olhar para o problema que é trazido por ela para a clínica, como uma dor no ombro que relata acompanhá-la há bastante tempo. A recorrência de tais

situações faz com que as consultas sejam sempre antecedidas de muita ansiedade, o que diminuiu sua frequência, por mais que necessite de atendimento.

*- Médicos já te recomendaram dietas?*

*- Ah, sim! Normal. Sempre, sempre. Tô com um problema no ombro que eu acho que é por causa do celular, por que às vezes eu sinto muita dor, sabe quando o braço tá enfraquecido, você vai fazer força e tá fraco? E eu moro do lado da ortopedia mais fodástica desse país e eu não consigo ir ali, porque meu ombro eles vão mandar emagrecer... eu já sei, tipo... nunca saí de uma consulta médica, sem ser psiquiatra e terapeuta, sem uma recomendação de “você precisa emagrecer”, nunca. Sempre a solução de todas as coisas. Eu acho que tive muita sorte com os médicos porque o pediatra que me atendeu na época do meu joelho, disse minha mãe, “mas o problema é que ela é gorda?” e ele disse “não, o problema é sanguíneo, a gente devia trocar todo o sangue dela, colocar outro, só que não dá, é uma doença autoimune que tá na articulação do joelho dela, não tem o que fazer, independente do peso que ela tiver, ia acontecer isso, seja agora ou mais tarde”. Como na época era “reumatismo? Ela é uma criança”, hoje é um diagnóstico simples porque é a “doença do crescimento”. A artrite reumatoide é uma doença autoimune... acho que ele não encrencou porque meu pediatra era gordo, porque sabia real oficial que não era isso...*

*- Parece que faz falta um médico gordo, né? Se você tivesse um bom ortopedista gordo, por exemplo...*

*- Poxa... poxa... como faz falta. Preciso fazer exames de rotina e eu... não consigo ir, o posto de saúde é no outro quarteirão e eu não consigo ir... o último que eu tentei começou a barriga [a doer]... aí volto pra casa porque eu preciso ir no banheiro. Uma coisa que eu não consigo ir é a médico. Eu sei que vai ser isso, e tipo, eu tô sem energia pra olhar pro médico e dizer ‘olha, você precisa ser melhor que isso. Você não estudou dez anos da sua vida pra me dizer só isso. Que isso eu já sei. Que eu sou gorda eu já sei. Ah, as doenças podem ser por conta da gordura? E os outros fatores? Quero saber dos outros fatores...’ mas tô sem nenhuma energia pra isso. Sempre que você vai lá pedir uma ajuda você tem que dar uma explicação ou tentar mudar a cabeça daquele indivíduo pra que ele te trate como gente e não como um pedaço de carne gorda, que ‘tem que jogar fora a gordura’.*

Novamente, a gordura corporal aparece como algo a ser jogado fora. Nesse caso, quase uma metonímia do sujeito: por conta da sua gordura corporal, acredita que é vista de forma menos humana, enxergada como um “pedaço de carne gorda” e resumida a isso; sente-se descartada, assim como a gordura “deveria” ser.

### **2.3 Critical weight studies, fat studies e ativismo gordo**

Quer os indivíduos se orgulhem de seus cuidados com o corpo, com seu condicionamento físico e com a sua 'saúde', quer se sintam culpados por não terem o controle de seus corpos, quer sejam autoindulgentes com seu corpo grotesco, suas preocupações, prazeres e ansiedades ficam limitados ao eu. Assim, não apenas as construções do sujeito ideal nos discursos da saúde pública e da promoção da saúde precisam ser problematizadas por suas limitações, por seus julgamentos morais e pela sua tendência de apoiar e reproduzir as desigualdades sociais. É preciso também pôr em questão o foco muitas vezes míope da filosofia do cuidado de si ao qual tais construções se ajustam. (Lupton, 1995[2000], p. 44)

Há um significativo número de estudiosos que se propõem a pensar de outra forma, da medicina às ciências sociais, em relação ao peso corporal e aos corpos gordos na sociedade. Inspirados pelo feminismo, pela teoria *queer*, pelos estudos sobre a deficiência, pelo ativismo, diferentes pesquisadores propõem debates, perguntas e soluções a partir do posicionamento crítico em relação à patologização da gordura corporal, partindo especialmente de uma perspectiva sociológica/antropológica. Essa pesquisa, do ponto de vista teórico, posiciona-se em tal campo de conhecimento, que pode ser chamado de "*critical weight studies*" ou também "*fat studies*".

Os *fat studies* são um campo interdisciplinar de conhecimento que se propõe a desafiar os conhecimentos e pressupostos produzidos pela biomedicina sobre os corpos gordos e a doença da "obesidade", composto por profissionais dos estudos críticos sobre o peso corporal e também por ativistas gordos, que posicionam suas singularidades a partir de uma lógica teórica que considera lugares de fala ("*standpoint theory*"). Pesquisadores do HAES também podem se enquadrar nesse campo, apesar de não necessariamente o comporem, já que envolve um envolvimento e posicionamento mais incisivos.

Estruturando-se através de congressos científicos, departamentos em universidades e periódicos de destaque, os pesquisadores do campo dos *fat studies* não se limitam a publicar em seus próprios espaços, como em seus congressos ou no periódico interdisciplinar *Fat Studies*, levando as controvérsias a revistas de alto impacto e aos congressos mais importantes da área da nutrição, psicologia, endocrinologia e psiquiatria.

Além de se apropriarem de uma linguagem científica e produzirem conhecimento "duro", muitos pesquisadores dos *fat studies* mobilizam conhecimentos situados, como narrativas de situações de violência psicológica e coerções para produzir artigos e corroborar dados. Alguns estudiosos do campo discordam da abordagem, como explica a historiadora Nina Mackert:

Especialmente porque pessoas gordas são frequentemente retratadas como desprovidas de agência (como descontroladas ou adoecidas) a maioria dos estudiosos dos *fat studies* tendem a ressaltar a importância de se evitar reiteradas histórias de vitimização e desamparo e, ao invés disso, focar na agência das pessoas gordas. (Mackert, 2015, p. 21)<sup>27</sup>

Assim como a “falha” dos especialistas em resolver rapidamente a epidemia de HIV/AIDS teria aberto espaço para vozes dissidentes (Epstein, 1995, p. 141), as múltiplas tentativas de encontrar uma forma eficaz e duradoura de emagrecer a população ou de fazer a fórmula “coma menos, exercite-se mais” funcionar abriu espaço para contestações científicas e para vozes dissidentes, como o ativismo gordo e a positividade corporal (“*body positivity*”).

Através de uma larga variedade de métodos – incluindo participar em conferências científicas, escrutinar protocolos de pesquisa e aprender com profissionais dentro e fora do movimento – os ativistas pelo tratamento também desenvolveram um conhecimento do vocabulário médico. Enquanto ativistas também insistiram na necessidade de trazer linguagem não-científica e questões sobre seus encontros com pesquisadores, eles assumiram que a capacidade de falar a linguagem dos periódicos científicos e dos auditórios era uma condição *sine qua non* de sua participação efetiva.<sup>28</sup> (Epstein, 1995, p. 417)

A partir do conceito de Paul Rabinow de biossociabilidade (2002), podemos compreender o ativismo gordo enquanto um grupo de pessoas que se identifica física e também coletivamente com uma característica que é considerada patológica pela biomedicina e cujo objetivo versa sobre a despatologização dos corpos que possuem.

Apesar de posicionamentos relevantes serem muitas vezes distintos dentro do próprio campo, tais controvérsias somente percorrem os círculos esotéricos, ou seja, internos ao campo (Fleck, 2010); de modo geral, há uma visão de aparente consenso em relação às demandas do movimento, como a despatologização de corpos gordos e o combate ao estigma (Jimenez-Jimenez e Abonizio, 2017). Analisando mais atentamente, entretanto, podemos observar diferentes pontos de debate interno, alguns dos quais apresentarei a seguir.

---

<sup>27</sup> Tradução livre. No original: “Especially because fat people are often portrayed as lacking agency (as having little self-control or a disease), the majority of fat studies scholars have stressed that one must avoid reiterating stories of victimization and helplessness, and instead focus on the agency of fat people.”

<sup>28</sup> Tradução livre. No original: “Through a wide variety of methods - including attending scientific conferences, scrutinizing research protocols, and learning from sympathetic professionals both inside and outside the movement - the core treatment activists have gained a working knowledge of the medical vocabulary. While activists have also insisted on the need to bring “nonscientific” language and judgments into their encounters with researchers, they have nonetheless assumed that the capacity to speak the language of the journal article and the conference hall is a *sine qua non* of their effective participation.”

Há grande discussão sobre qual deve ser o estatuto da gordura corporal e da obesidade. A depender da realidade dos países e do alinhamento político dos pesquisadores, posicionamentos divergem: alguns afirmam que a obesidade enquanto doença permite o acesso aos serviços de saúde; em outros lugares, já que seria considerada uma doença pré-existente, dificulta ou encarece o acesso à saúde privada.

Ainda, no Sexto Congresso Internacional de Estigma do Peso Corporal, que participei em 2018<sup>29</sup>, alguns participantes debateram os benefícios de enquadrar a obesidade enquanto uma deficiência, algo impensável para outros ativistas, pois permitiria a pessoas gordas recorrer às leis anti-discriminação de alguns países.

Dessa forma, juntamente aos profissionais do HAES, ativistas e pesquisadores vêm conquistando um importante espaço nas tomadas de decisão em relação às políticas públicas sobre obesidade a níveis locais e nacionais ao redor do mundo, principalmente no Reino Unido, nos Estados Unidos e na Austrália. Assim como no caso dos ativistas com HIV/AIDS apresentado por Epstein (1995), o envolvimento desses constrói coletivamente o conhecimento científico, em diálogo direto com aqueles que realizam as mais renomadas pesquisas, e impacta politicamente.

Boa parte desse ativismo gordo também reverbera no espaço virtual, principalmente na rede social Instagram, onde também encontra a comunidade de combate aos transtornos alimentares (“*eating disorder community*”) e a “positividade corporal”<sup>30</sup> (“*body positivity*”). Para além de uma postura em relação ao próprio corpo, a positividade corporal virou uma marca identitária: pessoas se identificam como “eu sou *body positive*” para dizer que respeitam e aceitam o próprio corpo e os corpos alheios. Essas comunidades podem ser interpretadas a partir da noção de “biocidadania digital” de Rose (2013), em um processo de autoafirmação de pessoas (principalmente mulheres) em relação aos seus corpos e sua

---

<sup>29</sup> Analiso alguns tópicos abordados no congresso em artigo escrito conjuntamente com Rogerio Azize (Klimeck e Azize, 2019).

<sup>30</sup> O movimento pela positividade corporal, que não possui uma organização clara e é construído de forma orgânica através de ativistas que muitas vezes tratam da própria história, mas que é muito inspirado na luta de ativistas gordos, possui uma “ramificação” chamada de “neutralidade corporal”. Para esses ativistas, não é preciso “amar” o corpo, já que isso mantém o foco na importância da imagem – e cria uma relação de obrigação de mudar o olhar em relação a partes do seu corpo. Desenvolver um olhar neutro e pensar para além do corpo, para eles, seria mais importante. Aqui, falarei da comunidade da positividade corporal de maneira mais ampla, mas registro nessa nota que existem divergências interessantes a serem exploradas.

autoestima, e, aquelas consideradas gordas, também lutando contra a patologização do peso corporal e pela aceitação de ditas “imperfeições”.

No entanto, uma parte reduzida dessa comunidade se preocupa com questões de acessibilidade e patologização dos corpos gordos; muitos repetem que “é mais importante ser saudável do que ser magro”, desconsiderando que saúde é um conceito amplo – e que essa é negada a pessoas com corpos gordos. Maria Bento cunhou o termo “indignação narcísica” ao perceber o silêncio das feministas brancas sobre a situação da mulher negra: “há um sentimento de indignação com a violação dos direitos das trabalhadoras, mas só quando essa violação afeta o grupo de pertença” (p. 30). Da mesma forma, gostaria de pensar o lugar da magreza no movimento pela positividade/aceitação corporal.

Ao reconhecer que todos os corpos sofrem com pressão estética, a maioria esmagadora das militantes magras usa a saúde como um limite moral: seus corpos devem ser aceitos pois são saudáveis. Pautadas em uma noção de sobrepeso enquanto doença, os corpos de mulheres gordas são considerados menos dignos, já que possuem gordura corporal em uma quantidade não permitida; diferentemente de outras "condições", acredita-se que emagrecer é só "fechar a boca", atribuindo culpa individualizante a essas pessoas e desprezo por uma suposta falta de vontade.

Por tal disputa política dos corpos, o ativismo gordo brasileiro diferencia “gordos/as maiores” e “gordos/as menores” por acreditarem que esses experimentam diferentes formas de opressão na sociedade. Na militância gorda anglófona, *smallfat*, *midfat*, *superfat* e *infinifat* são termos (do menor para o maior) utilizados para classificar tais corpos considerando as barreiras sociais, seja por preconceito ou por acessibilidade física (Cameron, 2019).

Tanto a militância gorda quanto o movimento *body positive* se mostraram importantes para minhas entrevistadas. Milena afirma que não “aceita” o próprio corpo gordo, mas que admira aqueles que se aceitam como são<sup>31</sup>:

- *É necessário, né, gente? É uma galera que é invisibilizada, você não vê, eu não vejo muita atriz gorda, não vejo jornalista gorda, então é um pessoal que assim como a galera do*

---

<sup>31</sup> Para alguns/algumas ativistas gordos/as, a noção de “aceitação do próprio corpo gordo” é problemática, porque parte do princípio de que o corpo gordo é algo a ser “tolerado”, “aceito” e “assimilado” pela sociedade, e somente não um biotipo comum. Esse grupo costuma desgostar, também, da ideia de “amar o corpo”, como no caso dos/as ativistas pela “neutralidade corporal”.



