Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Sociais
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Bianca de Vasconcellos Sophia

Quando a magreza torna-se um ideal masculino: um estudo socioantropológico sobre a anorexia e a bulimia em homens

Rio de Janeiro
2011

Bianca de Vasconcellos Sophia

Quando a magreza torna-se um ideal masculino: um estudo socioantropológico sobre a anorexia e a bulimia em homens

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profª. Dra. Maria Claudia Pereira Coelho

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/ BIBLIOTECA CCS/A

S712 Sophia, Bianca de Vasconcellos.
Quando a magreza torna-se um ideal masculino: um estudo socioantropologico sobre a anorexia e a bulimia em homens/ Bianca de Vasconcellos Sophia. – 2011.
138f.

Orientadora: Maria Cláudia Pereira Coelho
Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
Bibliografia.

1. Distúrbios alimentares - Teses. 2. Anorexia nervosa – Teses. 3. Bulimia - Teses I. Coelho, Maria Claudia Pereira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDU 616.89-008.441.42

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

_____ _____
Assinatura Data

Bianca de Vasconcellos Sophia

Quando a magreza torna-se um ideal masculino:
um estudo socioantropológico sobre a anorexia e a bulimia em homens

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 01 de setembro de 2011.

Banca Examinadora:

_____
Profa. Dra. Maria Claudia Coelho (Orientadora)
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UERJ

_____
Profa. Dra. Maria Luiza Heilborn
Instituto de Medicina Social da UERJ

_____
Profa. Dra. Rachel Aisengart Menezes
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ

Rio de Janeiro

2011

Aos entrevistados por terem coragem de expor suas experiências,
dificuldades e sofrimentos.

AGRADECIMENTOS

Ao longo do mestrado tive contato com diversas pessoas que direta ou indiretamente me influenciaram na elaboração desta dissertação. Agradeço a elas pelos conselhos, pelas conversas, pela presença e amizade nos momentos bons e ruins deste processo.

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha mãe, Denise, e à minha irmã, Paula, pela compreensão e paciência, especialmente em meio aos meus momentos de mau humor, noites mal dormidas e insistentes pedidos de silêncio.

Ao meu avô, Odilon, por valorizar o que escolhi como carreira e por me incentivar a continuar.

Ao restante da família, pelos momentos de descontração.

À Catarina, meu “anjo da guarda” e conselheira.

Aos meus “amigos dos sonhos”, pelos ensinamentos, pela paciência e tolerância com meu nervosismo.

À Andréa, Diana, Renata, Thiago e Ana Claudia, pela amizade, mesmo que a distância.

Aos amigos e colegas do Pró-Saúde (IMS/UERJ): Andréia, Jaqueline, Creso, Rebeca, Mariana, Gabriel, Lígia, Davi, Iaponira e outros.

À Maria Claudia, pelas aulas repletas de conteúdo, pela orientação e apoio.

Às professoras Maria Luiza Heilborn e Rachel Aisengart, pelas dicas de leitura e pela gentileza em participar da minha banca. Assim como a Maria Claudia, vocês influenciaram bastante no desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores, colegas de turma e aos funcionários da secretaria do PPCIS, especialmente Maria Eduarda, Daniel, Sônia e Wagner.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por possibilitar a finalização desta pesquisa.

Muito obrigada a todos.

RESUMO

SOPHIA, Bianca de Vasconcellos. **Quando a magreza torna-se um ideal masculino:** um estudo socioantropológico sobre a anorexia e a bulimia em homens. 2011. 138 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Esta dissertação pretende discutir o surgimento de casos de anorexia nervosa e bulimia nervosa em homens e sua relação com: a - as questões socioculturais ligadas ao culto à magreza e seus desdobramentos (como a noção de estilo de vida); e b - as discussões sobre masculinidades, experiências corporais e subjetivas desses sujeitos. Seu principal objetivo é compreender como estes transtornos alimentares, tidos como distúrbios de ordem psiquiátrica pela literatura biomédica, não estão restritos somente ao feminino, sugerindo também implicações ligadas ao processo de elaboração do saber médico, seus campos de pesquisa e atuação. A metodologia empregada foi a realização de entrevistas via MSN *Messenger*, com 20 homens entre 13 e 30 anos, que declaram passar ou ter passado por algum tipo de experiência envolvendo a anorexia e/ou bulimia.

Palavras-chave: Gênero. Transtornos alimentares. Antropologia da saúde.

ABSTRACT

This dissertation aims to discuss the emergence of cases of anorexia nervosa and bulimia nervosa in men and its relation to: a) socio-cultural issues related to the cult of thinness and its consequences (like the notion of lifestyle), and b) discussions about masculinity and bodily and subjective experiences of these subjects. Its main objective is to understand how anorexia and bulimia, seen as psychiatric disorders in the medical literature, are not restricted only to females, also suggesting implications related to the drafting of biomedical knowledge, their fields of research and action. The methodology employed was to conduct interviews via MSN Messenger, with 20 men between 13 and 30 years old, who claim going or have gone through some kind of experiment involving anorexia and / or bulimia.

Keywords: Gender. Eating disorders. Medical anthropological.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico para a anorexia nervosa, segundo o DSM-IV e CID-10..... 24
Tabela 2 - Critérios de diagnóstico para a bulimia nervosa, conforme o DSM-IV e CID-10..... 26
Figura 1 - Perfil da pesquisa no Orkut 81
Figura 2 - Perfil da pesquisa no MSN Messenger..... 82
Tabela 3 - Comunidades visitadas e seus respectivos participantes..... 83
Quadro 1 - Perfil dos entrevistados..... 87

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 11

1 **TRANSTORNOS ALIMENTARES: UM FENÔMENO BIOLÓGICO OU CULTURAL?** 19

1.1 **A anorexia nervosa de acordo com a biomedicina** 19

1.2 **A bulimia nervosa** 24

1.3 **Os transtornos alimentares em homens** 26

1.4 **Os transtornos alimentares nas ciências sociais** 30

2 **O CORPO: SUAS REPRESENTAÇÕES, SIMBOLISMOS E MARCAS** 35

2.1 **O social no corpo** 35

2.2 **O (auto)controle do corpo e suas manifestações na contemporaneidade** 41

3 **O CORPO GENERIFICADO: OS HOMENS EM QUESTÃO** 50

3.1 **Uma recapitulação** 50

3.2 **Os conceitos de sexo e gênero: um histórico das diferenças** 51

3.3 **Os homens como objeto de análise** 57

4 **A CONSTRUÇÃO DO DISCURSO MÉDICO E OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À DOENÇA** 65

4.1 **A relação entre o público e o privado, o social e o individual** 65

4.2 **A ascensão da medicina e a legitimação de suas práticas e discursos** 66

4.3 **As metáforas da doença, seus diferentes significados e experiências** 71

5 **METODOLOGIA** 74

5.1 **O contexto da pesquisa** 74

5.2 **Como pensar um campo antropológico *na* internet?** 76

5.3 **O desenvolvimento do campo prático, algumas questões sobre ética em pesquisa e a caracterização da população de estudo** 80

6 **OS RELATOS DOS ENTREVISTADOS SOBRE A ANOREXIA E A BULIMIA** 89

6.1 **Uma síntese** 89

6.2 **A aparência física é uma preocupação masculina?** 90

6.3 **A relação com os familiares, amigos e colegas** 98
6.4 **A participação em grupos e o contato com pessoas pró-Ana e pró-Mia** 99
6.5 **Como é visto o tratamento médico** 103
7 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 107
REFERÊNCIAS 112
ANEXO A - Declaração de aprovação do Comitê de Ética 122
ANEXO B - Informações sobre o pesquisado 123
ANEXO C - Roteiro de entrevistas 124
ANEXO D - Reportagem: Eles também têm anorexia 127
ANEXO E - Imagens do campo 130

INTRODUÇÃO

Um olhar de aparente familiaridade

De tal modo que vestir a capa de etnólogo é aprender a realizar uma dupla tarefa que pode ser grosseiramente contida nas seguintes fórmulas: (a) transformar o exótico no familiar e/ou (b) transformar o familiar em exótico. E, em ambos os casos, é necessária a presença dos dois termos (que representam dois universos de significação) e, mais basicamente, uma vivência dos dois domínios por um mesmo sujeito disposto a situá-los e apanhá-los.

Roberto Da Matta

O trecho de Roberto Da Matta (1978) que inicia esta dissertação nos remete a discussões introdutórias da Antropologia, especialmente no que diz respeito a todo o processo que envolve desde a elaboração teórica e intelectual de uma pesquisa, os aspectos de ordem prática ligados ao trabalho de campo, a apresentação e debate dos resultados no meio científico, até as questões acerca da relação entre o pesquisador e o grupo pesquisado. Estes elementos se inserem neste trabalho como uma forma de reflexão sobre a minha inserção na temática dos transtornos alimentares, no sentido de que tal assunto costuma despertar, dependendo de quem e para quem se fala, diferentes sentimentos e atitudes (curiosidade, estranhamento, repulsa, desejo, prazer, dor, agressividade, etc.).

No caso desta pesquisa, as diversas formas de lidar com esta temática me colocaram em algumas situações de “saia justa”, tanto durante o trabalho de campo como fora dele. As perguntas sobre minha experiência com estes “transtornos” ou sobre os motivos que me fizeram escolher este tema (principalmente se eu fazia parte do campo biomédico) foram recorrentes ao longo do campo. Em alguns casos, tais questionamentos foram motivo de resistência à participação na pesquisa, já que uns procuravam ajuda de profissionais de saúde ou de pessoas que compartilham esta experiência e, portanto, sabem de seus dilemas, e outros que não queriam ser censurados por suas práticas de controle de peso.

Por outro lado, o fato de ter um perfil que se enquadra popularmente no grupo

de risco para transtornos alimentares (ser jovem, mulher e magra)[3] costuma provocar muito mais reação fora do meu campo de análise[4]. Por este motivo procurei fazer esta pequena apresentação.

Ao compartilhar esta experiência tragicômica busco unir o formalismo acadêmico ao lado humano do pesquisador como uma maneira de contribuir de forma singela para outras discussões metodológicas, principalmente em casos onde são atribuídas ao pesquisador as características do grupo investigado, como se ele fosse supostamente um dos seus membros e respondesse por estes atos.

Ter um biótipo magro me fez vivenciar em pequenos gestos ou em simples comentários o outro lado da moeda em que as pessoas expressam medo, preocupação e repulsa por pensarem na possibilidade de terem contato com esta experiência. Frases como: “Ainda bem que tive um filho! [como se os homens não pudessem desenvolver este comportamento]”, “Não sei o que seria de mim se isso acontecesse com uma de minhas filhas”, “Isso é uma tentativa de suicídio”, “Isso é comportamento de gente doida”, ilustram este ponto.

É muito comum, após uma apresentação em reuniões acadêmicas, pessoas perguntarem a respeito da minha ligação com o tema, especialmente se eu tive esta experiência ou conheço alguém muito próximo com anorexia e/ou bulimia. Ao meu ver, isso seria uma tentativa de buscar compreender os fatores pudessem ter despertado meu interesse em trabalhar com os transtornos alimentares.

Outro aspecto corriqueiro é escutar alguns comentários sobre a minha forma física (“Nossa! Como você é magrinha, hein?!”; “Você deve comer como um passarinho. Precisa se alimentar mais para não parecer com estes anoréxicos!; “Você não é amiga da Ana [anorexia], é?”) ou me sentir dentro do panóptico benthamiano quando estou fazendo um lanche num *coffee break* acompanhada dos sujeitos que presenciaram minhas exposições sobre a temática em um congresso ou seminário.

---

[3] A magreza extrema, simbolicamente atrelada aos casos de anorexia e bulimia, é percebida quando uma pessoa se encontra, em termos de diagnóstico médico, numa fase avançada destes transtornos. Ou seja, quando as estratégias para o controle excessivo do peso não conseguem ser encobertas e passam a ganhar um formato corporal bastante expressivo. Muitas pessoas, que não necessariamente são consideradas magras, desenvolvem a anorexia e a bulimia. Daí a atenção biomédica ser mais voltada para o comportamento e as estratégias de emagrecimento do que pela aparência física do paciente.

[4] Como este trabalho utiliza a Internet como meio de contato com os entrevistados, os questionamentos sobre a minha aparência física não apareceram, posto que não haviam fotos que me identificassem nos perfis da pesquisa.

O elemento mais interessante e engraçado nestas situações é perceber como a minha aparência aliada ao que supostamente sou vista comendo ou não podem causar certo estranhamento e provocar curiosidade em algumas pessoas: “Como alguém que alega não ter sofrido de distúrbios alimentares ou não ter contato direto com alguma pessoa que passou ou passa por esta experiência tem interesse em estudá-los?”

Costumamos descrever todo o processo teórico e prático de nossas pesquisas de campo, mas pouco discutimos sobre nossas experiências com os nossos objetos de estudos. Realmente, muitas pesquisas são realizadas por conta de uma relação direta da biografia do pesquisador com sua temática. Outras vezes, um pesquisador não consegue localizar em sua trajetória o momento em que determinado assunto passa a ser sugestivo e interessante. Isso não significa que não haja uma relação biográfica com o assunto, mas que tal ligação se deve a uma conjunção de fatores indiretos – a exemplo do modismo, das oportunidades, do acesso a informações, do caráter inédito ou pouco trabalhado de um determinado tema.

Se pensarmos nos pressupostos que dão origem à antropologia como disciplina e no estabelecimento do trabalho de campo como seu método científico, o distanciamento cultural entre o antropólogo e o grupo pesquisado, bem como o exercício de “transformar o exótico em familiar”, não são somente um esforço dos primeiros antropólogos em desvendar os “enigmas sociais” contidos em outros “universos de significação” (DA MATTA, 1978, p. 28), mas ainda hoje continuam a ter relevância.

Boa parte dos estudos antropológicos na contemporaneidade voltam-se para nossa própria sociedade, como um modo de desvendar e objetivar suas especificidades, como um exercício de estranhamento de nossas regras sociais ou uma tentativa de descobrir o exótico reificado em nós através dos mecanismos de legitimação.

As noções que envolvem o exótico e o familiar, propostas por Da Matta, estão intimamente conectadas. Entretanto, a primeira noção faz com que o pesquisador consiga se familiarizar com uma cultura ou grupo social diferente do seu via operação intelectual ou apreensão cognitiva. Já a segunda, representa um movimento inverso que pressupõe desligamento emocional por parte do antropólogo, tendo em vista que a familiaridade não é apreendida por meio do

intelecto, mas através de um processo de socialização. Assim, o fato de se estar ou não diretamente ligado ao objeto de pesquisa determina o tipo de exercício metodológico que o pesquisador terá, bem como irá colaborar na definição, no acesso ao campo e todo tipo de informação que será coletada.

Em Gilberto Velho (1978) estas perspectivas são expressas por intermédio da complexidade da categoria “distância”. Para o autor (1978, p. 39):

> O que sempre *vemos* e *encontramos* pode ser familiar mas não é necessariamente *conhecido* e o que não *vemos* e *encontramos* pode ser exótico mas, até certo ponto, *conhecido*. No entanto, estamos sempre pressupondo familiaridades e exotismos como fontes de conhecimento ou desconhecimento, respectivamente.

Este tipo de olhar antropológico exige assim uma complexificação da noção de “familiaridade”. Ao mesmo tempo em que dispomos de mecanismos sociais que nos familiarizam com os diversos cenários e situações do nosso cotidiano, o fato de possuirmos tal capacidade não significa ter uma compreensão antropológica do ponto de vista e da visão de mundo dos diversos atores sociais que dividem com o pesquisador o mesmo tempo e espaço.

O grau de familiaridade não só costuma variar, como também pode ser um empecilho, caso não seja relativizado e objetivado. O conhecimento que o pesquisador tem sobre determinado objeto pode ser comprometido pela rotina, hábitos, estereótipos. Daí a dificuldade da análise do que é familiar em comparação ao que é exótico.

Em Clifford Geertz (1999) esta noção pode ser entendida através da distinção entre os conceitos de “experiência-próxima” e “experiência-distante”, cunhados pelo psicanalista Heinz Kohut. Os conceitos da “experiência-próxima” podem ser definidos como aquilo que o nativo ou grupo estudado vê, sente, pensa, imagina, etc.; e que seria entendido facilmente, se os outros os utilizassem da mesma maneira (GEERTZ,1999, p. 87). Por sua vez, os conceitos da “experiência-distante” são aqueles formulados pelo pesquisador, pelo analista ou pelo etnógrafo para a elaboração dos seus objetivos científicos, filosóficos ou práticos. Tais conceitos não são absolutamente opostos e podem variar em grau de proximidade. Para o autor, a diferença entre estes dois termos não é normativa, na medida em que um não é melhor do que o outro. Conforme esta perspectiva:

> Limitar-se a conceitos de experiência-próxima deixaria o etnógrafo afogado em miudezas e preso em um emaranhado vernacular. Limitar-se aos de experiência-

> distante, por outro lado, o deixaria perdido em abstrações e sufocado com jargões. A verdadeira questão – a que Malinowski levantou ao demonstrar que, no caso de "nativos", não é necessário ser um deles para conhecer um – relaciona-se com os papéis que os dois tipos de conceitos desempenham na análise antropológica. Ou, mas exatamente, como devem estes ser empregados, em cada caso, para produzir uma interpretação do *modus vivendi* de um povo que não fique limitada pelos horizontes mentais daquele povo – uma etnografia sobre bruxaria escrita por uma bruxa – nem que fique sistematicamente surda às tonalidades de sua existência – uma etnografia sobre bruxaria escrita por um geômetra (GEERTZ, 1999, p. 88).

O que estes autores buscam demonstrar é o fato de que tanto a proximidade como a distância são elementos cabíveis em uma análise antropológica, se levarmos em consideração o contexto em que são estabelecidos e a possibilidade do desenvolvimento de pontos de vista diferenciados. Este é um dos pressupostos da antropologia que se fundamenta como um campo disciplinar por meio da elaboração de mecanismos metodológicos de entendimento do outro.