*movimento negro e do movimento feminista, também precisa juntar e “po, vamos se aceitar sim”, porque nem todo gordo é doente assim como tem gordo que não é saudável. Então “po, vamos sim, se juntar e fazer um movimento”, acho necessário. Mas eu... eu não me aceito, mas não que eu não queira que as pessoas não se aceitem por elas, eu não vou fazer o que a minha mãe fez comigo. Se você se ama, que inveja, cara, que inveja que você se gosta assim, mas eu não gosto. Não quero todo mundo passando pelo que eu passo, vamos nos amar.*

A ideia de aceitação do corpo gordo se mostra presente na fala das entrevistadas. Daniela ressalta a importância dos perfis de mulheres gordas nas redes sociais no seu processo de melhora, e também o quanto perfis voltados para uma “cultura *fitness*” a prejudicavam:

*- Nunca estive tão gorda quanto estou hoje e nunca estive me aceitando tanto quanto estou hoje. Se fosse há quatro anos atrás, talvez eu não te encontraria porque teria vergonha do que você vai achar do meu corpo. Ah, ela vai me ver, e pensar “nossa, realmente, ela é muito gorda”. (...) Tipo assim, eu sou gorda mesmo e é isso aí, não tenho o que fazer com isso.*

*- (...) Quando eu decidi que precisava melhorar disso [da anorexia], deixei de seguir praticamente meu Instagram inteiro. Só seguia gente de dieta, fitness, e vi que isso não me fazia bem. Aí eu comecei a parar de seguir, e pensei “ok, agora preciso me amar”. Eu tô no limbo, né. Não sou assim mais, mas também não me amo, não me odeio com aquela força, mas não me amo. Comecei a seguir perfis de mulheres gordas, e passei a me ver nelas. Acho essas mulheres lindas, e por que não consigo me achar linda? Aí veio toda a construção, passei a me permitir coisas. Vou usar um cropped curto, um biquíni, e é isso aí. Um processo bem longo e doloroso. Mas tem dado certo, sabe, e sem dúvida o perfil dessas mulheres me ajuda muito. Tanto que quando vejo uma oportunidade hoje de falar sobre o que eu passei, de falar “cara, dá pra você se amar, você não precisa disso, não precisa ser tão doloroso pras meninas que vêm hoje”. Penso muito na minha prima, que todo mundo diz que é minha cópia...*

Anna reconhece a dificuldade de enxergar beleza em si mesma, principalmente pela gordofobia internalizada, e admira o que considera a capacidade das ativistas gordas e *body positive* de assumirem seus tamanhos, afirmando que amam e aceitam partes dos corpos que muitas pessoas criticam ou desgostam em si mesmas. Além disso, ressalta o quanto percebe que em suas relações amorosas, ela mesma tende a preterir outras pessoas gordas:

*- É muito louco isso. Eu descobri o Insta<sup>32</sup> da Ray aleatoriamente, assim, (...) aí tipo, eu entrei no Insta dela e lembrei que eu chorei um pouco e mostrei pra minha mãe tipo... olha isso, né? Eu não sei, não conheço ela pessoalmente, não sei se ela se ama tanto quanto ela tenta propagar, espero que sim, e falei “mano, veja como não existe isso de corpo de biquíni,*

---

<sup>32</sup> Diminutivo de “Instagram”.

*corpo disso, corpo daquilo”. Ela vai contra todos os estereótipos que se põe na pessoa gorda: ela usa todas as roupas que falam que pessoa gorda não pode usar e ela fica linda! E as vezes eu mesma... é foda isso porque a gente nasce em uma sociedade gordofóbica. Eu não sou a pessoa que mais deixo de usar roupas porque tô gorda, sabe, eu passo pras pessoas uma mensagem de positividade pras pessoas muito maior do que existe, sabe? Tipo, já me pararam, lembro que uma vez eu tava num café no centro e daí sempre tô de saia, vestido, não gosto muito de usar calça não. E uma moça da loja que era mais gordinha veio falar comigo “nossa, você é tão estilosa, acho tão legal menina mais cheinha que nem a gente conseguir...” aí fiquei meio de cara com o comentário, mas fiquei po, eu entendo, a gente nasce numa sociedade que condena muito a pessoa gorda, tipo, e é difícil demais desconstruir isso. Isso é uma coisa que pesa muito pra mim. Duas coisas: eu sinto que eu sou um pouco gordofóbica com as pessoas até hoje, tipo, tô na rua e tô olhando e reparando e julgando o corpo das pessoas na minha cabeça... fico pregando tanto essa questão do não-preconceito... Eu tenho um relacionamento aberto, né. Aí as vezes eu tô no Tinder<sup>33</sup> e você vai ver as pessoas que eu dei match são todas padrãozinho específico, me sinto meio hipócrita, sabe. A outra coisa é que não é que eu não aceite o meu corpo, sabe, é que eu esqueço que ele é assim. Sabe da mesma forma quando eu falei pra ti que quando eu era mais magra, olhava no espelho e não me enxergava como magra? Quando eu penso numa foto minha, eu não penso no tamanho que eu tô agora, eu me enxergo muito menor.*

Milena desativou seu perfil no Instagram por ser uma rede social voltada para fotos, com muita ênfase em *selfies*<sup>34</sup> e imagens perfeitamente ajustadas e editadas de recortes das vidas pessoais:

*- Não tenho Instagram por causa disso, não tenho Instagram porque é a rede social mais tóxica que eu conheço. Não consigo entrar no Instagram sem crise de choro, porque eu olhava para as meninas perfeitas, maravilhosas, com a vida perfeita, e eu entrava em crise. E aí eu falei não, tenho que tirar isso aqui. No Facebook eu consigo filtrar mais porque eu só vejo o que eu quero ver. O Instagram, não importa o que eu faça, as meninas vão aparecer lá na busca, então eu cortei, falei não, chega.*

Apesar da proeminência do Instagram dentre as redes sociais utilizadas para o ativismo gordo e *body positive*, justamente pela ênfase na imagem corporal, Milena mantém certo contato com o ativismo gordo através de um grupo no Facebook, fechado, chamado “Baleia”, no qual repostaram meu convite à pesquisa e a fez entrar em contato comigo.

<sup>33</sup> Aplicativo de celular que localiza geograficamente os usuários e cria a possibilidade de encontros românticos a partir de um “match”, que representa o momento em que ambos sinalizam que gostaram um do outro.

<sup>34</sup> Modalidade de fotografia tirada de si próprio, com ênfase no rosto.

Diferentemente de Anna, Milena percebe que começou a construir relações interpessoais com pessoas cujos corpos estão, de alguma forma, “fora do padrão”, já que sofria com as comparações quando mais nova:

*- Amigo é uma coisa que realmente influencia, porque eu sempre fui a mais gorda da sala, a mais gorda da turma, quase da escola inteira, então todas as minhas amigas eram extremamente magras, são lindas, maravilhosas, bonitas, usam roupas que parecem de criança, porque perto de mim parece roupa de criança, e eu olhava pra aquilo e falava ‘meu, isso aqui nunca vai entrar em mim’, e isso influenciou bastante, dava mais vontade ainda de ser como elas são. E aí eu ficava extremamente deprimida porque lá quando você é mais nova né, naquela época, as meninas ainda tinham aquela coisinha de ficar zoando, então só piorava a situação.*

*- E hoje em dia você tem amigos que são mais compreensivos?*

*- Eu sou mais seletiva, então procuro o pessoal... não que seja gordo, mas que saiba o que é ter essas doenças, saiba o que é passar por isso, porque elas vão ter mais empatia e pelo menos entender um pouquinho mais como é estar na pele de uma pessoa que tem isso. Então aquele pessoal mais padrão eu procuro não me envolver.*

Através da organização de uma militância que pensa a liberação dos corpos gordos e da aproximação entre pessoas que experienciam dores similares, os ativistas conseguem escapar, em alguns aspectos, de efeitos da marginalização das pessoas gordas e da vilanização da gordura corporal. No entanto, a gordofobia ainda é enorme barreira, em muitos aspectos intransponível, pois por seu caráter estrutural não se limita apenas às relações íntimas. Organizações voltadas para a influência em políticas públicas, como o Fórum de Combate à Gordofobia do Rio Grande do Sul começam a consolidar um espaço de *advocacy* em prol do avanço de pautas relevantes na sociedade e no Estado.

Retomarei, a seguir, como a forma de olhar o peso corporal como doença em si dificulta o acesso ao diagnóstico de anorexia nervosa e também dificulta o próprio tratamento.

### 3. O DIAGNÓSTICO ATÍPICO

(...) “I threw up two pieces of pizza”, I say this to  
 you in a body thick enough to bury a rib cage with no  
 sharp corners to trigger your concern/ I heave into  
 toilet bowls and I stay fat/ Nobody sees me and  
 thinks “feed her”/ nobody knows not to trust me  
 alone in a bathroom.  
 (Beck Cooper)<sup>35</sup>

Como para diversas doenças, a possibilidade de receber um diagnóstico de anorexia nervosa – e, com ele, um tratamento – pode ser um vislumbre de uma vida melhor. Nesse capítulo, buscarei trazer reflexões, a partir das falas de minhas entrevistadas, sobre os poderes – e limitações – do diagnóstico de anorexia nervosa para mulheres gordas. Retomo, aqui, a definição dos psiquiatras Eduardo Wagner Aratangy e Helena Bonadia Buonfiglio para o transtorno:

*“O que define a anorexia nervosa é a perda de peso provocada pelo paciente que busca obsessivamente a magreza ou que tem pavor de engordar. A restrição de alimentos que “engordam” e o uso de métodos que aceleram a perda de peso são comportamentos comuns. A obsessão com o corpo e com o peso, a percepção distorcida da própria imagem corporal e a enorme dificuldade em manter uma dieta adequada trazer prejuízos incapacitantes.” (2017, p. 18)*

A partir essa descrição, poderíamos definir pessoas consideradas obesas que objetivam a magreza, restringem alimentos altos em calorias e utilizam diversos métodos para acelerar a perda de peso, como cirurgias, balão gástrico ou medicamentos para emagrecer<sup>36</sup>, como pessoas com anorexia nervosa. Na prática, sabemos que isso é muito difícil de acontecer, já que o critério de peso corporal baixo é muitas vezes considerado fundamental. Como explorei em meu trabalho de conclusão de curso da graduação, é difícil traçar a linha entre

---

<sup>35</sup> Trecho de poesia *slam* de Beck Cooper. Em tradução livre: “Eu vomitei dois pedaços de pizza”, eu digo pra vocês em um corpo espesso o suficiente para esconder uma caixa torácica sem cantos afiados para despertar sua preocupação/ eu vomito em privadas e continuo gorda/ Ninguém me vê e pensa “alimentem-na!”/ ninguém sabe que não deveriam confiar em mim sozinha em um banheiro”.

<sup>36</sup> Nessa pesquisa, optei por não me aprofundar no campo dos medicamentos utilizados para emagrecimento. Deixo a recomendação do trabalho de Rosana Castro, “No fiel da balança: uma etnografia da regulamentação sanitária de medicamentos para emagrecer”, que se debruça sobre esse tema (2012). De todo modo, faço o curioso registro de que tais medicamentos, indicados no “combate à obesidade” são chamados “anorexígenos”.

comportamentos de pessoas que “vivem de dieta” e comportamentos considerados típicos de transtorno alimentar (Klimeck, 2017).

Watkins e Hugmeyer (2013) posicionam a anorexia nervosa e a obesidade como dois lados distintos de uma mesma moeda, mostrando que o medo de ser gordo (e, portanto, julgado como doente e imoral na sociedade) pode gerar o aparecimento de transtornos alimentares de restrição, como a anorexia.

Para a psicanalista Flávia, minha entrevistada, tanto a anorexia nervosa quanto a obesidade são duas doenças causadas pelo que considera o mesmo transtorno: uma dificuldade de lidar com limite. Mesmo considerando a leitura psicanalítica, deixa claro que acredita na importância do fator genético no desenvolvimento dessas:

*- A primeira coisa que eu acho importante é lembrar que eu trato a anorexia como se fosse uma forma reativa de se lidar com a obesidade, entendeu. Porque, na realidade, obesidade e anorexia eu diria que, de uma forma um pouco radical, a mesma roupa vestida pelo avesso. Um é tão transtornado quanto o outro. O medo de ficar obeso faz ficar anorético, né. Então me parece que o foco principal é a dificuldade de lidar com limite, tanto em um, quanto no outro. O obeso não aceita o limite da restrição alimentar e o anorético tem um problema que ele aceita excessivamente a restrição, mas de alguma forma é a mesma coisa. Um limita demais, outro “de menos”. E a origem disso aí é nos primórdios da vida psíquica, antes do Édipo, a origem desses transtornos se instala. Então, anorexia, qual a característica principal: é uma forma de lidar com o mundo de uma maneira muito ligada com a recusa. A recusa do afeto, gosto de mostrar assim um tripé. A recusa do afeto, a recusa da mãe e a recusa do alimento. Pela dificuldade inicial. E as vezes isso não aparece de imediato, mas vai aparecer lá na frente. Às vezes não é uma criança muito magrinha, uma criança às vezes até normal, mas às vezes na adolescência... Por que na adolescência? Porque é exatamente a fase que tem uma mudança corporal, uma transformação hormonal muito forte, e que o sujeito fica muito mais vulnerável, então os gaps lá de trás aparecem com mais facilidade.*

*- Tem uma questão relativa à mudança hormonal, que tá ligado com o aparecimento dos transtornos alimentares, tanto da obesidade quanto da anorexia. Tanto uma quanto outra são o que chamamos de doenças multifatoriais. Então se você, por exemplo, não tem o gene da obesidade, você não vai ficar gordo nunca. Agora, come errado? Vai adoecer, vai ter dislipidemia, que é o colesterol lá em cima, vai ter diabetes, vai ter... pode não engordar, mas adocece. Porque comer mal adocece as pessoas, mas pode não ficar obeso, porque não tem o gene da obesidade. Isso eu tô falando porque o aspecto genético, ele também é muito importante. Tem gente que diz “ah, a questão genética, ficam querendo arrumar desculpa de Medicina...”, não. É porque é uma doença multifatorial, então o componente genético também conta, mas o componente social, o componente familiar, todo o resto que a gente conhece atua tanto na eclosão da obesidade quanto na eclosão da anorexia. Porque isso é uma resposta que o corpo tem possibilidade de expressar, manifestar, quando ele se vê mais*

*vulnerável. Tá entrando na adolescência? É um desafio danado atravessar essa fase, quem não sabe? Então às vezes essas coisas pipocam.*

Para definir a gravidade do transtorno, consta no DSM-5:

*Especificar a gravidade atual:*

O nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual (ver a seguir) ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC. Os intervalos abaixo são derivados das categorias da Organização Mundial da Saúde para baixo peso em adultos; para crianças e adolescentes, os percentis do IMC correspondentes devem ser usados. O nível de gravidade pode ser aumentado de maneira a refletir sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão.

Leve:  $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderada:  $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave:  $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

Extrema:  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$  (APA, 2014, p. 339)

Assim, podemos inferir que o tamanho dos corpos (medido, nesse caso, pelo Índice de Massa Corporal) é considerado fundamental para a definição biomédica da gravidade do transtorno. Ao longo da seção, a gordura corporal também aparece, como no uso da expressão “medo de gordura”, como sinônimo do critério B, “medo intenso de engordar”.

Alguns autores advogam pela complexificação do diagnóstico, nuançando a questão do peso corporal. Ao invés de um patamar fixo de IMC, propõem observar a velocidade em que ocorre uma eventual perda de peso, juntamente aos outros fatores, como critério para potencial diagnóstico de anorexia nervosa, abrindo a possibilidade de diagnóstico em pessoas gordas. Os psiquiatras Eduardo Aratangy e Helena Buonfiglio afirmam que:

*Até pouco tempo atrás, era necessário que o paciente apresentasse baixo peso, com o índice de massa corporal (IMC) abaixo de 17,5 em adultos, ou percentil de peso abaixo de 15% do mínimo esperado, para crianças e adolescentes, para que o diagnóstico de anorexia pudesse ser feito. Isso mudou porque foram observados pacientes que apresentavam peso inicialmente normal (IMC entre 19 e 25) ou sobrepeso (IMC entre 25 e 30), mas que adotavam comportamento alimentar restritivo e perdiam peso de forma muito rápida, com grande sofrimento psíquico e obsessão pela magreza, mas que não poderiam receber o diagnóstico de anorexia nervosa por ainda não terem atingido o IMC abaixo de 17,5. Hoje, consideramos que a perda de peso muito rápida, mesmo em pacientes com sobrepeso, equivale ao estado de desnutrição que o diagnóstico exigia antigamente como critério obrigatório. (2017, p. 62)*

No entanto, o texto não traz referências externas para essas afirmações e são poucos os textos médicos que já aceitam esse ponto de vista.