Com isso, em vez de nos preocuparmos com os motivos que ocasionaram as escolhas de determinados temas, deveríamos nos ater às propostas destes trabalhos, ao modo como os assuntos são investigados, buscando compreender e relativizar os elementos expostos, assim como repensar nossas atitudes, valores e concepções de mundo. Creio que este convite seja bastante frutífero, como está sendo para mim ao tratar de uma temática que me atraiu justamente pela falta de entendimento e por conta de algumas ideias preconcebidas a respeito do tema.

Passemos para a exposição dos pontos que me motivaram a desenvolver esta dissertação.

***

O ponto de partida desta análise está atrelado a alguns questionamentos que surgiram ao longo do desenvolvimento do meu trabalho de final de curso da graduação em ciências sociais em que fiz uma investigação sobre o movimento pró-anorexia e pró-bulimia em páginas da Internet (SOPHIA, 2009). Nesta monografia, procurei discutir os aspectos socioculturais da anorexia e da bulimia, envolvendo as noções sobre alimentação, corpo, identidade, saúde e doença, através da observação dos discursos e dos recursos visuais utilizados por aqueles que

consideram estes “transtornos” como condutas relacionadas a um estilo de vida, “o estilo magro de ser”.

Dentre as noções abordadas, as questões relacionadas ao gênero, à construção do conhecimento biomédico e à experiência dos sujeitos apresentaram diversos pontos que, devido aos objetivos do estudo, não puderam ser desenvolvidos. Entre os aspectos que mais se destacaram está o motivo pelo qual os homens participam das comunidades “pró-Ana” (anorexia) e “pró-Mia” (bulimia) do *Orkut*, de *blogs* (diários virtuais) e páginas da Internet sobre o assunto, mesmo que em minoria.

Com base nestes elementos, esta dissertação tem como principal objetivo fazer uma análise socioantropológica acerca dos casos de transtornos alimentares em homens a partir de uma investigação sobre: as particularidades da experiência e dos sentidos atribuídos à anorexia e à bulimia por estes sujeitos; as práticas e técnicas de cuidado com corpo; a participação em grupos pró-anorexia e pró-bulimia; o papel dos familiares, amigos e colegas neste processo; e suas visões sobre o tratamento médico.

Tais objetivos serão examinados à luz das concepções históricas e culturais que envolvem os conceitos de masculinidade, corpo, saúde e doença com o intuito de demonstrar como estes elementos podem contribuir na formulação do conhecimento biomédico, de suas formas de lidar com o assunto e no comportamento, não só dos indivíduos com “transtornos alimentares”, mas da sociedade como um todo.

De acordo com o discurso biomédico, a anorexia e a bulimia fazem parte dos chamados transtornos alimentares, entendidos e classificados como disfunções, principalmente de ordem psiquiátrica, da imagem do corpo. Segundo esta concepção, os indivíduos passam a não reconhecer seu formato corporal, adotam práticas de restrição parcial ou total da alimentação, usam medicamentos (emagrecedores, laxantes, diuréticos, ansiolíticos) e, em algumas situações, induzem o vômito e fazem exercícios físicos vigorosos. Essas práticas na contemporaneidade seriam atribuídas por este discurso a um “medo mórbido de engordar”.

Entretanto, veremos que o conceito, o diagnóstico e as formas de entendimento a respeito destes “distúrbios” são produtos de concepções e motivações culturais distintas daquelas de outros períodos históricos, que não

necessariamente visam à obtenção de um corpo belo e perfeito como hoje. Esta ideia será abordada no capítulo 1, a partir da apresentação de alguns trabalhos sobre os transtornos alimentares nesta área com o propósito de refletir sobre as diferentes formas de observação deste fenômeno. Este capítulo irá demonstrar como uma categoria cunhada pela biomedicina possui múltiplos olhares, tanto ligados às características fisiológicas e clínicas quanto relacionadas a elementos culturais e simbólicos. Seja no universo das aspirantes a modelo e manequim (MUNSON, 1998), seja através de *sites* (páginas virtuais), *blogs* (diários virtuais) e comunidades do *Orkut* (LIRA, 2006; SOPHIA, 2009) ou por meio das representações dos profissionais de saúde (SACCOL, 2009), as questões acerca das construções sociais da doença e as concepções de corpo, identidade, gênero (feminino) e subjetividade são evidenciadas.

A análise proposta nesta dissertação também coloca em questão o corpo magro como sinônimo de beleza e de saúde em nossa sociedade. Se por um lado, tal noção caminha junto ao crescimento dos casos de obesidade e de um discurso biomédico que atribui aos obesos a denominação de “grupo de risco”. Por outro, esta temática acompanha a valorização da aparência física propagada pela sociedade através da mídia e do desenvolvimento de tecnologias em prol de um “corpo perfeito”, “belo”, "jovem” e “saudável”. Este assunto será discutido no capitulo 2, que examina as representações, as interdições, as formas de poder e de controle dadas aos corpos dos indivíduos de acordo com os valores e normas sociais.

A parte reservada a uma investigação sobre gênero (capítulo 3), demonstra como através das concepções do que é tido socialmente como “feminino” ou “masculino” são formulados os papéis sociais, as relações de poder, as hierarquias e os discursos que podem ser apropriados pelo campo científico, elaborando saberes. O capítulo 3 mostra ainda como os atributos de gênero ultrapassam a esfera das concepções essencialistas que naturalizam as diferenças entre homens e mulheres ao utilizarem explicações pautadas nas noções de “essência” e “natureza” que encobrem a existência de comportamentos plurais. Com base nestas reflexões, serão apresentados os estudos sobre masculinidades e seus debates sobre as implicações da relação entre a masculinidade hegemônica e outros tipos de masculinidade de menor prestígio social, como no caso dos homens que gostam de cuidar da aparência física e de controlar o peso corporal.

A construção do conhecimento biomédico e os significados atribuídos à doença compõem a temática do capítulo 4, que mostra o processo de legitimação e poder do discurso médico, bem como sua incorporação (por meio de estilos de vida "saudáveis", hábitos de saúde, controle de peso, etc.) e valorização na sociedade contemporânea. As experiências dos sujeitos em relação à doença, a formação de grupos de discussão e apoio a doentes e a emergência da figura do "paciente *expert*" são outros pontos explorados neste capítulo.

Já os elementos relacionados ao trabalho de campo e as reflexões sobre a realização de uma pesquisa *na* Internet serão tratados no capítulo de metodologia.

Em seguida, o capítulo de análise dos relatos dos entrevistados buscará articular os depoimentos acerca de suas experiências às questões apontadas ao longo dos capítulos teóricos. Como veremos, a análise seguirá a ordem das dimensões exploradas pelo roteiro de entrevistas semi-estruturado (Anexo C) cujas dimensões são: as percepções destes homens/rapazes sobre a aparência física e suas estratégias de cuidado com o corpo; como é descrita a presença dos familiares, amigos e conhecidos; como é a participação destes sujeitos em grupos pró-anorexia e pró-bulimia (tanto no contexto da Internet ou fora dela); e como é apresentado o processo de tratamento médico por aqueles que declaram passar ou ter passado por ele.

Por fim, a conclusão desta dissertação trará alguns apontamentos acerca da relação entre masculinidades e saúde, ou melhor, como os pressupostos culturais que orientam os comportamentos e as práticas atreladas a um modelo de masculinidade dominante podem influenciar: nos estados de saúde e doença; no modo com que tais sujeitos lidam com o tratamento médico e o adoecimento; no acesso deste grupo aos sistemas de saúde; na forma com que são recebidos nestes locais; e na maneira como são tratados nos estudos sobre o assunto.

1 TRANSTORNOS ALIMENTARES: UM FENÔMENO BIOLÓGICO OU CULTURAL?

And you're my obsession
I love you to the bones
And Ana wrecks your life
Like an Anorexia life[5]

Silverchair

Ao longo deste primeiro capítulo iremos apresentar o processo de elaboração dos conceitos e do diagnóstico da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, partindo da literatura biomédica para discutirmos o envolvimento dos aspectos sociais e culturais na constituição do olhar médico a respeito dos transtornos alimentares em homens.

Como veremos ao longo dos capítulos subsequentes, as questões discutidas nesta primeira parte são importantes no sentido de que demonstram outras visões acerca do fenômeno estudado, que não se restringem a um campo disciplinar nem podem ser observadas de forma unilateral, sem considerar as especificidades culturais (seus simbolismos, suas hierarquias, suas formas de poder, etc.) e as experiências dos sujeitos envolvidos.

1.1 A anorexia nervosa de acordo com a biomedicina

Grande parte da literatura biomédica sobre o assunto atribui a origem do termo anorexia ao grego cujo prefixo *an* significa “privação” ou “ausência de” e o sufixo *orexis* que denota apetite[6]. Existem ainda outros significados como aversão à comida, enjôo do estômago ou inapetência. As primeiras referências a este tipo de comportamento surgem com a palavra latina *fastidium* da época de Cícero (106-43 a.C.).