Dessa forma, o enquadramento em um diagnóstico atípico parece uma das poucas possibilidades de validação da experiência da doença em pessoas gordas, já que, ainda assim, o peso corporal é visto como definidor da gravidade do transtorno. Porém, pesquisas quantitativas e qualitativas apontam para um número significativo de pessoas não diagnosticadas com anorexia nervosa em decorrência única do peso corporal: um estudo recente (Forney et al., 2017) realizado a partir de um estudo epidemiológico com 1.640 mulheres e 794 homens concluiu que um emagrecimento de até 5% do peso corporal poderia estar associado a um quadro de anorexia nervosa atípica, se presentes outros critérios.

Ainda são raríssimos os médicos que chegam a enxergar um caso de anorexia em corpos maiores. O transtorno alimentar de Milena foi caracterizado como “anorexia leve” ou “um começo de anorexia”, independentemente do grau de desnutrição ou de efeitos da doença no corpo:

*- Alguém te diagnosticou com anorexia?*

*- A médica não escreveu assim ‘a-no-re-xia’, mas ela falava ‘ah, a gente tem que tratar, é um começo de anorexia’.... Eu sou diagnosticada mesmo-mesmo-mesmo só com o transtorno de ansiedade generalizada. Mas com o passar do tempo eu fui em outros médicos e falam sobre depressão, anorexia leve, e a ansiedade, né.*

O caráter “leve” da anorexia não se daria, nesse caso, pela severidade do adoecimento psíquico nem mesmo pela frequência dos comportamentos, e sim pelo emagrecimento não ser visivelmente preocupante. Segundo Claudino e Borges:

Há certo consenso de que a perda de peso auto-induzida é necessária para o diagnóstico, porém a linha que separa o que seria “minimamente normal” e “abaixo do peso” não é tão clara, em parte, em virtude da inexistência de estudos que identifiquem o momento de instalação dos sintomas de inanição. Para padronização tem-se utilizado o Índice de Massa Corpórea ( $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ )  $<17,5$  (critério utilizado pela CID-10) ou percentual de adequação de peso inferior a 85% (critério utilizado pelo DSM-IV), considerando-se também a situação de pacientes em crescimento que apresentariam falhas em alcançar o ganho de peso esperado para o período. (2002, p. 9)

Minha pesquisa se iniciou com a curiosidade investigativa de como receber um diagnóstico de anorexia nervosa poderia impactar a vida de pessoas gordas. Durante as conversas, pude perceber que outras tensões se explicitavam em suas falas, e surpreendi-me

quando questionei diretamente sobre esse impacto. Natália, que durante a entrevista reforçou em muitos momentos sua indignação com a negligência médica em relação a pessoas gordas, afirmou que sente que ter recebido um diagnóstico de anorexia não teria feito grande diferença em sua vida:

*- Eu acho que não faria muita diferença. Não é que não acho, é claro que eu acho que faria diferença, é uma informação importante, mas no contexto em que eu vivia não tinha nem espaço pra esse diagnóstico. Eu só me alimentava de um jeito diferente.*

É preciso relembrar, no entanto, que Natália não desenvolveu o que foi considerado anorexia nervosa na tentativa de emagrecer, como as outras entrevistadas. Portanto, sua relação com o transtorno era diferente e dependia menos dessa validação, apesar de ter afirmado o quanto o quadro lhe fazia sofrer e trazia consequências físicas. Anna sente que um diagnóstico teria impactado sua vida, assim como Daniela, que acredita que poderia ter ajudado na validação do sofrimento que enfrentava:

*- Você acha que receber um diagnóstico teria feito algum impacto?*

*- Não teria impactado, mas é uma forma de validação do que passei, sim, sem dúvida. Não seria 'oh, meu Deus, agora sim posso me livrar de tudo porque eu tive um diagnóstico', não. Mas é aquilo, você fala e a pessoa diz 'não, você não teve isso, você teve isso, porque anorexia é isso aqui'<sup>37</sup>. É um meio de validação. Eu não comecei vomitando, eu comecei não comendo, e anorexia é isso, grandes períodos de jejum e você manter aquilo um hábito de forma que vá te adoecendo... pelo que eu entendo, né. Não só você estar extremamente abaixo do peso, é se tornar um hábito, e aquilo era um hábito meu, por mais de um ano, até eu chegar na compulsão e assim na bulimia.*

Segundo Joseph Dumit, o acesso ao tratamento também faz parte de preencher um “papel de doente” para a sociedade, demonstrando a legitimidade de seu sofrimento (2006, p. 582). Milena, ao ser perguntada, diz que não acredita que o diagnóstico teria feito tanta diferença já que a própria reconhecia o transtorno em si mesma; porém, a partir das situações que narrou, especialmente em relação ao atendimento médico que recebe, percebo que talvez quaisquer tratamentos sugeridos para ela teriam sido diferentes e, quem sabe, mais efetivos.

---

<sup>37</sup> Pelo contexto da frase, Daniela quis dizer algo como “não, você não teve anorexia, você teve bulimia, porque para anorexia é preciso baixo peso”.



Afirma, no entanto, que percebia nas companheiras a importância do diagnóstico na legitimidade do que viviam:

*- Foi bom que a médica tenha legitimado e dito 'ó, você tem anorexia'? Você sente que foi bom pra você?*

*- Eu já sabia, na verdade. Já sabia... não fez diferença, foi só 'agora o médico tá sabendo, agora'. Porque quando você entra nesses blogs, ser diagnosticada pra essas minas é xeque-mate, é o que elas precisavam, pra mim é normal, é como se fosse orgulho delas. Pra mim foi mais um dia.*

Não é para menos: se o diagnóstico é feito quando a pessoa chega a um IMC baixo, e o objetivo da troca de informações na comunidade é emagrecer, sem dúvidas o diagnóstico materializa e legitima o emagrecimento dos corpos. Podemos, inclusive, pensar além: seria possível que o diagnóstico envolver o baixo peso incentive ainda mais o adoecimento, a fim de ter o sofrimento legitimado, seja pelo reconhecimento ou pelo acesso ao tratamento?

Diferentemente do que é afirmado ao especificar um caso de anorexia nervosa como “atípico”, as experiências de minhas entrevistadas com o transtorno possuíam muitos pontos em comum com o que é considerado “típico”. Muitas narrativas se repetiam: elas perderam quilos, mas, ao invés de ser significado como sinal de doença, como acontece com muitas mulheres magras, aos olhares alheios seus corpos emagrecidos significavam saúde, cuidado e beleza, o que, para algumas, dificultava que se enxergassem como doentes.

Uma sociedade que aplaude pessoas que emagrecem a qualquer custo pode encontrar sérias dificuldades de enxergar que um processo de emagrecimento pode não ser benéfico e, pelo contrário, trazer sequelas irreversíveis, como dores de cabeça crônicas, dispepsia, arritmia, gastrite, problemas no esôfago, doenças intestinais, entre outras. Médicos, aqueles que deveriam prezar por “do no harm”, se mostram por diversas vezes, incapazes de enxergar para além do peso e oferecem dietas e prescrições de medicamentos com efeitos colaterais seríssimos.

### **3.1 Anorexia ou bulimia: o diagnóstico diferencial**

Atento, aqui, para outra distinção sutil, entre bulimia e anorexia nervosa. A linha entre os diagnósticos não é clara. Com o reconhecimento do termo “anorexia purgativa” no DSM,

como uma manifestação da anorexia que utilizaria métodos compensatórios, passou-se a compreender e aceitar um quadro de anorexia com métodos purgativos, o que costumava ser o diferencial do quadro bulímico. Borrou-se ainda mais, portanto, a já nebulosa separação existente entre os dois diagnósticos. A separação entre essas parece se dar principalmente através da perda de peso e da predominância dos métodos (restritivos ou compensatórios), como discutirei a seguir.

Apesar do DSM considerar os diagnósticos de transtorno alimentar como excludentes entre si, a psicanalista Flávia discorda dessa separação, afirmando que toda pessoa com anorexia também teria bulimia e que quase não existem os casos “puros” como descritos nos livros:

*- Praticamente - eu até sei que existe, mas a gente quase pode dizer que - não existe o anoréxico tout court<sup>38</sup>, anoréxico é sempre bulímico também. Por que, o que é bulimia? Bulimia não é vomitar, é comer demais e o anoréxico tem um problema com limite, então ele se impõe não comer. Mas quando ele come, ele come sem limites e aí come, come, come, come e vomita pra compensar o que comeu, ou toma laxante, essas coisas, os comportamentos compensatórios todos. Esse menino [contando de um caso clínico] não vomitava, mas quando comia, ele comia muito, mas aí ele fazia jejum. Então como ele tinha isso, ele implorava pra mãe, quando era menor, pra ela não fazer bolo, porque quando fazia ele comia inteiro. Então ele tinha bem o pé no transtorno, entendeu? E aí, com a notícia do suicídio violentíssimo do familiar, a anorexia se instalou de forma muito grave. Agora, ele conseguiu se reorganizar. (...)*

*- Flávia, queria entender um pouco mais desse limite entre bulimia e anorexia... como você faz essa distinção? É a frequência dos comportamentos? Eu sei que não importa tanto pra psicanálise, mas...*

*- O que importa é o processo. Se é bulímica ou anoréxica, estou me lixando. Mas, normalmente, uma das características é mais marcante e predomina. A anoréxica ela tem vergonha das crises bulímicas dela, ela não fala, praticamente. Eu fiquei sabendo que essa que tentou suicídio comia desbragadamente pela mãe, que me contou, mas ela não me contava. E as crises de bulimia, que chamo de bulimia, mas na verdade é crise de hiperfagia, alguns vomitam, outros fazem jejum, exercício...*

Minha segunda profissional entrevistada, Letícia, é nutricionista voluntária em um centro de tratamento especializado em transtornos alimentares, mais especificamente em um

---

<sup>38</sup> Expressão francesa que significa “Sem mais nada; somente; simplesmente”. Nesse caso, a entrevistada afirma que as pessoas com anorexia que atende sempre têm comportamentos também típicos de bulimia nervosa, e que dificilmente se utilizam apenas de jejum, sem nenhum tipo de compensação.

grupo de mulheres gordas com compulsão alimentar. Nós nos conhecemos em um evento voltado a transtornos alimentares no qual falei sobre minha pesquisa e ela dividiu comigo que a possibilidade de anorexia nervosa em mulheres gordas lhe era nova, mas familiar: relatou já ter pensado, mais de uma vez, que certa mulher gorda tinha “cabeça de anoréxica”.

Numa divisão mente/ corpo, de fato, para os critérios do DSM uma mulher gorda só pode ter a *cabeça* de anoréxica, pois seu corpo não corresponderia aos critérios fundamentais do diagnóstico. Por esse motivo, entrevistei-a, mesmo não tendo contato direto com mulheres com anorexia nervosa (ou assim acreditava).

Em sua entrevista, mostrou-me que os critérios do DSM não eram rigidamente seguidos na triagem do espaço onde trabalha, cabendo espaço para quadros mais “atípicos”. No entanto, disse que a anorexia sempre estava colocada em relação ao baixo peso:

*- Fala pra mim sobre aquela paciente com “cabeça de anoréxica”.*

*- A gente tem eventualmente esses casos lá, de dizer "nossa, ela é bem perfil... parece que é da anorexia, parece que veio desse outro ambulatório", nesse sentido de ser bem mais restritiva, realmente aquele pensamento de... como descrever... não parecia ter compulsão só, puro TCA<sup>39</sup>, aquela coisa de "sempre planejo dieta mas nunca dá certo", comendo só iogurte no café da manhã mas no resto do dia nunca dá, era uma coisa que a pessoa até conseguia, ficar vários dias de dieta, mas ela tinha compulsão e não se encaixaria no critério para anorexia por conta do baixo peso. Então, já tivemos várias pacientes assim... no grupo anterior ficou bem claro uma delas, a gente conversava sobre isso, e nesse grupo de agora a gente chegou à conclusão de que ela era bulímica, a paciente. Mas a conclusão que ela é bulímica é justamente porque ela não tem o baixo peso. Porque é, ela tem bem cabeça de anorexia. Ela tem TOC<sup>40</sup> também, que é uma comorbidade bem comum na anorexia, e tem um traço histriônico, algo mais comum em bulimia e anorexia e nem tanto em TCA... até bem ortoréxica, também, porque ela não conseguia comer coisas processadas, porque sentia que colocava lixo dentro dela.*

Segundo a nutricionista, as pacientes eram analisadas a partir de perfis psicológicos. Traços de personalidade, como timidez, ou comorbidades, como Transtorno Obsessivo-Compulsivo, facilitavam para elas a diferenciação entre diagnósticos tão limítrofes. Algumas vezes, no entanto, mudavam os diagnósticos conforme conheciam melhor as pacientes, ou ainda se mantinham em dúvida sobre em qual das opções alguém se encaixaria melhor:

---

<sup>39</sup> TCA: sigla do DSM-5 para Transtorno da Compulsão Alimentar, antes TCAP (Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica).

<sup>40</sup> TOC: transtorno obsessivo compulsivo.

- *É mais o perfil psicológico, a bulimia tem essa coisa mais extrovertida, bem mais oito ou oitenta que a anorexia, então... a gente faz uma comparação que fazia sentido pra mim na época, a anorexia tem um estilo mais Sandy e a bulimia é um perfil mais Wanessa Camargo, sabe? Na bulimia tem mais comorbidade com álcool e drogas, o perfil delas é diferente, por isso separa pra não atrapalhar, pra não ensinar métodos...*

No exemplo acima, Letícia usa duas cantoras brasileiras famosas para representar dois perfis de personalidade que diferenciariam os transtornos. Dessa forma, o diagnóstico parece fixar-se menos no comportamento alimentar e mais nos traços de personalidade das pessoas afetadas.

Nos últimos vinte anos, uma importante corrente no campo dos transtornos alimentares propõe que os pensemos todos como apenas um único transtorno (*“eating disorder continuum”*), possibilitando o reconhecimento, por exemplo, de momentos bulímicos e anoréxicos em uma mesma trajetória, a fim de compreender melhor o/a paciente e oferecer um tratamento com mais chances de melhora (Scarano e Kalodner-Martin, 1994).