---

[5] “E você é minha obsessão/ Eu te amo até os ossos/ E Ana destrói sua vida/Como uma vida de Anorexia” (tradução nossa). Este trecho s refere a música composta por Daniel Johns, vocalista da banda Australiana *Silverchair*, que começou a sofrer de anorexia em 1997.

[6] Contudo, para alguns pesquisadores, esta perda de apetite não é uma expressão adequada, no sentido de que ela é produto de um processo de luta ativa contra a fome (ABUCHAIM, 1998).

Entre os séculos V e XIII, as práticas envolvendo jejuns voluntários ou inanição auto-imposta eram vistas pela literatura teológica como uma possessão demoníaca, ao mesmo tempo em que eram consideradas um milagre divino. Neste período, aparecem alguns relatos de mulheres que utilizavam o jejum e o voto de castidade para servir a Deus, na tentativa de romper com uma estrutura social que promovia o casamento arranjado e a submissão feminina – a exemplo das 260 santas e beatas da Igreja Católica que praticavam o jejum, tais como: Santa Wilgefortis (do latim *virgo fortis* ou virgem forte) ou Liberata, Santa Catarina de Siena, Beatriz de Nazaré, Santa Verônica e Clara de Assis (ABUCHAIM, 1998; MORAIS, 2001).

Este tipo de conduta foi denominado de “anorexia sagrada” por alguns estudiosos. No entanto, existem alguns debates acerca dessa concepção, posto que os relatos desta época possuem um valor questionável em relação às descrições médicas, especialmente por conta de um dos critérios de diagnóstico da “anorexia moderna”: o medo mórbido de engordar.

Com a Reforma Protestante, a inanição severa (*inedia prodigiosa*) ou perda do apetite inspirada no milagre (*anorexia mirabilis*) passou a ser condenada e perseguida pela Igreja, sendo considerada uma prática demoníaca. Tal questão possui relação com a perda de autonomia religiosa das mulheres nos tempos do estabelecimento da Inquisição (MORAIS, 2001).

Por outro lado, havia uma preocupação da Igreja em verificar se cada caso que surgia de abstinência alimentar era ou não uma fraude, uma vez que existia a suspeita de que estas jovens (“donzelas milagrosas”) buscavam notoriedade (ABUCHAIM, 1998). Algumas jovens diziam ser capazes de existir sem necessidade de alimento, causando curiosidade, estimulando peregrinações e promovendo financeiramente suas famílias, comunidades e cidades onde viviam (MORAIS, 2001, p. 21).

O primeiro relato médico sobre a anorexia nervosa foi feito por Richard Morton, em 1689, a partir da publicação de seu livro *A Treatise of Consumptions*. Apesar de ser reconhecido pelos seus comentários sobre a tuberculose, Morton descreve dois casos de pacientes que se recusavam a se alimentar, que possuíam perda severa de peso, uma preocupação excessiva com os estudos, amenorréia (interrupção do ciclo menstrual), aversão à comida, constipação intestinal, hiperatividade e ausência de patologia subjacente. Morton denominou esta condição

de “consumpção de origem nervosa” (*nervous consumptions*) ocasionada por uma “disfunção do cérebro e dos nervos”, que busca demonstrar a influência mútua entre os processos mentais e físicos destes pacientes, propondo uma causa patogênica das emoções.

Em 1764, Robert Whytt relata um quadro de “atrofia nervosa” em um menino de 14 anos que alternava seu comportamento entre uma aversão incomum à comida e estágios de compulsão alimentar.

No ano de 1859, o médico americano Chipley escreve um artigo sobre as causas e o tratamento de *sitomania* ou *sitofobia*, característicos de um comportamento de medo intenso de comer. Este médico relaciona este sintoma a problemas mentais e digestivos, e também sugere que tal quadro seria desenvolvido por moças de “boa família”, inteligentes, refinadas e ricas (MORAIS, 2001).

Ainda no século XIX (1860), Louis-Victor Marcé faz comentários a respeito da pouca quantidade de alimentos ingeridos por suas pacientes que conseguiam manter este tipo de conduta por meses ou anos. Marcé recomendava uma atitude paternalista de realimentação, defendeu a necessidade de separação entre a paciente e sua família, e apontava para a questão do período de recaídas. É nesta época que a anorexia nervosa passa a ser definida como uma entidade psiquiátrica com os estudos de Sir William Gull e Ernest-Charles Lasègue em 1873.

Lasègue denomina o quadro de “distúrbios dos órgãos digestivos”, coadjuvantes da histeria, de “anorexia histérica”. Ele delimita o perfil dessas pacientes como profundamente inseguras, que estão à procura de aprovação e cuja família pode influenciar na manutenção dos sintomas. Este psiquiatra também distinguiu três fases da anorexia: (1) iniciam-se as dificuldades digestivas, há redução da ingestão alimentar e a presença de hiperatividade; (2) existe o quadro de “perversão mental”, reforçado pela família em relação ao estado da paciente, juntamente com a preocupação da paciente com o meio que a cerca; (3) o aparecimento da caquexia, estado de depressão extrema, perda de elasticidade da pele, retração abdominal, palidez, amenorréia, constipação e astenia (fraqueza orgânica).

Por outro lado, Gull é quem apresenta o termo “anorexia nervosa” e discute a presença deste comportamento em homens, embora menos frequente. Tal médico chamou atenção para o sentimento de bem-estar de seus pacientes na perda de peso e na abundância do vigor físico (uma vontade intensa de fazerem exercícios

físicos), apesar do estado de inanição. Esta recusa alimentar é descrita por Gull como um “estado mórbido mental”.

Na última década do século XIX, os textos sobre anorexia nervosa são basicamente produzidos por especialistas franceses e, em menor escala, pelos ingleses. De acordo com Beumont (*apud* ABUCHAIM, 1998), a razão disso se deve ao fato de que os neuropsiquiatras desses países possuíam uma orientação clínica que costuma se preocupar com uma descrição mais apurada das diferentes síndromes do que com grandes formulações teóricas.

Freud, em 1895, faz uma referência a este comportamento de aversão a alimentos como uma representação simbólica dos impulsos sexuais que os conflitos emocionais transformariam em sintomas físicos. A partir daí, a anorexia passou a ser vinculada à sexualidade.

Em 1905, Freud associa a sensibilidade erógena buco-labial e os problemas de sucção como algo que ocasiona a recusa alimentar. Esta perspectiva descreve uma sexualização das funções alimentares a partir da fixação no erotismo oral (ABUCHAIM, 1998; MORAIS, 2001, p. 25).

Por volta de 1889, Jean Martin Charcot foi o primeiro a observar a noção de *idée fixe d’obésité* (idéia fixa de obesidade) como a principal motivação na anorexia nervosa. Tal concepção foi incorporada às análises de outros clínicos franceses, principalmente por conta da busca pela magreza em seus pacientes anoréxicos.

No início do século XX, Pierre Janet estabeleceu duas formas de comportamento anoréxico: a obsessiva e a histérica. A conduta obsessiva se caracterizava pela sensação de fome e de recusa alimentar ligada ao medo de engordar, crescer e se tornar adulta. Havia o sentimento de vergonha e de aversão ao corpo. Já na forma histérica, existia a perda de apetite, sensações estranhas na boca e garganta, presença de vômitos e regurgitação. O medo mórbido de engordar estava atrelado ao corpo magro, pequeno, com o objetivo de retardar o crescimento e a maturidade sexual (BRUMBERG, 1988 *apud* ABUCHAIM, 1998, p. 18).

Entre 1900 e 1940, o tratamento da anorexia estava baseado em duas vertentes bastante distintas e isoladas para pesquisa e prática: a biológica e a psicanalítica.

Sob uma perspectiva biológica, o método de Simmonds (1914) se caracteriza como uma forma de “terapia orgânica” enraizada na noção de uma suposta disfunção de órgãos e glândulas do sujeito anoréxico. Nesta época, acreditava-se

que esta síndrome estaria relacionada a uma atrofia de parte do cérebro (o lobo anterior da hipófise), o que fez com que a anorexia fosse confundida com a “doença de Simmonds” ou “hipopituitarismo” (CORDÁS; CLAUDINO, 2002; GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006). Em 1948, Sheehan e Summer comprovaram que a anorexia nervosa não estava ligada à insuficiência pituitária.

Já a posição psicológica, ressurge com as teorias psicanalíticas mencionadas anteriormente sobre o componente “oral” dessa prática e seus simbolismos, a questão da personalidade dos pacientes e seus estilos de vida associados às funções do ego e às relações interpessoais.

Durante as décadas de 1950 e 1960, a psicanálise clássica demonstrou ser ineficaz, possibilitando o aparecimento de outras abordagens que compreendiam a anorexia nervosa como um fenômeno multideterminado por fatores biopsicossociais. Esta perspectiva acompanha a transformação nos padrões de beleza feminina em uma época em que o ideal de corpo cada vez mais magro[7] transmitia uma mensagem de que a magreza seria sinônimo de poder, autonomia e sucesso. Alguns estudiosos começaram a especular que a preocupação com a magreza seria um motivo precipitante na anorexia nervosa, algo que foi apontado em alguns estudos epidemiológicos, como as publicações de A. H. Crisp e Hilde Bruch.

Por volta de 1969, começaram a surgir os critérios padronizados para o diagnóstico da anorexia, tendo em vista as necessidades clínicas e de pesquisa. A partir disso, o ato de comer foi classificado em diversas categorias nosográficas que, segundo Morais (2001, p. 31), pouco contribuem para o alívio do sofrimento que estas pessoas experimentam. Tal classificação, segundo esta perspectiva, seria incapaz de responder à complexidade do grau de sofrimento físico e psíquico experimentado pelos pacientes.

Mesmo com algumas controvérsias a respeito da forma de categorização e tratamento da anorexia devido a sua complexidade, na literatura médica sobre o assunto é unânime a citação de dois sistemas classificatórios de transtornos mentais que vigoram até hoje, o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*, IV *edition*) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição) (CLAUDINO; BORGES, 2002). De acordo como estes sistemas, a anorexia nervosa é diagnosticada a partir dos seguintes sintomas:

---

[7] Os anos de 1960 foram marcados pela revolução nos padrões de medidas no mundo da moda. Neste período, a modelo londrina Lesley Homby ou “*Twiggy*” (*twig*, “graveto em inglês) se tornou ícone de toda uma geração ao ser a primeira *top model* do mundo magérrima (SILVA, 2005).

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico para anorexia nervosa , segundo o DSM-IV e CID- 10

DSM-IV	CID-10
Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal (maior ou igual a 85% do esperado	Perda de peso e manutenção abaixo do normal (IMC maior ou igual a 17,5 kg/m²)
Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso	Perda de peso auto-induzida pela evitação de alimentos que engordam
Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso	Medo de engordar e percepção de estar muito gorda(o)
Amenorréia por 3 ciclos consecutivos na mulheres e nos homens, perda do interesse e potência sexual	Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorréia) e atraso no desenvolvimento puberal
Subtipos: 1.restritivo (dieta e exercícios apenas) 2.compulsão periódica/purgativo (presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta, exercícios)	*vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes

Fonte: CLAUDINO; BORGES. Critérios de diagnósticos para os transtornos alimentares, 2002.

1.2 **A bulimia nervosa**

A literatura biomédica antes de 1940 sugere que a bulimia é um sintoma da anorexia. Apenas recentemente este comportamento passa a ter reconhecimento e ser considerado uma síndrome associada à anorexia nervosa.

Etimologicamente, o termo bulimia que deriva do grego *bous* (boi) e *lismos* (fome), significando uma espécie de fome raivosa ou um apetite tão grande que seria possível uma pessoa comer um boi (ABUCHAIM, 1998; CORDÁS; CLAUDINO, 2002). Existem ainda outras variantes desta terminologia, como do latim *bulismus* e *bolismos* ou do francês *bolisme*, que foram empregados nas descrições clínicas na Inglaterra, França, Alemanha e Polônia.

A bulimia é tipicamente definida pela ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de comida, alternada com uma conduta direcionada a evitar o ganho de peso – a exemplo da indução de vômito, o abuso de laxantes e diuréticos ou períodos de restrição severa da alimentação -, e o medo mórbido de engordar.

Dentre estes sintomas, o vômito auto-induzido é extremamente comum (95%) nos casos de bulimia.

De acordo com Cordás e Claudino (2002), o ato de forçar o vômito é bastante antigo, sendo encontrado na história de diferentes povos da Antiguidade. No Egito, boa parcela do papiro de Éber é dedicado ao estímulo e às virtudes da indução do vômito. Heródoto descreve que os egípcios vomitavam e usavam purgativos todos os meses, durante três dias consecutivos, pautados na ideia de que “todas as doenças dos homens são oriundas da comida”. Na medicina grega, Hipócrates costumava recomendar a indução de vômitos por dois dias todos os meses para prevenir diversas doenças. Entre os romanos, havia o *vomitorium* que permitia, ao longo dos banquetes, vomitar em um lugar reservado para esta finalidade; em algumas situações era utilizada a pena de uma ave para estimular a garganta.

Na Idade Média, os purgantes e os eméticos eram bastante prescritos pelos médicos, algo que foi muito satirizado nas peças de Moliére (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Entre o final do século XIX e o início do século XX, começam a aparecer os primeiros relatos de comportamento “bulímico” como, por exemplo, o caso de uma paciente de William Gull (1874, p. 23 *apud* ABUCHAIM, 1998, p. 18) que: “Ocasionalmente, por um dia ou dois, o apetite era voraz, mas isto era raro e excepcional”.

Na década de 1940, os pacientes com bulimia nervosa recebiam o diagnóstico de “obsessão da vergonha do corpo” pelos psiquiatras, na falta de um nome mais apropriado. Neste período (1944), o caso mais conhecido foi o de Ellen West, descrito por Ludwing Binswanger, no qual as estratégias de perda de peso, os episódios de compulsão alimentar e de indução de vômito foram observados. Os quadros similares ao de West foram denominados pela literatura médica de diferentes formas: hiperorexia, disorexia, bulimarexia, síndrome do caos dietético, transtorno bulímico, bulimia, etc. (VANDEREYCKEN, 1994 *apud* ABUCHAIM, 1998, p. 19).

Até os anos de 1970, não havia um nome específico para este comportamento em relação à alimentação. Quem propõe o termo bulimia nervosa e seus critérios de diagnóstico é Gerald Russell (1979). Dentre estes critérios estão: impulso irresistível de comer excessivamente; evitação dos efeitos “de engordar” da

comida pela indução de vômito e/ou abuso de purgativos; e medo mórbido de engordar.

Apesar de algumas críticas em relação aos critérios de diagnóstico médico para bulimia, assim como na anorexia, as principais fontes classificatórias são o DSM-IV e o CID-10 em que esta suposta síndrome é descrita como:

Tabela 2 - Critérios de diagnóstico para bulimia nervosa, conforme o DSM-IV e CID- 10

DSM-IV	CID-10
Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle)	Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida.
Método compensatório para prevenção de ganho de peso; indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros	Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica; vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos)
Frequência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/semana por três meses	Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável
Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação	
Diagnóstico de anorexia nervosa ausente Subtipos: 1.purgativo – vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas 2.não-purgativo – apenas jejum e exercícios para compensar a ingestão calórica	

Fonte: CLAUDINO; BORGES. Critérios de diagnósticos para os transtornos alimentares, 2002.

1.3 Os transtornos alimentares em homens

Como citado acima, o desenvolvimento dos transtornos alimentares em homens não é um fenômeno recente. Entretanto, uma das principais diferenças em relação às mulheres consiste na assimetria do número de casos, algo que não significa a redução dos sintomas apresentados (CARLAT; CAMARGO JR.;

HERZOG, 1997; RUSSEL; KEEL, 2002; MELIN; ARAÚJO, 2002).

Segundo a literatura biomédica, o primeiro relato descrito de anorexia masculina ("*nervous consumption*") foi realizado por Richard Morton, em 1689, ao analisar um jovem de dezesseis anos.

No século XVIII, Robert Whytt (1764) publicou o caso de um menino de quatorze anos que possuía comportamento "anoréxico" e "bulímico", denominado de "atrofia nervosa". Em 1790, Robert William publicou o caso de um rapaz que morreu após jejuar por 78 dias. Outro que apresentou, em 1874, um episódio de anorexia nervosa em um paciente foi William Gull.

Até a década de 1960, os homens ficaram praticamente excluídos da literatura médica sobre transtornos alimentares. Duas das justificativas apresentadas para esta escassez de análises estão atreladas (1) aos pressupostos psicanalíticos da década de 1940 que relacionavam a anorexia ao medo de fecundação oral, e (2) à crença de que estes transtornos estariam limitados às mulheres (MELIN; ARAÚJO, 2002).

Para Andrade e Santos (2009), até a década de 1980 pensava-se que as questões ligadas à imagem corporal seriam uma preocupação exclusivamente feminina. Contudo, muitos estudos demonstram que este tipo de preocupação também afeta os homens, refletindo-se em seu comportamento alimentar, na prática de exercícios físicos e na adesão a dietas (FACCHINI, 2006 *apud* ANDRADE; SANTOS, 2009). Através desta concepção seria possível pensar o desenvolvimento dos casos de transtornos alimentares em homens na contemporaneidade.

Alguns estudos, como o de Margo (1987), estimam que a anorexia nervosa em homens, entre as décadas de 1970 e 1980, variava de 5% a 10% do número total de ocorrências registradas. Este autor se baseia em uma análise comparativa dos episódios diagnosticados em 39 moças e 13 rapazes, entre os anos de 1967 e 1983, no *Warneford Hospital* (*Oxford,* Inglaterra).

No Brasil, Cordás et al. (2010) também apontam que aproximadamente 10% dos pacientes atendidos por profissionais de saúde são homens. Para os autores, isso se deve ao fato de que os homens parecem ser menos sujeitos a procura por tratamento médico do que as mulheres.