Daniela conta que um psicólogo havia afirmado que o transtorno com que sofria era bulimia nervosa, e acredita que recebeu tal diagnóstico pelo seu corpo, e não pelos comportamentos alimentares que apresentava:

- *Eu fui diagnosticada com bulimia, porque gordo pode ter bulimia, mas não anorexia, pelo meu psicólogo da época. Em momento nenhum citou anorexia, acho que porque isso é coisa de gente com ossos aparecendo.*

Natália também não imaginava que poderia ter anorexia, já que só concebia tal transtorno em mulheres magras, então quando emagreceu muito sem comer, não cogitou ser um caso de anorexia nervosa:

- *Na verdade, pra mim distúrbios alimentares eram bulimia e anorexia, mas em meninas magras. Eu tive amigas gordas bulímicas, mas anorexia no meu, no ideal social, é um ser humano pele e osso, e eu não fico pele e osso em nenhum momento. Quando eu saí de 134 pra 68 quilos em seis meses, eu não fiquei pele e osso, eu continuei uma pessoa que as pessoas diziam que era gorda. Dentro do padrão magro eu ainda não tava. Nunca passou pela minha cabeça, nunca.*

Milena, por sua vez, associa seu adoecimento mental à época que conseguiu emagrecer, que era seu objetivo. Conta, também, sobre episódios de compulsão (ou o que Flávia chamaria de crises de hiperfagia) por conta da anorexia, mostrando a dificuldade de traçar linhas definitivas entre os diagnósticos:

*– A comida me deixava triste, porque eu comia e ficava gorda, e descontava na comida porque eu era gorda. Então eu fui uma criança gorda que foi crescendo e, teve uma época que em 2013, eu entrei na pior fase da anorexia que eu tive, que eu emagreci acho que uns vinte quilos, só que eu era completamente doente, eu tive começo de anemia, eu passava muito mal, eu tinha fraquezas absurdas e aí, por causa da anorexia, a compulsão aumenta, porque você fica ali... duas horas que você fica focada naquilo parando de comer, eu comeria o dobro, o triplo do que eu comeria normalmente, o que é muito pior, é horrível.*

Mais uma vez, a questão do peso ou da dimensão corporal emergem como dificuldade para reconhecimento de um eventual diagnóstico de anorexia – mesmo que ela veja em si os sintomas fundamentais operando “na cabeça”.

A partir da experiência de Natália com sua terapeuta, podemos notar que algumas abordagens observam o comportamento típico de uma pessoa com anorexia nervosa, como os longos episódios de jejum, e cogitam a possibilidade de estarem diante de uma pessoa sofrendo de tal transtorno, sem considerar exatamente o preenchimento das categorias diagnósticas. Nesse olhar, pessoas gordas podem “receber” diagnósticos informais de profissionais que reconheçam os comportamentos nelas, como Natália recebeu:

*– A gente não é ensinado a se olhar, ninguém é ensinado a se olhar. Aí é essa coisa, nunca parei pra pensar sobre bulimia, anorexia porque pelo estereótipo psicológico e corporal eu não me encaixava. Tanto que quando a terapeuta falou sobre isso, eu disse "cê tá brincando?" e ela "não!", e eu disse "mas eu sou gorda!" e ela "mas isso não quer dizer nada, seus sintomas são esses, mas de repente seu metabolismo é diferente e você não fica pele e osso, mas talvez você fique, e aí, o que a gente vai fazer? E talvez seja pior, pelo fato de você não ficar, você não leva a sério". Ela dizia "e você tem massa corporal pra queimar energia do seu corpo, mas de que adianta? Você não tem cabelo, você não tem energia pra subir e descer uma escada, caminhar, como você vai trabalhar sem energia?"*

A fala da terapeuta de Natália explicita uma das grandes preocupações dos casos de anorexia nervosa em pessoas gordas: por não estarem visivelmente desnutridas, as reações do corpo são negligenciadas. Alimentada pela noção de que o emagrecimento é apenas fruto da conta matemática “ingerir menos calorias e gastar mais”, há uma falsa ideia de que pessoas gordas não passariam fome, já que têm gordura corporal para “consumir”.

Natália tem a percepção de que a falta de acesso ao tratamento da anorexia e, pelo contrário, o incentivo médico para que continuasse emagrecendo poderia levá-la a morrer de inanição, visto o prejuízo que a anorexia acarretou a sua saúde:

*– Porque pessoas gordas são negligenciadas por serem gordas, e isso de qualquer diagnóstico, tipo, eu poderia morrer de inanição em algum momento, porque não me faz falta*

*[a comida]. Eu perdi metade do meu cabelo, eu fiquei sem menstruar por meses... sabe? Tem coisas no meu corpo que não voltaram, minha unha nunca mais voltou a ser saudável. Mas também não me alimento tão bem pra ter saúde pra levar pra unhas e cabelos, essas coisas. Ainda tem essa questão, que eu não administro bem isso também, até porque não tenho um profissional qualificado pra isso.*

Novamente, a fala de Natália mostra que a celebração do emagrecimento em corpos gordos é capaz de esconder um adoecimento severo. Letícia, ao descrever uma mulher que entrou no grupo de mulheres com obesidade que tinham compulsão alimentar, mencionou um “perfil” de alguém que consegue se manter na dieta como alguém com características de alguém com anorexia nervosa. Se não fosse o caso de uma conversa sobre transtorno, poderia perfeitamente ser alguém falando de um caso de “sucesso” de emagrecimento de uma pessoa gorda:

*- Nesse grupo que a gente teve agora, teve uma mulher que chegou e fazia lowcarb<sup>41</sup>, jejum intermitente, e chegou no grupo com o IMC... não sei, ela perdeu 20kg. Chegou lá, e a gente falou "nossa", essa tem o perfil bem de anorexia, e realmente, tá bancando, ali, emagreceu vinte quilos... um perfilzão bem assim, com foco na dieta, que bancou, perdeu vinte quilos... vira e mexe tem uma, duas, no grupo. A maioria tem um perfil mais compulsão mesmo.*

Caso seguissemos os critérios diagnósticos do DSM-5, minhas entrevistadas não seriam diagnosticadas com anorexia nervosa, pois faltaria nelas o “peso corporal significativamente baixo”. O que não significa que não emagreceram, pelo contrário: a perda de peso ocorria, mas não de maneira a deixá-las com corpos que se assemelhariam ao que se entende como um “corpo anoréxico”. Daniela, por exemplo, contou que seu emagrecimento foi perceptível e que com ele chegou no que se consideraria seu “peso ideal”, o que foi parabenizado pelas pessoas ao seu redor. No entanto, quando continuou emagrecendo, surgiu uma percepção que estava emagrecendo demais e que deveria interromper a perda de peso ali:

*- E você chegou a emagrecer?*

*- Emagreci muito. Não emagreci muito a ponto de ficar abaixo do peso, eu nunca fiquei abaixo do peso, cheguei no meu peso “ideal”, sempre fui muito acima do peso e cheguei no meu peso ideal. E no meu peso ideal eu fico feia de magra. Não fico esquelética, mas fico feia. Chegou ao ponto das pessoas falarem "ah, você não vai parar de emagrecer? Tá ficando feia", mas medicamente, nunca foi abaixo do peso. Nunca cheguei a isso. Tenho*

---

<sup>41</sup> Regime alimentar que restringe drasticamente o consumo de alimentos que contém carboidratos.

*um tio que convivia um pouco mais comigo e ele falava "tá demais, você tá emagrecendo muito".*

Ela chegou ao ponto de contar para as pessoas que seu emagrecimento era fruto de comportamentos típicos de transtorno alimentar, como jejum e vômitos auto-induzidos, mas não era levada a sério, pois o emagrecimento era bastante positivado – inclusive diante de confrontações com relação a eventuais episódios de compulsão e a manutenção do baixo peso:

*- Se te perguntassem o que você estava fazendo [pra emagrecer], você dizia que estava fazendo dieta?*

*- É. No final das contas eu tava cagando, lembro que no último ano novo que eu tava super magra, minha tia virou pra mim, porque assim, comecei não comendo, parei total de comer, quando precisava comia tipo um tomate por dia, coisas assim. E no fim das contas eu já vomitava o que eu comia, porque começou a me dar compulsão... o corpo reage, né, é fato. Aí começou a me dar compulsão e eu comecei a vomitar. Quando eu tinha compulsão geralmente era em família, porque eu não conseguia segurar e quando eu comia um eu tinha que comer tudo. Aí minha tia no último ano novo virou pra mim assim "nossa, você come tanto, como você tá magra? Você vomita?" e eu disse "Ha-ha, vomito." mas ela levou na brincadeira. No fim das contas, quando me perguntavam, eu dizia "eu não como". Aí as pessoas achavam normal, não reagem.*

A associação de saúde, beleza e magreza também positivava o emagrecimento a qualquer custo. Os comentários sobre a percepção alheia de que era mais bonita magra faziam Daniela manter os comportamentos alimentares anoréxicos e a tornava uma espécie de “exemplo” a ser seguido:

*- Todo mundo elogiava o quanto eu tava magra. Tipo assim, se eu tinha uma compulsão, é engraçado a percepção que a gente tem das coisas. Se eu tinha uma compulsão, eu comia muito, vomitava, e aí falava ok, vou parar de comer. Aí no dia que eu parava de comer, as pessoas começavam a me elogiar. Não era coincidência, era tipo assim, as pessoas começavam automaticamente a dizer "nossa, você tá mais magra, você tá linda, você tá muito bem". E as minhas amigas da época só diziam o quanto eu era horrorosa antes! "Nossa, que bom que você emagreceu, porque você era horrorosa, não queria falar isso pra você na época, mas agora você sabe né, que você era horrorosa." [...] Todo mundo só falava do quanto eu tava magra e maravilhosa, queria a receita também, e foi isso.*

Na narrativa de Anna, igualmente, ninguém percebeu seu emagrecimento como algo indesejado ou como parte de um adoecimento, já que seu corpo não era considerado como estando dentro do padrão esperado:

*- Ninguém. Eu só parei pra pensar acho que eu tinha um transtorno alimentar e isso não era saudável alguns anos atrás, quando fui olhar uma foto minha na época e fiquei*

*caralho, como eu era magra, que isso? Porque na minha cabeça eu não era tão magra, eu lembro que no ensino médio eu tinha minhas amigas e tinha duas amigas que eram bem mais magras que eu, elas pesavam 43kg, e elas tinham a minha altura também, eu pesava 49, e me achava gigantesca perto delas, mas cara...Tinha uma menina que era mais gordinha na turma que todo mundo zoava ela porque ela era gorda, e daí esses tempos atrás eu tava vendo umas fotos antigas e tinha uma foto que ela tava do meu lado e eu fiquei tipo mano, aquela menina pesava no máximo 65kg e todo mundo zoava muito a gurira, porque ela era gorda. Era muito uma questão de pressão social, sabe, todas as menininhas eram magrelas.*

O emagrecimento, na experiência de minhas interlocutoras, foi diretamente entendido por familiares, amigos e demais pessoas próximas como sinal de saúde, mesmo quando não o era dos pontos de vista médico e pessoal das mulheres com quem conversei. A autora Virgie Tovar, ao falar da própria experiência, narra situação parecida. Com onze anos, teria entrado em uma dieta extrema de jejum, e emagrecido consideravelmente durante o verão. Quando foi visitar o médico da família, que insistia que ela precisava perder peso, foi parabenizada sem qualquer questionamento sobre a forma como se deu o processo:

Quando me sentei na maca, ele me parabenizou pela perda de peso. Ele não me perguntou como eu emagreci. Ele não me perguntou o que eu estava ou não comendo. Não importava. Literalmente, ninguém parecia se importar. Ele acreditava, como a maioria, que quando uma mulher – ou criança – gorda emagrece, é sempre positivo, independentemente de como o emagrecimento aconteceu. (2018, p. 41)<sup>42</sup>

Nesse mesmo sentido, Milena afirmou que só ouvia elogios quando emagreceu, e, desde que ganhou peso novamente, é frequentemente lembrada de que seu corpo teria um problema a ser consertado:

*- Não, ninguém nunca falou 'nossa, você tá muito magra'. Não, falavam só 'nossa, você tá linda, você tá magra, que legal'. Nunca, nunca sofri nenhum tipo de preconceito ou problema sendo magra. Ser gorda que é o problema, né. Agora que eu tô engordando, nossa, socorro. Tenho que 'parar com isso', 'por que você tá fazendo isso com o seu corpo?', é isso que eu ouço. Agora, quando eu tava magra, nada. Nem quando eu tava lá, passando mal na escola, com dores de cabeça horríveis, com diagnóstico da médica falando que eu tava com anemia, a minha mãe falou 'nossa, anemia? Nem notei!'*"

---

<sup>42</sup> Tradução minha. No original: As I sat down on the exam table, he congratulated me on my lowered weight. He did not ask me how I lost the weight. He did not ask me what I was or wasn't eating. It didn't matter. Literally no one seemed to care. He believed, like most, that when a fat woman – or girl – loses weight, it's always positive no matter how the loss happened.



- *E você acha que você tivesse emagrecido mais, você acha que as pessoas teriam notado?*

- *Se eu tivesse emagrecido mais, ó, eu já cheguei a vestir 36, 36 é um número muito pequeno, se eu tivesse emagrecido mais do que eu já tava, se tivesse chegado aos 50kg, aí provavelmente eu acho que minha mãe teria notado, “ué, tá acontecendo alguma coisa”, só se eu tivesse emagrecido mais, mas cheguei nesse peso e comecei a engordar tudo de novo.*

- *Na escola, ninguém reparou?*

- *Ninguém, falavam que eu tava linda, tava linda, tava maravilhosa. Falavam “tá comendo tão pouquinho, tá magrinha, tá bonitinha, tal”. Acho que foi também a questão de começar a namorar, comecei a namorar muito cedo também, aí você começa a pensar “não preciso mais ficar bonita pra ninguém”, aí eu desandei de vez, e já era. (grifo meu)*

Daniela também afirma que seu emagrecimento foi notado, mas visto com naturalidade pela maioria das pessoas ao seu redor:

- *Se você tivesse emagrecido mais, teria tido diferença?*

- *Acho que sim. Acho que ia começar a chocar as pessoas, quando você começa a morrer as pessoas se chocam. Só aí as pessoas se chocam. [...] Era muito estranho como ninguém fazia nada. Na escola, na reunião de pais o professor virou pra minha mãe e falou assim “sua filha está tentando entrar na garrafa?” e ela brincou assim “é mesmo, ela só come um tomate”. Tipo assim.... A única pessoa que chegou a enxergar alguma coisa foi minha professora de educação física porque ela tinha um relacionamento mais próximo comigo, porque era minha professora na academia também. E ela disse “cara, não te vejo comer, você tá bem? Você tá meio pálida”, mas ela questionava, sabe? Se mostrava mais preocupada. Pras pessoas era normal, muito normal. (...)*

-- *E quando você chegou a emagrecer muito, você ainda era lida como uma pessoa gorda?*

- *Não, eu cheguei a pesar... sessenta quilos parecem muito pra um metro e sessenta e oito, não muito, mas também... pra mim, eu ainda tava... estava enorme, uma baleia, horrível, mas eu vejo as fotos agora, eu tava super magra. E pras pessoas eu tava ok, padrão.*

No entanto, algumas pessoas próximas perceberam o emagrecimento com outro olhar menos deslumbrado com a modificação daquele corpo, assim como a tia de Daniela, que a perguntou sobre como ela poderia estar comendo e mesmo assim tão magra. Mais à frente, trago outra fala de Daniela, que percebeu que precisava buscar ajuda a partir do olhar cuidadoso de uma pessoa próxima.