Já Woodside et al. (2001) fazem uma comparação entre 62 homens e 212 mulheres com transtornos alimentares e 3.769 homens sem nenhum tipo de distúrbio, com o intuito de observar as diferenças e as semelhanças destes grupos.

Os resultados indicaram uma similaridade entre os episódios de anorexia e/ou bulimia de homens e mulheres, assim como a tendência dos homens com estes transtornos desenvolverem mais comorbidades psiquiátricas[8] e morbidade psicossocial[9] em relação ao outro grupo sem disfunção alimentar.

A pesquisa de Carlat, Camargo Jr. e Herzog (1997), realizada entre 1980 e 1994, descreve 135 casos de transtornos alimentares em homens em que 62 (46%) deles possuíam bulimia, 30 (22%) tinham anorexia e 43 (32%) apresentavam diagnóstico não específico. Em todos os casos há uma associação com quadros de depressão, abuso de substâncias, transtornos de personalidade e alcoolismo.

Outra questão atrelada ao discurso médico é o fato da homossexualidade e da bissexualidade masculina serem consideradas fatores de risco para o desenvolvimento destes distúrbios. De acordo com esta visão, os homossexuais masculinos estariam mais propensos, pois se preocupam mais com a aparência física do que os heterossexuais. Nesta perspectiva, isso estaria relacionado à cultura gay. Além disso, os autores chegam a propor a noção de que a estrutura cerebral de um homossexual seria similar à de uma mulher heterossexual, daí a semelhança entre eles no que diz respeito ao desenvolvimento dos transtornos alimentares.

No contexto brasileiro, a experiência de Melin e Araújo no serviço de psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro demonstra que dos 150 pacientes com anorexia, bulimia e transtornos alimentares não específicos, 13 (8,67%) eram homens. Para as autoras, a proporção de homens presente nos relatos clínicos é bastante variável, visto que os estudos utilizam diferentes critérios de avaliação que podem oscilar entre 1:6 homens/mulheres e 1:20, sendo 1:10 a relação mais citada[10].

Melin e Araújo fazem ainda uma descrição dos grupos de risco para anorexia e/ou bulimia masculina. Conforme este aspecto, alguns homens apresentam mais chances de desenvolver um transtorno alimentar devido a diversos fatores, como:

---

[8] Termo utilizado nos artigos médicos, especialmente no campo da epidemiologia, para designar a presença de doença(s), além da doença em estudo.

[9] Outra terminologia médica que representa a relação entre o número de casos de moléstias e o número de habitantes em um dado lugar e momento.

[10] De acordo com Cordás et al, a incidência média anual na população em geral de anorexia nervosa entre as mulheres é de aproximadamente 18,5 (18.500) por 100 mil casos e, entre homens, menos de 2,25 (2.250) por100 mil. Quanto à bulimia são 28,8 (28.800) em 100 mil mulheres e 0,8 (800) em 100 mil homens por ano.

idade, profissão, orientação sexual, etc.[11]

A faixa etária é apontada como algo controverso na literatura médica, na medida em que alguns pesquisadores não costumam fazer diferença de gênero e outros afirmam que os homens desenvolvem os transtornos alimentares entre 18 e 26 anos, diferentemente das mulheres que apresentam os primeiros episódios no início da adolescência.

Quanto ao campo profissional, destacam-se as atividades que estabelecem uma preocupação exagerada com o peso ou a forma corporal – a exemplo dos bailarinos, jóqueis, modelos, ginastas, nadadores, fisiculturistas, corredores, lutadores. Existe ainda a ideia de que a bulimia nervosa é mais frequente em atletas, posto que tanto necessitam desenvolver grande massa muscular como manter o peso mais baixo para apresentarem bom desempenho (MELIN; ARAÚJO 2002, p. 74).

Em relação à associação entre transtornos alimentares e orientação sexual, a homossexualidade masculina é entendida como um importante fator de risco, algo que se comporta de forma inversa em comparação com as lésbicas. Ou seja, as lésbicas não são descritas pela literatura médica como uma população de risco para os transtornos alimentares.

Segundo as autoras, 20% da população de homossexuais nos Estados Unidos sofre de algum transtorno alimentar. Além disso, estima-se que 42% dos homens bulímicos sejam homossexuais ou bissexuais. Já as estatísticas da anorexia são imprecisas, na medida em que muitos dos pacientes são considerados “assexuados”, não possuindo uma orientação sexual definida.

Sobre o quadro clínico destes casos, Melin e Araújo apresentam algumas particularidades da população masculina. Muitos estudos biomédicos defendem a noção de que os quadros clínicos de homens e mulheres são similares (WOODSIDE et al., 2001; RUSSEL; KEEL, 2002), porém o grupo em questão (a população masculina) pode apresentar os seguintes aspectos: (a) menor distorção da imagem do corpo; (b) uma preocupação maior com a forma física e a massa corporal[12]; (c)

---

[11] Com relação a cor/raça e etnia, tradicionalmente a literatura biomédica costumava classificar como grupo de risco mulheres jovens, brancas, pertencente à elite e residentes em países ricos. Porém, esta questão vem sendo contestada no próprio campo disciplinar devido ao número crescente de relatos em diversos países e em grupo de diferentes etnias (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002) – a exemplo dos casos de transtornos alimentares entre os chineses (LEE; HO; HSU, 1993 *apud* CLAUDINO; BORGES, 2002).

[12] Segundo as autoras, os pacientes bulímicos costumam expressar preocupação com a imagem corporal, porém com intuito de obter uma aparência física isenta de gordura do que serem extremamente magros

costumam fazer mais exercícios físicos; (d) usam menos laxantes e pílulas para emagrecer por conta da questão metabólica do homem, que possibilitaria facilmente a perda de peso; (e) geralmente possuem um relacionamento negativo com o pai (em oposição às mulheres) ou outros familiares; costumam ter um histórico de depressão, abuso de álcool e drogas, tentativas de suicídio, transtornos de personalidade, etc.

De acordo com estas informações, as complicações clínicas são, em alguns pontos, mais severas do que nas mulheres, visto que os homens sofrem mais rapidamente de problemas circulatórios decorrentes da desidratação, e também, podem apresentar maior perda óssea (osteopenia e até osteoporose). Há ainda a noção de que os homens com anorexia nervosa podem apresentar queda dos níveis de testosterona e redução do volume testicular, ocasionando a diminuição do desejo ou impulso sexual e seu desempenho.

Até aqui foram abordados os aspectos de um discurso biomédico a respeito dos transtornos alimentares, discurso esse que demonstra múltiplas possibilidades de análise no que diz respeito às características fisiológicas e clínicas, ao mesmo tempo em que se associam a elementos socioculturais, no plano das representações sociais e de seus simbolismos, próprios do campo das ciências humanas e sociais.

Como veremos na próxima seção, os transtornos alimentares costumam ser investigados nas ciências sociais por meio de questionamentos a respeito da própria contemporaneidade, que envolvem o culto ao corpo e à aparência física, as concepções sobre saúde e doença, as práticas identitárias, as noções de gênero, as reflexões sobre como estes elementos atuam na formulação e na reprodução de comportamentos, assim como constituem discursos e saberes.

1.4 Os transtornos alimentares nas ciências sociais

A etnografia de Munson (1998) sobre um curso de modelos e manequins em Florianópolis (SC) é um dos primeiros estudos que observa a relação entre transtornos alimentares, principalmente a anorexia nervosa, e as questões

(MELIN; ARAÚJO, 2002, p. 74). Não por acaso a presença da vontade de ganhar peso, mas isso não significa que querem ficar gordos. Ou seja, gostariam de aumentar a massa muscular com o mínimo de gordura possível em seus corpos.

socioculturais. A autora parte do pressuposto de que a cultura interfere no estado de saúde de seus membros, considerando os distúrbios alimentares como fatores culturais. Contudo, a cultura é tratada não como o único fator etiológico, mas como um mecanismo responsável no entendimento do contexto em que pessoas suscetíveis à doença estão inseridas para que se possa intervir nestes casos (MUNSON, 1998, p.7).

Para Munson (1998, p. 3), o corpo magro recebe valores positivos em uma conjuntura mais ampla que associa o magro ao belo, sendo supervalorizado no campo profissional da manequim modelo. Tal concepção demonstra como, em determinados contextos socioculturais e grupos sociais, há uma variedade de significados e representações sobre este tipo de doença, que não necessariamente estão de acordo com o discurso biomédico.

O estudo de caso de Saccol (2009) sobre a representação social da anorexia nervosa entre profissionais de saúde em Florianópolis é outro exemplo dessa diversidade de interpretações e simbolismos, no sentido de que até para os profissionais de saúde o entendimento acerca da anorexia varia conforme as especialidades médicas e os tipos de profissionais envolvidos no processo de tratamento. Segundo Saccol (2009, p. 144),

> [...] para as enfermeiras a anorexia nervosa surgiu como um distúrbio ligado à alimentação; os nutricionistas trazem a questão da relação que a pessoa tem com o alimento e o não alimentar-se associados à distorção da imagem corporal; as psicólogas procuram relacionar a subjetividade do sujeito com vários determinantes que podem propiciar um quadro de anorexia. Já os psiquiatras a percebem como uma patologia psiquiátrica relacionada a expectativas sociais.

Os trabalhos etnográficos de Lira (2006) e Sophia (2009) em *blogs* e *sites* pró-anorexia e pró-bulimia na Internet também ilustram esta argumentação ao discutirem a relação entre transtornos alimentares e estilo de vida. Estas investigações demonstram que os adeptos deste grupo interpretam a anorexia e a bulimia como um estilo de vida, estilo esse associado a uma tentativa de manter o controle incessante do corpo, da alimentação, das tentações, das dores, das sensações de fome.

Em Sophia, a anorexia e a bulimia são retratadas como símbolos de exaltação. A Ana (anorexia) e a Mia (bulimia) representam figuras animadas, exemplos de controle da gordura que têm o poder de trazer o bem-estar através de

sua amizade e/ou amargura, caso o controle do que é ingerido e a perda de peso não sejam satisfatórios.

Na discussão de Lira, a anorexia seria resultado de uma sociedade de consumo hedonista e narcísica em que o sentimento de auto-realização é obtido através do consumo, tendo o corpo como seu principal vetor. Associada a esta questão, está a noção de que a anorexia é um fenômeno essencialmente feminino, posto que "[...] flutua entre elementos da experiência feminina, que aliada aos marcadores subjacentes de classe social e faixa etária, expressa as contraditórias regras e valores que regem a construção da feminilidade contemporânea" (LIRA, 2006, p. 103).

Todavia, como discutiremos ao longo desta dissertação, esta atribuição ao feminino pode ser relativizada se observarmos os casos de distúrbios alimentares em homens. Ou seja, se atentarmos para o modo com que o gênero masculino se faz presente no discurso biomédico. Isso nos mostra que, assim como as questões estéticas e as concepções de saúde e de doenças estão ligadas a contextos específicos, o saber da biomedicina também se constitui e é orientado por concepções históricas e socioculturais.

Outro aspecto a ser descrito é a questão da gordura corporal como algo que precisa ser abolido. Tal noção se aproxima dos trabalhos acerca da obesidade, tendo em vista a introjeção da própria representação cultural da gordura, bem como o medo que os sujeitos obesos têm de estar nesta condição.

Em sua investigação sobre a representação da categoria "gorda" entre freqüentadoras do grupo Vigilantes do Peso, Melo (2004, p. 46) demonstra como os valores lipofóbicos (de horror à gordura) "[...] revelam um 'peso social' considerável para os indivíduos que se identificam como excluídos dos padrões considerados esteticamente adequados e 'visualmente' saudáveis". Para a autora, existe uma variedade de interpretações acerca do que é considerada uma pessoa "gorda" ou "obesa", visto que estas duas categorias se diferem pelo fato da obesidade ser considerada uma doença.

Com o propósito de ilustrar esta questão, Melo discorre a respeito das ameaças que um indivíduo em processo de emagrecimento pode ter por conta dessa classificação. Geralmente, o que estes sujeitos esperam é mudar positivamente de "*status*", isto é, emagrecer. Entretanto, "[...] têm-se o risco de possuir a designação de obeso(a), o que além de significar feiúra, descontrole,

fraqueza, representa também doença" (MELO, 2004 p. 47). A obesidade, segundo esta perspectiva, seria uma patologia em que o indivíduo é responsabilizado pela sua condição.

Outro estudo que desenvolve esta questão é o de Sudo (2004), sobre a representação do gordo nas revistas *Veja* e *Isto é*, no qual busca refletir sobre como a biomedicina e a ciência legitimam a escolha de um tipo de corpo "ideal", declarando um cerco à gordura através da formulação de estratégias de "luta" contra este "mal". Conforme esta ideia:

> A ciência se afirma enquanto um produto da veracidade e, assim, a produção de sentido acerca da saúde em nossa cultura está ancorada nas concepções médico-científicas. No ocidente, dizer algo em nome da ciência equaciona a dizer o verdadeiro, o que tem crédito. Neste processo de ordenação do mundo os meios de comunicação de massa desempenham papel central, onde os últimos conhecimentos médicos e descobertas científicas são apresentados, sempre em caráter de informação. Os argumentos explicitados têm a palavra da autoridade científica, a divulgação científica estabelece e divulga verdades, principalmente em se tratando da saúde (SUDO, 2004, p. 50).

Conforme esta concepção, a ciência contribui na construção de um determinado olhar sobre o corpo ao relacionar estética à saúde, à doença, à limpeza, à higiene. Desta maneira, o corpo ideal seria compreendido por meio de um discurso sobre a saúde que será apropriado e divulgado pela mídia por um viés das necessidades, dos desejos, dos hábitos de consumo, etc.

Com base nas proposições supracitadas, podemos observar que existem diferentes maneiras de abordar a temática proposta por esta dissertação. Porém, mesmo com a diversidade de trabalhos a respeito das questões que envolvam a relação entre magreza e gordura, ainda são escassos os estudos que abordam propriamente os transtornos alimentares nas ciências sociais, ou melhor, que dialogam especificamente com outros campos disciplinares que estão diretamente atrelados a esta temática.

O contato com outras formas de entendimento acerca deste fenômeno tanto permite repensar os próprios limites das análises realizadas como também aponta outros caminhos ou possibilidades de entendimento. Não por acaso esta investigação sugere o aprofundamento do debate sobre os casos de anorexia e bulimia masculina com o intuito de compreender os mecanismos que atuam em outras visões de mundo diferentes da dominante e analisar suas especificidades, a exemplo do forte apelo ao feminino e a relação entre doença e estilo de vida.

No próximo capítulo serão apresentadas reflexões acerca do corpo como um espaço onde se manifestam os aspectos ligados ao tema em questão. Pautado nesta correlação, o corpo será tratado como algo que não se restringe à esfera biológica, sendo um elemento moldável que tem a capacidade de se transformar e se adaptar ao incessante processo de socialização dos sujeitos.

2 O CORPO: SUAS REPRESENTAÇÕES, SIMBOLISMOS E MARCAS

Nada é orgânico, é tudo
programado
E eu achando que tinha me libertado [...].

Pitty

2.1 O social no corpo

Este capítulo examina a forma com que alguns autores concebem a relação entre corpo, cultura e sociedade. Tal proposta demonstra a complexidade das concepções atribuídas ao corpo, na medida em que perpassam, mas não excluem, as explicações sobre sua estrutura orgânica/biológica/natural, comumente defendidas pelo senso comum e outras disciplinas, como as ciências biológicas. O corpo será visto como algo gerado pelo social e atrelado tanto à esfera subjetiva como aos aspectos simbólicos, hierárquicos, de manifestações de poder, de estabelecimento de modelos de aparência física, de saúde e doença, etc.

A análise sobre os simbolismos associados ao corpo torna-se importante para a discussão acerca dos transtornos alimentares em homens, no sentido de que nesse local são manifestadas as espectativas da sociedade quanto às diferenças de gênero; às noções sobre corpo “saudável”, “boa forma” e “bem estar”; o conhecimento biomédico; à estigmatização de um corpo não enquadrado nos padrões sociais; e às práticas de controle do peso relacionadas à anorexia e à bulimia.

O ponto de partida desta reflexão são os escritos de Marcel Mauss que demonstram como este complexo orgânico é apropriado, transformado e utilizado pelo meio social. Em seu famoso ensaio sobre a “Noção de técnica corporal”, Mauss busca compreender “[...] as maneiras como os homens, sociedade por sociedade e de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos” (1974, p. 211). De acordo com esta perspectiva, cada sociedade possui hábitos peculiares que são incorporados ao comportamento e ao gesticular de seus componentes não apenas

pela imitação, mas através das educações, das conveniências, das modas, dos prestígios, etc. Neste último caso, o prestígio é descrito como aquele ato que

> [...] impõe-se de fora, do alto, ainda que seja um ato exclusivamente biológico e concernente ao corpo. O indivíduo toma emprestado a série de movimentos de que ele se compõe do ato executado à sua frente ou com ele pelos outros" (MAUSS, 1974, p. 214).

Este ato torna-se ordenado, autorizado e aprovado pelos sujeitos que o imitam. É através dele que se encontra todo elemento social.

Mauss defende a ideia de que o homem deve ser visto como um "ser total", uma vez que ele e seus atos são produzidos a partir da relação constante entre o biológico, o psicológico e o sociológico. Entretanto, o autor aponta que na arte da utilização dos corpos os aspectos que envolvem os processos educativos são dominantes. Daí a atribuição de que talvez não haja uma forma "natural" de movimentação do corpo em um adulto.

As técnicas corporais são atos tradicionais eficazes, transmitidos e elaborados pela e para a autoridade social. Com base nesta afirmação, o autor define o corpo como o primeiro, o mais natural objeto e meio técnico do homem, que irá se adaptar a um fim físico/mecânico/químico previamente montado através de atos não estabelecidos por um indivíduo isolado, mas por meio de formas educativas orientadas conforme o lugar ocupado por cada indivíduo na sociedade. Além disso, o autor indica a existência de uma variação dos processos de educação e de adaptação do corpo, visto que isso dependerá de diferentes fatores que atuam como marcadores de diferenças sociais e individuais (de idade, de sexo, dos aspectos biográficos).