### 3.2 Sobre curas possíveis

Como para muitos transtornos mentais, há controvérsias sobre a possibilidade de cura ou remissão total de um transtorno alimentar. Milena não acredita em uma cura completa da anorexia nervosa:

– *Ela vem às vezes, tem fases, né. Como a depressão, ela fica quieta um tempo, tá ali, parada, e ansiedade também está ali, quieta, não é que tá controlada, tá adormecida, e aí algum gatilho vem e desperta.*

– *[...] Quem fala que tem cura, tanto 'você encontrou Deus, você achou a cura', gente, isso infelizmente não existe, nem pra depressão, nem pra ansiedade, nem pra nenhuma doença da alma, assim, sabe, doenças psiquiátricas, psicológicas, elas não têm cura.*

– *[...] Ela vem às vezes [a anorexia] e aí fico super mal, eu fico horas sem comer, me dá fraqueza de novo... eu nunca cheguei a vomitar, né, aconteceu uma vez, mas eu tenho a consciência de que isso é ruim, apesar de tudo eu tenho a consciência de que isso é péssimo pra mim, e eu já tive, as doenças do estômago que eu tenho são por causa da anorexia. Teve uma época que eu acordava, todo dia de manhã, e vivia à base de café, porque as meninas [dos blogs pró-ana] dizem que café emagrece. Então, isso me trouxe problemas de esofagite, de refluxo, um estrago na minha vida, eu nunca mais vou estar curada disso, então foi uma doença que a anorexia trouxe por consequência dela. E é horrível, sabe. Não consigo dormir direito, não consigo dormir direito, não consigo fazer coisas normais, tipo, tomar água às vezes faz com que eu tenha dores no estômago absurdas. E, [a anorexia] estraga da garganta até o estômago, então fica tudo acabado. E se eu tivesse a bulimia, se eu vomitasse, seria muito, muito pior. Eu com certeza teria desenvolvido uma úlcera, alguma coisa muito pior, já teria ido parar no hospital, eu tenho a consciência de que não posso fazer isso. Então prefiro não comer, do que comer e jogar fora, e se eu comi, tive a compulsão, beleza, não vou botar pra fora. Então, eu tenho essa consciência.*

Na fala acima, Milena negocia com seu próprio corpo. Apesar de manter os comportamentos típicos da anorexia nervosa, que a causam diversos problemas de saúde, Milena não utiliza da indução de vômito, pois “tem a consciência” dos efeitos desse hábito no corpo, o que nos leva a pensar que o jejum é, de fato, uma escolha feita de maneira calculada, refletida, considerando um balanço de suas próprias ações e seus efeitos. Em outro momento, chega a falar que possui “controle completo do corpo” quando nega seus sinais vitais de fome:

– *Você acha que a anorexia aparece pra você como uma compensação da compulsão?*

– *Parece que me sinto forte quando tô naquele momento, as meninas chamam de NF, já ouviu falar? “No food”, tem o “low food” e o “no food”<sup>43</sup>. Quando você tá ali naquele momento, quando você tá tomando água e chá o dia inteiro, é como se você estivesse forte, nossa, sou uma princesa, é como se fosse uma meditação ali que você tá fazendo, você tá sofrendo, óbvio, tá doendo seu estômago, você tá morrendo de fome, tá fraca, só que é bom ao mesmo tempo. Você tem controle completo do seu corpo, 'eu não vou comer', só que aí vem a compulsão, estraga tudo, aí você volta e fica nessa coisa.*

– [...] *É, porque quanto mais anoréxica você é, mais magra você fica... dá uma sensação de controle, de vitória.*

Bell (2014), ao analisar mulheres canonizadas santas, como Santa Catarina de Siena, percebeu um padrão ascético específico entre elas. Esse padrão envolvia dentre outras coisas, o jejum e o controle dos sinais básicos do corpo, através de privações de sono e de alimento. Aproximando da anorexia nervosa, Bell cunhou o termo “anorexia santa”. Podemos perceber, na fala de Milena, certa noção de ascetismo, que inclusive aparece na noção de que o estado que o jejum lhe coloca seria como uma “meditação”. Como mencionado anteriormente, Ortega (2003) associa as práticas modernas de cuidado e obsessão com a saúde como uma espécie de bioascese. Desse modo, a anorexia nervosa representaria o auge do controle de si, de um certo ponto de vista; já o corpo obeso representaria a falta de controle, o desleixo.

Ao contrário de Milena, que acreditava que a bulimia seria “pior” para ela, Flávia afirma que são os episódios de hiperfagia, que geralmente são catalogados como sintomas de bulimia nervosa, que “salvariam” as anoréxicas, pois impediriam o corpo de parar de funcionar pela falta de nutrientes:

– *Agora tô atendendo um monte de anoréxicas como supervisora do curso. Tem uma menina agora, com 12 ou 15, ela fica 4 dias sem comer. É muito grave, uma menina dessa idade 4 dias sem comer. Elas comem chiclete, Coca-Cola light e alface, é o que elas se permitem comer. É uma barra...*

– *E essas pessoas são visivelmente muito magras?*

– *As anoréxicas, em geral, sim. Mas às vezes nem tanto. Eu tive uma paciente no ano passado, ela chegou, ela vinha de um atendimento de TCC<sup>44</sup>, e ela tava emagrecendo muito,*

<sup>43</sup> Para administrar o emagrecimento contínuo e a falta de alimento, categorias foram criadas nos blogs pró-anorexia e bulimia: os períodos “no food” (NF, sem comida) são de jejum absoluto e são intercalados com períodos “low food” (LF, pouca comida) com pouquíssimo alimento (Almeida e Guimarães, 2015).

<sup>44</sup> Terapia Cognitivo-Comportamental, abordagem psicológica muito utilizada no tratamento de transtornos alimentares, já que o foco de atenção estaria no comportamento alimentar. As críticas a essa abordagem

*os pais estavam desesperados. Veio pra mim, um mês depois que ela chegou ela tentou se matar. 15 anos. Desesperador, né. Magrinha, alta, comprida, longilínea, mas ninguém dizia que ela era anoréxica. Não tinha aquela coisa encovada. Agora, essa menina tinha transtorno alimentar, ela comia alucinadamente ou fazia jejum pra ficar magra. E foi por causa de magreza que ela tentou o suicídio, e ela quase conseguiu com a combinação de remédios que ela escolheu. (...) Ela não era esquelética. Já tive esqueléticas, que chegavam aqui quase sem andar. Agora tem bulímicas, por exemplo, muita bulímica que não tem magreza nenhuma, porque não são anoréxicas. Tem muita bulímica que não é anoréxica. As anoréxicas todas são bulímicas, e a gente dá graças à Deus, porque são as crises de hiperfagia que evitam a morte, que salvam. Agora, bulímicas, várias não tem aspecto nenhum, corpo normal. Comem como alucinadas... vomitam muitas vezes por dia. As bulímicas não tem aspecto emagrecido e nem são muito gordas, porque vomitam pra caramba.*

Na fala de Flávia, também aparece como “é” o corpo das pacientes bulímicas, nem muito magro, nem muito gordo, contrariando novamente a noção de que tanto a anorexia quanto a bulimia nervosa atingem pessoas em todos os tamanhos de corpos.

Sem dúvida, o emagrecimento severo que leva a um comprometimento grande das funções básicas do corpo deve ser levado a sério e visto como alerta vermelho. Mas é possível ter comprometimentos severos sem tanto emagrecimento, o que é preocupante pois se manifesta de forma “silenciosa”, sem dar sinais através dos ossos aparecendo. Mesmo não alcançando um peso baixo, Daniela afirma que seu corpo começou a dar sinais perigosos de fraqueza. Há bastante tempo quase sem se alimentar, ela teve uma das viradas para procurar ajuda quando teve a percepção de que seu coração estava batendo de forma lenta e arritmica:

*– Eram três remédios que te aceleravam absurdamente e que tiravam a fome. Era café, [...] <sup>45</sup>. Eu tenho nojo de café até hoje por causa disso, era muito ruim. Aí eu tava conversando com um professor da academia e ele: ‘ah, você conhece tal coisa?’. E eu: ‘ah, eu tomo!’. E ele: ‘sabia que você pode morrer com isso, pode ter um infarto, e você é nova e morre num infarto?’. Aí eu falei assim: ‘ah, tudo bem’... Eu tinha na minha cabeça que se eu morresse eu ia morrer feliz, não tinha problema nenhum em morrer. Eu andava na rua de um jeito que nem sei como, não conseguia abrir os olhos direito, quando estava com as pessoas eu dava um jeito de despertar, mas quando tava sozinha a energia ia abaixando... eu andava ‘foda-se’ na rua, ‘se eu for atropelada tudo bem, também’. É uma mentalidade estranha. Não é normal. Uma das coisas que me fez achar que eu precisava melhorar era que eu sentia meu*

---

costumam centrar-se na crença de que transtornos alimentares estão relacionados a questões psíquicas mais profundas, sendo a restrição apenas o sintoma, não a causa.

<sup>45</sup> Por motivos éticos, fiz a opção de retirar as menções às medicações para que não sejam lidas como “técnica” para emagrecer. Já que não as analisarei a fundo, não contribuem necessariamente com a discussão nesse momento e podem ser perigosamente utilizadas por pessoas em episódios de transtorno alimentar.

*coração bater tão lento, tão lento... uma das minhas professoras de dança teve bulimia e disse pra mim "cara, seu coração não vai aguentar"...*

*– Então você contou pra ela?*

*– Sim, ela disse "isso é sério, seu coração não vai aguentar". E comecei a ficar... uns tempos depois comecei a sentir meu coração batendo tão fraco, tão fraco, tão fraco, e depois ele fazia tututututu, rápido, e voltava a bater fraco, fraco... eu precisava procurar uma ajuda. Foi um start.*

Decorrentes da falta de alimentação, as arritmias relatadas podem levar a uma parada cardíaca. Não é coincidência que a anorexia nervosa tem altas taxas de mortalidade: a desnutrição leva a complicações cardíacas, neurológicas, gastrointestinais, reprodutivas, dentre outras, de grande severidade, que não necessariamente são detectadas em um hemograma (Atarangi e Buonfiglio, 2017, p. 74). Flávia ressalta a importância de um esforço coletivo de tirar o paciente da situação na qual corre risco de vida:

*– Qual o principal objetivo do tratamento de um paciente com anorexia nervosa?*

*– Olha, eu não trabalho com metas. Agora, quando se trata de anorexia, o meu objetivo é que o médico me diga que a saúde dessa pessoa, os índices, que ela não tá correndo perigo. É ela sair da área de risco. E aí a gente monta junto, planeja o que o paciente quer. Ah, eu quero ficar com sei lá quantos quilos a mais. É engraçado porque muitos pacientes pedem pra ter balança aqui. Eu não tenho, nunca vou ter, mas a gente vai, entende, ele vem trazendo. Mas os anoréxicos, mesmo quando se dão conta da necessidade de engordar, eles não gostam de falar de peso e não gostam de falar que engordaram. Eu fico sabendo que engordaram, que melhoraram, pelo médico ou pela família, sobretudo porque a grande maioria de todos os anoréxicos que eu atendi eram adolescentes.*

*– Você acredita que existe cura?*

*– Olha só. Transtorno alimentar não tem cura. Tem tratamento. Tem que se manter em tratamento. Essa paciente emagreceu, tá ótima, mas eu fico só de olho, porque pode voltar a engordar. [...]*

Os critérios de alta costumam envolver a “normalização do peso, padrão alimentar adequado, ausência de distorção de imagem corporal e quadros clínico, psiquiátrico e emocional estáveis” (Souza e Pessa, 2016, p. 62), mas a remissão do transtorno da anorexia nervosa é resumida, em muitos espaços de tratamento, principalmente pelo reganho de peso. Na última fala acima, fica evidente que o peso é central no que se considera remissão.

Daniela afirma ainda ter pensamentos, vez ou outra, sobre ficar sem comer, geralmente com fins de emagrecer rapidamente para entrar em um vestido, mas percebe tal comportamento em pessoas próximas que não desenvolveram transtorno alimentar. Por isso, acredita na imbricação entre a popularização das dietas restritivas e o desenvolvimento de anorexia:

*– É uma mistura muito grande entre o que é a doença e o que enfiaram pra gente goela abaixo. A doença vem disso, dessa insegurança, dessa ideia de que a gente tá errado, de que nosso corpo não é o certo, de que é vergonhoso ter nosso corpo, então assim, não sei te dizer, se ainda tenho a cabeça que eu tive ou se é o que me fizeram acreditar a minha vida inteira. [...] Como saber se isso é a doença ou o social? Uma coisa tá muito dentro da outra. A doença tem um aspecto social, é muito doentio o que a sociedade faz com essa questão. Acho que a anorexia nada mais é que a mesma coisa agravada.*

### 3.3 O reganho de peso

O reganho de peso é condição fundamental para o paciente ser considerado “em remissão” de anorexia nervosa. O CID-11 só considera um paciente com anorexia nervosa com “peso normal” como estando em processo de recuperação (código 6B80.2). Nesse caso, a “Anorexia Nervosa em recuperação com peso corporal normal” é definida como:

*Entre indivíduos em recuperação de Anorexia Nervosa e cujo peso corporal é maior que 18.5 kg/m<sup>2</sup> para adultos ou mais do 50% para o IMC correspondente à idade para crianças e adolescentes, deve-se manter o diagnóstico até uma recuperação completa e duradoura seja atingida, como é indicada pela manutenção de um peso saudável e o cessar de comportamentos destinados a reduzir o peso corporal independentemente da prestação de tratamento (por ex., por pelo menos um ano depois do fim do tratamento intensivo (WHO, 2018)<sup>46</sup>*

Como discutido acima, a associação direta do reganho de peso com a melhora na condição causa invisibilidade da condição de pessoas que nunca chegaram a um peso “crítico”. O discurso anti-obesidade posiciona o emagrecimento *por si* como melhoria na

---

<sup>46</sup> Tradução livre. No original: “Anorexia Nervosa in recovery with normal body weight: Among individuals who are recovering from Anorexia Nervosa and whose body weight is more than 18.5 kg/m<sup>2</sup> for adults or over the fifth percentile for BMI-for-age for children and adolescents, the diagnosis should be retained until a full and lasting recovery is achieved, as indicated by the maintenance of a healthy weight and the cessation of behaviours aimed at reducing body weight independent of the provision of treatment (e.g., for at least 1 year after intensive treatment is withdrawn).” (WHO, 2018)

saúde (Aphramor, 2010), o que causa uma confusão específica nessas pessoas. O reganho de peso, ao mesmo tempo que é meta terapêutica, é também fator de risco para desencadeamento de nova crise, já que, justamente por medo de engordar, é possível que as pacientes voltem a entrar em episódios agudos.

Daniela chegou a colocar mais frontalmente em oposição sua magreza antiga, que vê como fruto de desequilíbrio físico e emocional, e seu corpo gordo, agora mais saudável de maneira geral:

– [...] Claramente elogiavam quando eu estava magra na época... porque cara, é inevitável, faz parte da nossa cultura. Hoje eles não falam nada, mas... por exemplo, rolou uma vez, a madrinha da minha mãe que criou a gente como avó falou: ‘ah, mas você tem que emagrecer’. Isso depois de eu já ter melhorado e começado a rebater as coisas. E eu disse: ‘não, não tenho’. E ela: ‘claro que tem’. E eu disse: ‘o que você prefere: que eu seja saudável ou que eu não coma e morra de fome?’. Aí ela: ‘ah, não come...’. E eu falei: ‘você tem certeza disso?’. E isso foi na frente de todo mundo. Desde que fiquei boa, devo ter engordado uns trinta quilos. E ninguém dessa parte da família falou nada mais, se eu tô gorda, se eu tô magra, até porque eu passei a me posicionar, sabe.

– Você começar a se posicionar tem a ver com esses movimentos da internet, de positividade corporal?

– Sem dúvida, sem dúvida.

Mesmo afirmando que hoje aceita seu corpo gordo e que se posiciona em relação aos comentários desagradáveis que escuta de seus familiares, Daniela deixou claro em outros momentos que não considera que seu corpo esteja realmente saudável e confessa pensar em fazer uma cirurgia bariátrica, o que traz a ela um grande conflito interno:

– Até pararam de me perguntar quando eu vou fazer a bariátrica. Falei assim: ‘olha só, isso é uma questão só de vocês. Eu não tenho que tratar um problema de vocês. Parem com isso, porque da próxima vez eu vou ser indelicada’. Só que assim... hoje me encontro no processo de talvez fazer a bariátrica. Porque o meu peso... hoje eu realmente tenho um problema, que provavelmente veio devido a toda essa questão alimentar, que meu metabolismo ficou uma merda, e desenvolvi uma resistência à insulina. O médico chegou pra mim e disse “minha filha, se você comer uma barra de chocolate ou uma balinha, seu corpo reage da mesma forma. Ou seja, é muito, muito difícil você emagrecer.” E eu já tentei, assim, emagrecer de formas saudáveis e tudo mais. Sigo tentando. Não quero fazer a cirurgia de forma nenhuma. Mas está me prejudicando fisicamente. (...)Ao mesmo tempo que, caraca, eu me gosto desse jeito, não faz sentido eu fazer a bariátrica. Na minha cabeça, agora a bariátrica é só um recurso de pessoas desesperadas, acho que lutei tanto contra essa ideia que ficou assim na minha cabeça. Tô fazendo os exames e não contei pra ninguém da minha família, porque era como dar a vitória pra eles. Não decidi se vou fazer, vou fazer os exames

*e se o médico me der motivos bem plausíveis – uma diabetes, uma hipertensão, algo do tipo, comorbidades, né, que eles chamam – se ele me der esses motivos vou falar: ‘beleza, então vamos fazer’. Se ele falar: ‘ah, você não tem nada, vamos fazer porque você precisa emagrecer’, vou pensar cinco vezes. Enquanto isso, eu tenho tentado me alimentar bem, fazer exercícios, porque não quero chegar nesse nível extremo. (...) É que nem o parto normal e a cesária [cesariana]. O parto normal é maravilhoso e a cesária é ruim quando imposta e normalizada, mas tá aí porque precisa existir. Igual a bariátrica. Não pode ser assim: ‘ah, preciso emagrecer, vou fazer uma bariátrica’. Mas ela tá aí porque precisa salvar vidas, melhorar a qualidade de vida das pessoas. [...] É difícil na minha cabeça eu estar me amando tanto, estar tão bem comigo mesma, e estar pensando em fazer uma bariátrica. Mas eu sei os motivos pelos quais estou fazendo, e tenho tentado me posicionar diante dos médicos, quero ser 100% sincera, não esconder nada, falar que não quero só estética.*

Voltamos, aqui, para a associação entre um corpo magro e saudável, e um corpo gordo e doença. É comum que partamos do princípio que um corpo gordo não pode estar saudável, portanto, se está, é por pouco tempo, já que eventualmente ficará doente por conta das comorbidades, como uma bomba-relógio. Longe de querer discutir se, de fato, é possível ser gordo e saudável, essa noção de saúde exclui a saúde mental dos indivíduos gordos, já que não consideram que um emagrecimento através de métodos de coerção, do estigma e da pedagogia da repulsa não pode ser emocionalmente saudável. Ainda, é possível pensar que tipo de saúde se prioriza, já que uma pessoa pós-bariátrica pode ter dezenas de complicações decorrentes da cirurgia e deve necessariamente tomar medicações para toda a vida, já que são feitas alterações em mecanismos de absorção de nutrientes.

Milena também demonstra grande incômodo com seu ganho de peso e que, apesar das inúmeras tentativas e de utilizar inclusive métodos anoréxicos, não consegue emagrecer como gostaria:

*– E aí eu comecei a engordar de novo, eu engordei quarenta quilos em cinco anos. No último ano... de dois anos pra cá eu engordei quase trinta quilos. Então é uma coisa que não parou. Aí eu já procurei médico, já procurei psicólogo, psiquiatra, endócrino, já tomei diversos tipos de medicamento, já tomei... remédio pra emagrecer, remédio para cortar a compulsão, remédio pra ansiedade, remédio pra depressão. Nada funciona, nada funcionou. Não tenho a menor vontade de fazer exercícios, não consigo controlar a boca, então nada funciona. Eu fico nesse ciclo, aí eu fico nessa, de come, come, come, come, aí arrepende, para, volta, e fico nesse vai e vem a vida inteira. E só piora, quanto mais o tempo passa, mais eu tô ficando gorda. Então não resolveu.*

Para Anna, não foi simples engordar de novo, já que sua família a cobrou muito por esse motivo. Ela narrou o conflito entre melhorar psicologicamente da depressão e da



anorexia, ganhar peso por isso e ser compreendida como estando mais doente do que na época que realmente estava mal:

*– Durante esse processo, minha família sempre me encheu muito o saco por eu estar engordando. O que mais me incomodou nisso foi assim, eu tava me curando um pouco da minha depressão essa época, eu tava ficando melhor psicologicamente, infinitamente melhor do que quando eu tava muito magra. E quando eu tava doente, muito magra, ossuda, ninguém falava nada sobre meu peso, tipo, tá tudo certo. E daí, quando eu comecei a engordar, tipo, tudo começou a ficar pior. Eu lembro que eu tava pesando uns sessenta, setenta quilos, no máximo, na época, tava um calorzão da porra, e eu peguei um short pra ir pra aula e meu pai disse que eu não podia ir de short porque eu não tinha corpo pra usar esse tipo de roupa... Esse tipo de coisa. Começou a pesar muito. Enfim, minha relação com o meu corpo é uma coisa que até hoje eu não... me aceitei muito bem, tô eternamente nessa coisa de quero emagrecer ou quero me aceitar...*

Na entrevista com Flávia, o reganho de peso apareceu como materialidade fundamental na remissão dos casos que atende:

*– Eu já tive um caso gravíssimo, um menino que chegou pra mim com 17 anos, uma coisa muito, muito séria, o menino tinha um metro e setenta e seis e chegou pra mim com quarenta e seis quilos, uma coisa gravíssima. Ficou comigo três anos e saiu daqui lindo, maravilhoso, pesando acho que 73kg. Agora, claro, no caso desse menino ele desenvolveu uma ortorexia, isso é muito comum. Vou pensar o caso específico dele. (...) Ele foi melhorando, foi engordando, e também foi fazendo muito exercício, e foi se fortalecendo. (...)*

Existem casos, como o citado por Flávia, nos quais pessoas com anorexia nervosa deixam de se preocupar com as calorias dos alimentos, mas transferem a obsessão para os nutrientes presentes, modificando o foco, mas mantendo uma alimentação dita “transtornada”. É o caso da ortorexia, considerada pelos especialistas um transtorno alimentar do tipo Evitativo Restritivo (TARE), apesar de ainda não reconhecido nos manuais: uma obsessão por alimentar-se de maneira “saudável” e “pura”, com ênfase nos nutrientes ingeridos, e que pode excluir grupos completos de alimentos e causar inúmeros prejuízos à saúde (Aratany e Buonfiglio, 2017, p. 126).

Flávia não considera que uma pessoa gorda que usa de métodos anoréxicos seja uma pessoa com anorexia: para ela, essa pessoa tem um transtorno alimentar, sim, mas ela não considera que possa ser chamado de anorexia, já que não há baixo peso. No entanto, associar o corpo gordo somente à compulsão alimentar, necessariamente, ignora experiências reais, como as da Milena, que recebeu o diagnóstico de obesidade e, a partir daí, toda uma terapêutica

medicamentosa foi proposta a ela pelos médicos para que ela emagrecesse. Porém, ainda com sintomas de anorexia, havia um claro conflito entre lidar com uma doença cujo tratamento conhecido é o ganho de peso, no caso da anorexia nervosa, e uma doença cujo tratamento é o emagrecimento, como é considerada a obesidade:

– *Quando você recebeu esse "diagnóstico" de anorexia, você já tinha voltado a engordar ou ainda estava na sua fase mais magra?*

– *Faz pouco tempo! Não é uma coisa de lá, eu carrego isso desde sempre, desde que era criança, então é uma coisa que não mudou, eu voltei a fazer terapia foi em 2018, então, fico indo e voltando da terapia e sempre tem um diagnóstico novo, né, antes era só ansiedade. Aí foi pra depressão, e agora anorexia... Não foi nem psiquiatra que me diagnosticou, foi a psicóloga, ela falou 'ó, a gente tem que ver isso, tem que pensar nisso'.*

– *E aí ela te encaminhou pra um psiquiatra, nutricionista, alguma coisa?*

– *A psicóloga pediu pra passar na psiquiatra, a psiquiatra me jogou pra endócrino, e ficou nesse "ping-pong" de endócrino e psiquiatra, e elas não me passaram nenhuma medicação, e desisti. Por que, o máximo, o mais forte que... posso falar nome de medicamento?*

– *Pode.*

– *O mais forte que cheguei acho que foi topiramato, que não é tão forte assim, foi uma droga, eu odiei, me deixou muito mal, só que ele me emagreceu. Emagreceu dois quilos em uma semana, foi muito bom, mas foi péssimo porque eu não conseguia nem me mexer direito, porque eu não tinha força pra levantar, aí eu falei pra psiquiatra que não queria tomar mais ele, e que eu queria algo mais forte. Aí ela disse que não podia, só a endócrino. A endócrino falou que só a psiquiatra. Aí nenhuma das duas me deu.*

– *Isso pra... anorexia?*

– *Pra compulsão alimentar. Porque, o problema é que eu tô engordando absurdamente, né. A anorexia, não consigo parar, mesmo gorda não tem isso, às vezes passo um dia inteiro sem comer, não tem muito o que fazer, porque se a médica me pede pra não comer, ela vai estragar outro problema. Então...*

– *E nisso se prioriza a compulsão, né?*

– *Sim, porque a compulsão me traz muito mais doenças que a anorexia poderia trazer. A compulsão eu já tinha gordura do fígado, problema do estômago piora, o sobrepeso demora a parte de articulação, então tem uma série de problemas que é pior com a compulsão.*

A fala de Milena é interessante pois, bem no início de nossa conversa, ela me contou que possui diversos problemas de saúde decorrentes da anorexia, como problemas sérios no estômago. No entanto, há uma espécie de régua que a fez considerar que a compulsão alimentar – e, conseqüentemente, a “obesidade”, nesse caso – faria mais mal à sua saúde do que os comportamentos anoréxicos são capazes de fazer. Tendo a perceber, novamente, uma espécie de negociação com o próprio corpo, com que tipo de conseqüências ela estaria disposta a lidar, assim como seus médicos, que se recusaram a ouvir a indicação inicial de anorexia, vinda do encaminhamento pela psicóloga, e decidiram tratar, então, a “obesidade” que enxergavam nela.

Além disso, a negligência médica em torno da condição intermitente de quadros de anorexia mostra que há uma moralidade na preferência dos métodos para emagrecer alguém cuja relação com a comida é conturbada: na “balança”, o corpo que é gordo e, muitas vezes, saudável e feliz, parece mais perigoso que o corpo que é desnutrido e está pedindo ajuda.

Sendo ou não possível uma cura completa do transtorno, algumas falas demonstraram a importância do olhar de outras pessoas, que não os próprios médicos. Quando falo do alargamento do diagnóstico, portanto, enfatizo a importância deste não apenas para conseguir um nome, um carimbo ou um remédio: diagnósticos têm o potencial de modificar o olhar da sociedade para aquelas questões. Foi fundamental, no caso de Daniela, o olhar atento de sua professora para o sofrimento que ela estava vivendo, e também para as condições de risco que aquele corpo, visto como saudável, estava apresentando. Para além de uma validação médica, a validação social de um corpo gordo – ou mesmo com um peso considerado “normal” – como um corpo que pode estar adoecido com anorexia é potente, inclusive, para que deixemos de pensar que a restrição alimentar é a “solução” para as questões alheias.

## Considerações finais

Nor is morally superior to anthropologize distress, rather than to medicalize it. (Kleinman e Kleinman, 1997, p. 96)

Uma grande riqueza do trabalho antropológico é a possibilidade da compreensão da trajetória coletiva e individual de um fenômeno complexo como um transtorno mental na realidade de um grupo ou sociedade específicos. De todo modo, como nos lembra Luhmann, ao solicitar que se aponte um louco, em meio a xamãs e magia, são grandes as chances de nos ser apresentado alguém com o que seria, para os parâmetros biomédicos que conhecemos, um quadro de esquizofrenia grave (2016, p. 16).

Uma posição de total relativismo em relação às especificidades locais e dos corpos poderia impedir o acesso ao tratamento para anorexia nervosa ou qualquer outro transtorno mental – tal discussão é presente entre grupos de autistas, que ao lutar pelos seus direitos a partir da forma que se enxergam, acabam por vezes impedindo outros de acessar os direitos que esses desejam (Ortega, 2008). Da mesma forma, não considero aceitável pautar a experiência individual a partir de cortes estreitos de critérios diagnósticos, como ainda se faz em relação ao peso corporal, já que tende a deixar muitas pessoas de fora. Reconhecer o papel muitas vezes imperialista do sistema biomédico não deve nos levar a um abandono completo de suas categorias, visto que muitos sofrimentos ainda não são sequer legitimados e o acesso ao tratamento ainda depende, em muitos lugares, diretamente de tal validação.

Considerando que existem menos de dez centros especializados para tratamento de transtornos alimentares em todo o país, ainda menos se pensarmos serviços públicos, não é possível falarmos em uma sobremedicalização do fenômeno, pelo contrário. Conversando com colegas de aula no mestrado que trabalham na ponta dos serviços de saúde, na atenção básica, comentaram comigo que nunca viram passar por seus consultórios pessoas com transtornos alimentares – e, considerando as taxas de incidência, perceberam que provavelmente não enxergaram a possibilidade dos transtornos nas centenas de pacientes que já atenderam em suas trajetórias. Pensar uma formação que possibilite o treinamento desse olhar é fundamental para a melhora na qualidade de vida de muitas pessoas.

Alguém poderia questionar se faria qualquer diferença o alargamento do diagnóstico de anorexia nervosa, já que algumas pessoas recebem tratamentos sendo diagnosticadas como TANE ou bulimia nervosa. Algumas coisas devem ser levadas em consideração na resposta dessa pergunta, mas ressalto aqui, principalmente, a gravidade das complicações da anorexia nervosa, que devem ser tratadas de forma correta e direcionada para seus desafios específicos. Além disso, com a quantidade reduzida de vagas para atendimento especializado no país, pessoas em estado severo de desnutrição e com sérias complicações podem não ser admitidas nos centros de tratamento ou consideradas menos doentes. Sem contar, ainda, o potencial destrutivo de indicações de emagrecimento por profissionais de saúde para pessoas consideradas acima do peso que vivem com anorexia nervosa, já que não consideram a possibilidade da existência do transtorno em tais corpos.

Acreditando na importância de dar voz às falas e experiências das minhas entrevistadas, pedi para que as quatro entrevistadas afetadas pela anorexia dividissem o que mais, a partir da pesquisa, elas gostariam que mais pessoas soubessem sobre transtornos alimentares:

*– Para mim, esse é um assunto muito importante. Eu achei você... acho que pela Ray, Ray Neon. Quando eu vi ela postando aquilo eu fiquei tipo “cara, eu quero muito falar com essa menina”, porque eu acho muito importante primeiro a gente entender a existência do distúrbio alimentar, tipo, eu queria que meus pais tivessem notado que eu estava com problema lá atrás, talvez se eles tivessem visto aquilo naquela época muita coisa que veio depois não teria acontecido, né. Que as pessoas tomem consciência que não é porque você tá magro que você tá saudável, não é porque você tá gordo que você não tá saudável; que não é porque você tá gorda que você tá feia, que não pode ter autoestima nem nada do tipo, né.. E é isso, eu quero que as pessoas não tenham que passar pelo que eu passei, que as pessoas tenham mais empatia, mais cuidado de falar sobre isso. Tipo, quem tá lidando com quem passando por algum distúrbio, né, saiba melhor como lidar com isso, não tipo fechar os olhos quando a pessoa tá magra e quando a pessoa tá gorda começar as chibatadas. Não adianta! Todo mundo tem espelho em casa. (Anna)*

*– Porque pessoas gordas são negligenciadas por serem gordas, e isso de qualquer diagnóstico, tipo, eu poderia morrer de inanição em algum momento, porque não me faz falta [a comida]. Eu perdi metade do meu cabelo, eu fiquei sem menstruar por meses... sabe? Tem coisas no meu corpo que não voltaram, minha unha nunca mais voltou a ser saudável. (...) A gente não é ensinado a se olhar, ninguém é ensinado a se olhar. Aí é essa coisa, nunca parei pra pensar sobre bulimia, anorexia porque pelo estereótipo psicológico e corporal eu não me encaixava. Tanto que quando a terapeuta falou sobre isso, eu disse “cê tá brincando?” e ela “não!”, e eu disse “mas eu sou gorda” e ela “mas isso não quer dizer nada, seus sintomas são esses, mas de repente seu metabolismo é diferente e você não fica pele e osso, mas talvez você*

*fique, e aí, o que a gente vai fazer? E talvez seja pior, pelo fato de você não ficar, você não leva a sério". Ela dizia "e você tem massa corporal pra queimar energia do seu corpo, mas de que adianta? Você não tem cabelo, você não tem energia pra subir e descer uma escada, caminhar, como você vai trabalhar sem energia?" (Natália)<sup>47</sup>*

*– A anorexia não é só pra pessoas magras. Talvez aquela menina que seja extremamente magra, talvez ela não tenha anorexia, talvez ela só tenha um problema... um problema fisiológico, uma coisa assim. E pessoas que são gordas não necessariamente não tem isso. Anorexia não tem cara, né, ela não tem esse estigma, você olha a pessoa e vê ah, ela é anoréxica. Então, você tem que ter atenção, tem que chamar a atenção dessas pessoas que podem ter também, e é isso. Você quis fazer a pesquisa com minas gordas que passam por anorexia, não é? É exatamente isso. São pessoas que são invisíveis, né. [faz como alguém dizendo:] "Anorexia? Não, olha seu tamanho, meu amor." E é muito comum, acredito que você encontrou muita gente. É preocupante, é muito preocupante. E isso envolve uma série de fatores, né, tanto a parte pessoal, quanto a parte social, né, a pressão social, as redes sociais, vish... uma série de coisas. (Milena)*

*– Porque é minha história, né, e acho que muita gente passa por isso. Muita gente próxima a mim passando por isso, primas minhas passando por isso, e vejo gente passando por isso pelo mesmo motivo que eu passei: família. Então, alguma coisa precisa quebrar isso, a roda do familiar ser o cara que fica na cabeça da criança, do adolescente, que vai perpetuar isso, então alguma coisa tem que quebrar isso... Se não com estudos, notícias e os meios digitais, que seja a gente com nossos próprios filhos, né? (Daniela)*

*– É, e já tá mudando, né? (eu)*

*– Sem dúvida, a gente já tá mudando. Meus filhos não vão ser assim, seus filhos não vão ser assim. Espero, né? (Daniela).*

O medo de engordar, que consta no DSM-5 dentre os critérios diagnósticos para anorexia nervosa, em inglês, é "*fat phobia*". Não é nada novo afirmar que existimos em uma sociedade extremamente gordofóbica, e que praticamente todas as esferas das nossas vidas estão permeadas dessa cultura (Tovar, 2018). Parece quase irônico, contudo que haja a presença de tantos comportamentos gordofóbicos no próprio tratamento dos transtornos alimentares, sendo a gordofobia, preconceito contra gordos, a junção das duas palavras em inglês: *fatphobia*.

Como aponta Tovar (2018), a gordofobia é uma via de mão dupla, atingindo diretamente pessoas gordas, mas mantendo pessoas magras em estado de "alerta" para que não

---

<sup>47</sup> O trecho já havia sido analisado anteriormente, mas repito aqui em respeito à intenção da fala da entrevistada.

engordem e passem a sofrer de tais preconceitos. Dessa forma, afirmo ser difícil combatermos transtornos alimentares sem objetivarmos acabar com a gordofobia. Talvez, em uma sociedade menos hostil, menos pessoas tenham tanto medo de engordar que preferem punir-se e sofrer todos os dias.

É preciso, como afirma Aphramor (2018), pensar a medicina a partir de um olhar pela justiça social, mobilizando as ferramentas possíveis para uma sociedade mais diversa, respeitosa e justa. No caso de doenças pelas quais é preciso lutar pelo diagnóstico, muitos pacientes buscam fatos que atestem a veracidade do sofrimento que experienciam (Dumit, 2006). Essa pesquisa é, de alguma forma, uma tentativa não de produzir fatos científicos sólidos e inquestionáveis, mas de, através de um olhar localizado (Haraway, 1995), trazer à tona algumas complexidades do acesso ao diagnóstico de anorexia nervosa e, a partir do meu lugar na academia, recontar histórias que os sujeitos acreditam que precisam ser ouvidas.

## Referências

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Cálculo de peso saudável. Sem data. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/imc>>. Acesso em 10/01/2020.

ALMEIDA, Thamires Citadini de; GUIMARÃES, Cristian Fabiano. Os blogs pró-Ana e a experiência da anorexia no sexo masculino. **Saúde e Sociedade [online]**. 2015, v. 24, n. 3, p. 1076-1088. Acesso em: 13/05/2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais. DSM-III**. São Paulo: Manole, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais. DSM-IV**. São Paulo: Manole, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais. DSM-IV-TR**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais. DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APHRAMOR, Lucy. Validity of claims made in weight management research: a narrative review of dietetic articles. **Nutrition Journal**, v. 9, n. 30, 2010, p. 1-9.

APHRAMOR, L. Preventing Fat Stigma and Repairing Harm: A Practical, Pragmatic, Radical Response for Advancing Weight Justice Through Public Health Policy And Everyday Conversation”. **6th Annual Weight Stigma Conference**, Leeds, Inglaterra, 2018..

ARATANGY, Eduardo Vagner; BUONFIGLIO, Helena Bonadia. (org.) **Como lidar com os transtornos alimentares: guia prático para familiares e pacientes**. São Paulo: Hogrefe, 2017.

AZIZE, Rogerio Lopes. **A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre o uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

AZIZE, Rogerio. **A nova ordem cerebral: a concepção de ‘pessoa’ na difusão neurocientífica**. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BACON, Lindo. **Health at every size: The surprising truth about your weight**. BenBella Books, 2010.

BACON, Lindo; APHRAMOR, Lucy. **Body respect: What conventional health books get wrong, leave out, and just plain fail to understand about weight**. BenBella Books, Inc., 2014.

BANZATO, Cláudio E.M.; ZORZANELLI, Rafaela. Superando a falsa dicotomia entre natureza e construção social: o caso dos transtornos mentais. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 1, p. 100-113, 2014.



BARON-COHEN, Simon et al. Do girls with anorexia nervosa have elevated autistic traits?. **Molecular Autism**, v. 4, n. 1, p. 24, 2013.

BARROS, Mirani. **Um lugar para ser gorda: afetos e erotismo na sociabilidade entre gordinhas e seus admiradores**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

BAYER, Ronald. Stigma and the ethics of public health: not can we but should we. **Social science & medicine**, v. 67, n. 3, p. 463-472, 2008.

BELL, Rudolph M. **Holy anorexia**. University of Chicago Press, 2014.

BENTO, Maria Aparecida da Silva. **Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público**. 2002. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BORGES, N. J. B. G., SICCHIERI, J. M. F., RIBEIRO, R. P. P. P., MARCHINI, J. S., & SANTOS, J. E. Transtornos alimentares-quadro clínico. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006.

BORZEKOWSKI, Dina LG et al. e-Ana and e-Mia: A content analysis of pro-eating disorder web sites. **American journal of public health**, v. 100, n. 8, p. 1526-1534, 2010.

BRANDÃO, C. R. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. **Sociedade e cultura**, v. 10, n. 1, 2007.

CAMERON, Erin; RUSSELL, Constance. **The Fat Pedagogy Reader: Challenging Weight-Based Oppression Through Critical Education**. Nova York, Peter Lang, 2016.

CAMERON, Layla. Bodies on Screen: Merging Fat Activism with Feminist Documentary Filmmaking. **Fat Studies**, p. 1-12, 2019.

CARVALHO, Felipe Alckmin et al. Análise da evolução dos critérios diagnósticos da anorexia nervosa. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 15, n. 2, p. 265-274, 2016.

CASTIEL, Luis David; GUILAM, Maria Cristina; FERREIRA, Marcos. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. E-book. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CASTRO, Priscila da Silva; BRANDÃO, Elaine Reis. Desafios da atenção à anorexia nervosa na adolescência: etnografia em serviço público de saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2917-2926, 2018.

CÉSAR, Maria Rita de Assis. (Des)educando corpos: volumes, comidas, desejos e a nova pedagogia alimentar. In: RAGO, Margareth & VEIGA-NETO, Alfredo (org.). **Para uma vida não-fascista**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CHILDERS, Douglas K.; ALLISON, David B. The ‘obesity paradox’: a parsimonious explanation for relations among obesity, mortality rate and aging?. **International Journal of Obesity**, v. 34, n. 8, p. 1231-1238, 2010.

CLAUDINO, A. M., e BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 3, p. 7-12, 2002.

COELHO, Marisa; OLIVEIRA, Teresa; FERNANDES, Ruben. Biochemistry of adipose tissue: an endocrine organ. **Archives of Medical Science**, v. 9, n. 2, p. 191-200, 2013.

COOPER, Charlotte. **Headless Fatties** [Online]. Londres, 2007. Disponível em: <<http://charlottecooper.net/fat/fat-writing/headless-fatties-01-07>>. Acesso em 01/11/2019.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CORDÁS, Táki Athanássios; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2002.

CRAWFORD, Robert. Healthism and the medicalization of everyday life. **International journal of health services**, v. 10, n. 3, p. 365-388, 1980.

DE JESUS, Jaqueline Gomes. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília: Ser-tão, 2012.

DIÁRIO DA SAÚDE. Gordura corporal tem neurônios que falam com o cérebro. 29/12/2015. **Diário da Saúde [online]**. Disponível em: <[www.diariodasaude.com.br/news.php?article=descobertos-neuronios-gordura-corporal&id=11069](http://www.diariodasaude.com.br/news.php?article=descobertos-neuronios-gordura-corporal&id=11069)>. Acesso em 10/08/2019.

DIAS JR, Claudio Santiago; VERONA, Ana Paula. Excesso de peso, obesidade e educação no Brasil. **Saúde (Santa Maria)**, v. 45, n. 2, 2019.

DICKMAN, Mary Catherine. **Let's Move! Biocitizens and the Fat Kids on The Block**. Dissertação de Mestrado defendida na University of South Florida, 2015.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo, Perspectiva, 1976.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

DUMIT, Joseph. Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, emergent illnesses. **Social science & medicine**, v. 62, n. 3, p. 577-590, 2006.

ELI, Karin. An embodied belonging: Amenorrhea and anorexic subjectivities. **Medicine Anthropology Theory**, v. 1, n. 1, p. 53-80, 2014.

\_\_\_\_\_. Latin American countries lead in Google search volumes for anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for global mental health research. **International Journal of Eating Disorders**, v. 51, n. 12, p. 1352-1356, 2018.

EPSTEIN, Steven. The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials. **Science, Technology & Human Values**, v. 20, n. 4, p. 408-437, 1995.

FABELLO, Melissa. **Appetite: sex, touch and desire in women with anorexia nervosa**. (E-book). 2018.

FAIRBURN, Christopher G. et al. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. **Behaviour research and therapy**, v. 45, n. 8, p. 1705-1715, 2007.

**FAT 'is an organ' say scientists.** BBC, Reino Unido. 14/09/2000. Disponível em: <[www.news.bbc.co.uk/2/hi/health/923153.stm](http://www.news.bbc.co.uk/2/hi/health/923153.stm)> Acesso em 08/10/2019.

FISCHLER, Claude. Obeso benigno, obeso maligno. *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, p. 69-80, 1995.

FLECK, Ludwik. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum. 2010.

FLEGAL, Katherine M.; IOANNIDIS, John PA; DOEHNER, Wolfram. Flawed methods and inappropriate conclusions for health policy on overweight and obesity: the Global BMI Mortality Collaboration meta-analysis. **Journal of cachexia, sarcopenia and muscle**, 2019.

FORNEY, K. J., Brown, T. A., HOLLAND-CARTER, L. A., KENNEDY, G. A., & KEEL, P. K. Defining “significant weight loss” in atypical anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 8, p. 952-962, 2017.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998[1984].

FOXCROFT, Louise. **A tirania das dietas: dois mil anos de luta contra o peso**. São Paulo: Três Estrelas, 2013.

FRIEDENZOHN, Daniel; SHREWSBURY, Stephen. Squeezed out of the Marketplace: Legal and Policy Issues Pertaining to Airline Seating Configurations. **BU Pub. Int. LJ**, v. 28, p. 147, 2019.

GAILEY, Jeannine A. “Starving is the most fun a girl can have”: The pro-ana subculture as edgework. **Critical Criminology**, v. 17, n. 2, p. 93-108, 2009.

GARCIA, Frederico Duarte; DÉLAVENNE, Héloïse; DÉCHELOTTE, Pierre. Atypical eating disorders: a review. **Nutr Diet Suppl**, v. 3, p. 67-75, 2011.

GIDDENS, Anthony. Mundo em descontrole. O que a globalização está fazendo de nós. Rio de Janeiro: Record, 2007, p. 31-45.

GIFFORD, Bill. Your Fat Has a Brain. Seriously. And It's Trying to Kill You. **Outside [Online]**. 05/03/2013. Disponível em: <<https://www.outsideonline.com/1914196/your-fat-has-brain-seriously-and-its-trying-kill-you>>. Acesso em 10/08/2019.

GILLBERG, Christopher. Are autism and anorexia nervosa related? **The British Journal of Psychiatry**, v. 142, n. 4, p. 428-428, 1983.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**, 1988.

GOLDENBERG, Mirian. Cultura e gastro-anomia: psicopatologia da alimentação cotidiana. Entrevista com Claude Fischler. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, v. 17, n. 36, p. 235-256, 2011.

GREENE, Jeremy. **Prescribing by numbers: drugs and the definition of disease**. Johns Hopkins University Press, 2006.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos pagu**, n. 5, p. 7-41, 1995.

HILBERT, Anja et al. Risk factors across the eating disorders. **Psychiatry Research**, v. 220, n. 1-2, p. 500-506, 2014.

JANSSEN, Ian, KATZMARZYK, Peter T, ROSS, Robert. (2004), Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk, *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 79, n. 3, p. 379–384.

JIMENEZ-JIMENEZ, Maria Luisa; ABONIZIO, Juliana. Gordofobia e Ativismo gordo: o corpo feminino que rompe padrões e transforma-se em acontecimento. **Trabalho apresentado em XXXI Congresso Asociación Latino America de Sociología**. Uruguay: Universidad de la Republica, 2017.

JUNQUEIRA, Antonio Hélio; PEETZ da Silva, Marcia. Fome oculta. **Agroanalysis**, v. 21, n. 8, p. 8-12, 2001.

KLEINMAN, A., KLEINMAN, J. Suffering and Its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. **Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine**. Univ of California Press, 1997.

KLIMECK, Beatriz. **‘Eu tô sempre de dieta mas várias vezes eu não tô’**: uma análise antropológica de comportamentos alimentares em mulheres. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais), 2017.

KLIMECK, Beatriz; AZIZE, Rogerio. 'Fat studies' e a produção de conhecimento situado: notas sobre o sexto Congresso Internacional de Estigma do Peso. **Enfoques**, p. 1-9. 2019.

\_\_\_\_\_. Algo bom em excesso: controvérsias científicas e moralidades nas representações da gordura corporal. **Anais da 31a Reunião Brasileira de Antropologia**, Brasília, 2018.

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos**. Editora 34, 1994.

\_\_\_\_\_. **Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede**. Edufba, 2012.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**. Papirus Editora, 2013.

LEE, Jennifer A.; PAUSÉ, Cat J. Stigma in Practice: Barriers to Health for Fat Women. **Frontiers in Psychology**, v.7, p. 1-15, 2016.

LESSA, Ines. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 931-943, 2004.

LOUREIRO, J. **Corpo, medicina e ciência na literatura de autoajuda: sentidos e modos de intervenção na gordura corporal**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

\_\_\_\_\_. A gordura corporal como problema: uma reflexão sobre a literatura de autoajuda e os processos de subjetivação na contemporaneidade. In: CASTRO, Ana Lúcia; LANDA, Maria Inés. (org.) **Corpos, poderes e processos de subjetivação: discursos e práticas na cultura contemporânea**. Araraquara: Cultura Acadêmica, 2017.

LUHRMANN, T.M. Introduction. In: LUHRMANN, T.M. & MARROW, Jocelyn. (Eds.). **Our Most Troubling Madness: Case Studies in Schizophrenia Across Cultures**. Oakland: University of California Press, p. 1-25, 2016.

- LUPTON, Deborah. **Corpos, prazeres e práticas do eu**. Educação & Realidade, v. 25, n. 2, 2000.
- LUPTON, Deborah. The imperative of health: Public health and the regulated body. Sage, cap. 5 [tradução publicada na revista **Educação e Realidade**, v. 25, n. 2, p. 15-48, [1995] 2000b.
- \_\_\_\_\_. The pedagogy of disgust: the ethical, moral and political implications of using disgust in public health campaigns. **Critical public health**, v. 25, n. 1, p. 4-14, 2015.
- \_\_\_\_\_. **Fat**. Routledge, 2018.
- MACKERT, Nina. Writing the History of Fat Agency. **Body politics**, v. 3, n. 5, p. 13-24, 2015.
- MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Editora Garamond, 2006.
- \_\_\_\_\_. The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, v. 16, n. 3, p. 485-501, 1991.
- MEADOWS, Angela; DANÍELSDÓTTIR, Sigrún. What's in a word? On weight stigma and terminology. **Frontiers in psychology**, v. 7, p. 15-27, 2016.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção da Identidade da Antropologia na Área de Saúde: O Caso Brasileiro. In: Paulo Cesar Alves & Miriam Cristina Rabelo (orgs.). **Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998, p. 29-47.
- MOL, Annemarie. **The body multiple: Ontology in medical practice**. Duke University Press, 2002.
- MONCRIEFF-BOYD, Jessica. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica), Sir William Gull, 1873. **Advances in Eating Disorders**, v. 4, n. 1, p. 112-117, 2016.
- MORTON, Richard. **Phthisiologia: or, a Treatise of Consumptions**. W. and J. Innys, 1719.
- MURRAY, Samantha. **The 'fat' female body**. Springer, 2008.
- NATH, Rekha. The injustice of fat stigma. **Bioethics**, p. 1-14, 2019.
- NOVAES, Joana de Vilhena; VILHENA, Junia. (orgs.) **Que corpo é esse que anda sempre comigo? Corpo, imagem e sofrimento psíquico**. Curitiba: Appris, 2016.
- OBAMA, Michelle. Let's Move! Raising a healthier generation of kids. **Childhood obesity**, v. 8, n. 1, p. 1, 2012.
- OBESIDADE impede que aprovados em concursos públicos tomem posse**. G1 Bauru e Marília, São Paulo. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/bauru-marilia/noticia/obesidade-impede-que-aprovados-em-concursos-publicos-tomem-posse.ghtml>>, acesso em 25/01/2020.
- ODENT, Michel. Autism and anorexia nervosa: Two facets of the same disease? **Medical hypotheses**, v. 75, n. 1, p. 79-81, 2010.
- ORBACH, Susie. **Fat is a feminist issue: The anti-diet guide for women + fat is a feminist**. Random House, 1998.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos de saúde coletiva**, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.

\_\_\_\_\_; VIDAL, Fernando. **Somos nosso cérebro?** Editora N-1, 2019.

\_\_\_\_\_, Francisco. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. **Mana**, v. 14, n. 2, p. 477-509, 2008.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade**. 2004.

PENNEY, Tarra L.; KIRK, Sara FL. The health at every size paradigm and obesity: missing empirical evidence may help push the reframing obesity debate forward. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 5, p. 38-42, 2015.

**PHYSICAL FITNESS**, sem data. John F. Kennedy Presidential Library and Museum, Columbia. Disponível em: <<https://www.jfklibrary.org/learn/about-jfk/jfk-in-history/physical-fitness>>. Acesso em 12/12/2019.

POULAIN, Jean Pierre. **Sociologia da Obesidade**. São Paulo: Senac, 2013.

PRETI, Antonio et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. **Journal of psychiatric research**, v. 43, n. 14, p. 1125-1132, 2009.

PUHL, Rebecca M.; LATNER, Janet D. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. **Psychological bulletin**, v. 133, n. 4, p. 557-580, 2007.

\_\_\_\_\_; HEUER, Chelsea A. The stigma of obesity: a review and update. **Obesity**, v. 17, n. 5, p. 941-964, 2009.

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p.

RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: **Antropologia da Razão: ensaios de Paul Rabinow**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

REIS, V. Ana e Mía na “nova” rede: comunidades reúnem anoréxicas e bulímicas na Web 2.0. **Rumores**, v. 1, n. 2, 2008.

REZENDE, Joffre Marcondes. Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia. **Revista de Patologia Tropical/Journal of Tropical Pathology**, v. 27, n. 1, 1998.

RIBEIRO FILHO, Fernando Flexa et al. Gordura visceral e síndrome metabólica: mais que uma simples associação. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, 2006.

RICARDO, Djalma Rabelo; ARAÚJO, CGS de. Índice de massa corporal: um questionamento científico baseado em evidências. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 79, n. 1, p. 61-69, 2002.

ROGERS, Julia E. Happy fat: Taking up space in a world that wants to shrink you. **Fat studies**, v. 9, 2020, p. 81-84.

ROSE, Nikolas. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, v. 396, 2013.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

\_\_\_\_\_.; CARRARA, Sergio Luis. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva-com especial referência à Antropologia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 467-484, 2015.

SAGUY, Abigail C.; WARD, Anna. Coming out as fat: Rethinking stigma. **Social Psychology Quarterly**, v. 74, n. 1, p. 53-75, 2011.

\_\_\_\_\_. **What's wrong with fat?**. Oxford University Press, 2012.

SANT’ANNA, Denise Bernuzzi de. **Gordos, magros e obesos: uma história do peso no Brasil**. São Paulo: Editora Estação Liberdade, 2016.

SASSATELLI, Roberta. Fitness Culture. In. **The Blackwell Encyclopedia of Sociology**, 2018, p. 1–3.

SAUTCHUK, Carlos Emanuel. A medida da gordura: o interno e o íntimo na academia de ginástica. **Mana**, v. 13, n. 1, p. 153-179, 2007.

SCARANO, Gina M.; KALODNER-MARTIN, Cynthia R. A description of the continuum of eating disorders: Implications for intervention and research. **Journal of Counseling & Development**, v. 72, n. 4, p. 356-361, 1994.

**SETE em cada dez empresários no Brasil não querem empregar gordos**. Brasil, 28/01/2011. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2011/01/sete-em-cada-dez-empresarios-no-brasil-nao-querem-empregar-gordos.html>>, acesso em 25/01/2020.

SILÉN, Yasmina et al. Typical Versus Atypical Anorexia Nervosa Among Adolescents: Clinical Characteristics and Implications for ICD-11. **European eating disorders review**, v. 23, n. 5, p. 345-351, 2015.

SILVA, Daniela Ferreira Araújo et al. **Do outro lado do espelho: anorexia e bulimia para além da imagem - uma etnografia virtual**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Campinas, 2004.

\_\_\_\_\_. Histórias de vida e transtornos alimentares: intersecções multifacetadas. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 9, n. 106, p. 56-65, 2010.

\_\_\_\_\_. **Histórias de vida com transtornos alimentares: gêneros, corporalidade e a constituição de si**. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia Social).

SMINK, Frédérique RE; VAN HOEKEN, Daphne; HOEK, Hans W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. **Current psychiatry reports**, v. 14, n. 4, p. 406-414, 2012.

SOH, Nerissa et al. Charles Lasègue (1816–1883): beyond anorexie hystérique. **Acta Neuropsychiatrica**, v. 22, n. 6, p. 300-301, 2010.

SOUZA, Iara Maria A.; ALVES, Paulo César B.; RABELO, Míriam Cristina. **Experiência de doença e narrativa**. SciELO, 1999.

SOUZA, Ana Paula Leme de; PESSA, Rosane Pilot. Tratamento dos transtornos alimentares: fatores associados ao abandono. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 1, p. 60-67, 2016.

STICE, Eric et al. Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: a 5-year prospective study. **Journal of abnormal psychology**, v. 117, n. 4, p. 941, 2008.

STICE, Eric; MARTI, C. Nathan; DURANT, Shelley. Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. **Behaviour research and therapy**, v. 49, n. 10, p. 622-627, 2011.

STRATHERN, Marilyn. O efeito etnográfico e outros ensaios. São Paulo: Cosac Naify, 2014. 576 p.

TCHANTURIA, Kate et al. Exploring autistic traits in anorexia: a clinical study. **Molecular Autism**, v. 4, n. 1, p. 44, 2013.

THIELS, Cornelia; CURTICE, Martin JR. Forced treatment of anorexic patients: part 2. **Current opinion in psychiatry**, v. 22, n. 5, p. 497-500, 2009.

TOVAR, Virgie. **You have the right to remain fat**. Feminist Press at CUNY, 2018.

ULIAN, Mariana Dimitrov. **Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar baseada na abordagem Health at Every Size®: uma avaliação das escolhas alimentares utilizando o modelo de métodos mistos**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2018.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus; 2003.

VIGITEL, Brasil. **Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Agência Nacional de Saúde Suplementar–Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

WANN, Marilyn. **Fat! So?: Because you don't have to apologize for your size!**. Random House Digital, Inc., 1998.

WATKINS, Patti; HUGMEYER, Andrea Doyle. Teaching about eating disorders from a fat studies perspective. **Transformations: The Journal of Inclusive Scholarship and Pedagogy**, v. 23, n. 2, p. 171-182, 2013.

WEE, Christina C.; MCCARTHY, Ellen P.; DAVIS, Roger B.; PHILLIPS, Russell S. "Screening for Cervical and Breast Cancer: Is Obesity an Unrecognized Barrier to Preventive Care?" **Annals of Internal Medicine**, v. 132, no. 9, p. 697–704, 2000.

WEINBERG, Cybelle; CORDÁS, Táki Athanássios; MUNOZ, Patricia Albornoz. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina?. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 51-56, Apr. 2005.

WOLF, Naomi. **O mito da beleza**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (WHO)**. 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO\\_TRS\\_854.pdf;jsessionid=C4D90EF480A9EC86E0F57683E611589E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf;jsessionid=C4D90EF480A9EC86E0F57683E611589E?sequence=1). Acesso em 11/01/2020.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Genebra: World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Genebra: World Health Organization, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic, in Report of WHO Consultation on Obesity**. Genebra: World Health Organization, 1997.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1859-1868, 2014.

\_\_\_\_\_. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. **Psicologia em estudo**, v. 16, n. 1, p. 25-31, 2011.

\_\_\_\_\_. A fadiga e seus transtornos: condições de possibilidade, ascensão e queda da neurastenia novecentista. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 16, n. 3, p. 605-620, 2009.

## ANEXO A – ROTEIRO 1

Roteiro para entrevista com mulheres afetadas:

- Me conte um pouco sobre você? O que você faz hoje?
- Você aceitou se voluntariar pra entrevista na qual eu convoquei mulheres autodenominadas gordas. Como é sua relação com ser gorda, com essa denominação?
- Você aceitou se voluntariar pra entrevista na qual eu convoquei mulheres que sofrem ou sofreram com anorexia nervosa. Você recebeu esse diagnóstico através de um médico?
- Você tem outros diagnósticos clínicos?
- Médicos já lhe recomendaram dietas, procedimentos para emagrecer?
- Você foi perguntada sobre ter AN para algum médico? Relatou o que passava para algum médico?
- Você tem o hábito de se pesar?
- Você já recebeu algum tipo de tratamento para AN?
- Você acredita que receber um diagnóstico foi/seria importante para sua experiência?

## ANEXO B – ROTEIRO 2

Roteiro para entrevista com profissionais de saúde:

- Me fale um pouco sobre a sua formação.
- Me fale um pouco sobre as características dos pacientes com anorexia nervosa que você já atendeu. Como foi realizado o diagnóstico? [Previamente, por equipe, pelo próprio profissional...?]
- Como o peso corporal aparecia nas consultas? E a gordura corporal?
- Como o medo de engordar aparecia nas consultas?
- Qual o principal objetivo do tratamento de um paciente com AN em sua prática clínica?
- O que você considera um paciente curado de AN? Acredita que existe cura para AN?
- Você acredita que AN é um transtorno mental feminino ou predominantemente feminino?
- Você observou algum tipo de comorbidade comum nos casos em seu consultório?
- Você já atendeu pessoas gordas no seu consultório? Com quais diagnósticos? [caso tenha aparecido algum caso já na segunda pergunta, explorar isso]
- Você acredita que pessoas gordas podem ser diagnosticadas com anorexia nervosa?
- Em sua formação em transtornos alimentares, qual era a importância do IMC para os diagnósticos?
- Em sua formação em transtornos alimentares, você recebeu treinamento sobre casos atípicos de anorexia nervosa? Já viu algum?
- Em sua formação em transtornos alimentares, você recebeu treinamento sobre anorexia em pessoas gordas? Já recebeu algum caso em seu consultório?
- Se sim, que desafios um tratamento para anorexia nervosa atípica põe aos profissionais e aos pacientes?