Na esfera subjetiva, as questões apresentadas por Mauss (1980) dão suporte ao entendimento acerca da dinâmica da expressão dos sentimentos que também não se restringe a fenômenos psicológicos ou fisiológicos. Tal dinâmica é marcadamente repleta de significados sociais. Por isso, a sua não-espontaneidade e o caráter obrigatório, mas que não exclui a sinceridade do indivíduo em manifestar determinado sentimento – a exemplo do luto. Espera-se assim, que todos sejam capazes de demonstrar tanto para o coletivo como individualmente uma linguagem característica da sua sociedade ou grupo social e que ela esteja de acordo com o contexto em que determinado sentimento necessita ser expresso.

Outro que aborda as representações estabelecidas pela cultura em relação ao corpo é Robert Hertz (1980) em seu ensaio sobre a distinção simbólica entre a mão direita e a mão esquerda. Este texto parte do pressuposto de que a polaridade religiosa contribui para o desenvolvimento das distinções sociais, assim como para as concepções referentes à assimetria orgânica. Hertz analisa como no pensamento primitivo a dualidade - em especial, o sagrado e o profano - varia de acordo com a avaliação e classificação que os homens fazem de si e do mundo os cerca.

Ao falar de assimetria orgânica, o autor critica as explicações que costumam atribuir uma causa exclusivamente fisiológica à diferenciação entre os membros. No entanto, isso não significa a negação da existência de um fator físico. Tais influências estão de acordo com um ideal expresso pela sociedade que impõe sanções a partes específicas do corpo humano. Isso demonstra como a noção de assimetria orgânica não consegue dar conta desse ideal ou da razão pela qual existe esta diferença.

Os elementos apresentados por Hertz nos fornecem ferramentas para a compreensão da oposição entre direita e esquerda, e ainda, para o entendimento da noção de “categoria”, tendo em vista que são elementos que transcendem os indivíduos por serem produzidos e modificados pela coletividade e, portanto, aparecem como fatos naturais. As categorias são pensadas de acordo com a polaridade e o grau de proximidade que as coisas e os seres têm em relação a estes pólos.

Os aspectos simbólicos, classificatórios e de interdição que se refletem no corpo também são tratados pela antropóloga Mary Douglas (1976) em Pureza e Perigo. Neste livro, o corpo humano é descrito como matéria de simbolismo, uma estrutura complexa em que as funções e as relações entre as suas diferentes partes servem de símbolos a outras estruturas complexas. Ou seja, ele é uma representação da sociedade, já que reproduz os perigos e poderes associados a determinada estrutura social. Todas as experiências que os homens têm de estruturas, fronteiras ou margens advêm dos símbolos coletivos.

Tal concepção demonstra como os comportamentos, ideias, ações, categorias, hierarquias e instituições são ordenados e denominados como puros, impuros ou perigosos, de maneira que não exista desestabilização social. Estes pólos atuam como fatores de estabilidade e de organização, tendo em vista que a sociedade se mantém graças aos que a ameaçam, assim como tais elementos

possibilitam o estabelecimento de códigos morais para a sanção destes comportamentos.

Para Douglas, a impureza não é um fenômeno isolado ou único. Ela advém de uma classificação e de uma organização da matéria, visto que a ordenação pressupõe um distanciamento dos aspectos tidos como não apropriados. A impureza é uma noção relativa. O ato impuro coloca em xeque qualquer ideia e objeto que cause ambiguidade em nossas classificações. Por isso, a ordem é descrita como sinônimo de restrição e a desordem é vista como símbolo de perigo e poder, mas que ao mesmo tempo impulsiona um movimento criativo. Esta questão representa uma tentativa de interligar as formas e as funções das coisas, os sentimentos, as concepções, as ações, com intuito de unificar estas experiências, visto que as questões relacionadas ao sexo, às necessidades fisiológicas, às impressões de objetos, às sensações ou às emoções, às diferenciações entre sagrado ou profano, são elementos tidos como instáveis que precisam ser orientados pelo social.

Outra posição teórica a respeito da influência do social na formação do corpo é a de Norbert Elias (1991) ao relacionar os conceitos de individualidade e de função psíquica. Segundo esta concepção, o indivíduo estaria imerso em uma teia de relações que se constituem através da interação com os outros, ao mesmo tempo em que este tipo de interação é responsável pela sua formação. Neste sentido, o individuo só poderia ser compreendido por meio de uma rede de funções, presentes em uma estrutura social específica (algo que pode ser estendido para o campo dos comportamentos e das práticas corporais). Para Elias (1991, p. 27):

> Ao nascer, cada indivíduo pode ser muito diferente, conforme sua constituição natural. Mas é apenas na sociedade que a criança pequena, com suas funções mentais maleáveis e relativamente indiferenciadas, se transforma num ser mais complexo. Somente na relação com os outros seres humanos é que a criatura impulsiva e desamparada que vem ao mundo se transforma na pessoa psicologicamente desenvolvida que tem o caráter de um indivíduo e merece o nome de ser humano adulto. Isolada dessas relações, ela evolui, na melhor das hipóteses, para a condição de um animal humano e semi-selvagem. Pode crescer fisicamente, mas, em sua composição psicológica, permanece semelhante a uma criança pequena. Somente ao crescer num grupo é que o pequeno ser humano aprende a fala articulada. Somente na companhia de pessoas mais velhas é que, pouco a pouco, desenvolve um tipo específico de sagacidade e controle dos instintos. É a língua que aprende, o padrão de controle instintivo e a composição adulta que nele se desenvolve, tudo isso depende da estrutura do grupo em que ele cresce e, por fim, de sua posição nesse grupo e do processo formador que ela acarreta.

O autor demonstra como as técnicas de cuidado com o corpo, as formas de se sentar à mesa, o domínio dos modos são produzidos gradativamente pela

civilização à medida que as normas sociais são compreendidas e internalizadas pelos sujeitos. Um exemplo disso está presente nos sentimentos de desconforto, de vergonha, de medo de infringir as normas. Isso evidencia o caráter relacional do indivíduo com a sociedade por mostrar que até os sentimentos tidos como elementos de ordem individual são produzidos e só fazem sentido através da interação com outros. Deste modo, estes sentimentos devem ser observados como sinônimos de reação à infração de uma norma e/ou à censura ocasionada por um suposto olhar do outro sobre determinado comportamento.

Este processo civilizador é visto como uma passagem (mudança na configuração das redes) do "*habitus*" guerreiro de explosões das pulsões afetivas para o "*habitus*" cortesão de valores individualizados, contidos, "civilizados" que começam a vigorar de cima para baixo na estrutura social como um fator de distinção de classe e prestígio.

Os conceitos de *habitus* e campo de Pierre Bourdieu (2000) também são elementos importantes no entendimento do fenômeno abordado. Mesmo se diferenciando teoricamente dos autores citados acima, as terminologias trabalhadas por Bourdieu ratificam o que foi descrito até agora, ao mesmo tempo em que indicam a questão da dinâmica das relações de dominação e a busca por capital social.

O *habitus* é entendido como uma espécie de matriz geradora de comportamentos, visões de mundo e de formas de classificação da realidade que são incorporadas e desenvolvidas pelos indivíduos por meio de práticas ou de posturas corporais. Tal noção seria um elemento estrutural e estruturante de uma sociedade, algo que a movimenta. O *habitus* faz a mediação entre o indivíduo e a sociedade, visto que representa as normas sociais internalizadas neste indivíduo, assim como sua agência.

Para o autor, o *habitus* é um conhecimento adquirido, um haver, um capital, algo que indica a disposição incorporada, quase postural (BOURDIEU, 2000, p. 61). Dentro desta perspectiva, a história de um indivíduo estaria atrelada ao *habitus* de seu grupo ou de sua classe, seu estilo pessoal apareceria como desvio codificado em relação ao estilo de vida de uma época, uma classe ou um grupo social.

Já o campo é visto como um espaço onde são travadas as interações entre os indivíduos, grupos e estruturas sociais, de maneira dinâmica e obedecendo a leis próprias. O campo é um "[...] espaço social de relações objetivadas" (BOURDIEU,

2000, p. 64). Nele existem disputas por uma espécie específica de capital simbólico e de poder. A estrutura do campo é apreendida tomando-se como referência dois pólos opostos: o dos dominantes e o dos dominados, em que os primeiros possuem um máximo de capital social e os outros se caracterizam pela ausência ou pela raridade do capital social específico que determina o espaço em questão. Não por acaso Bourdieu cita alguns campos, como a ciência e a arte[13], para exemplificar como tal ideia demonstra a constituição de hierarquias, de uma "[...] necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram" (BOURDIEU, 2000, p. 69).

Bourdieu utiliza este dois conceitos como uma forma de apresentar os mecanismos de interação (o *modus operandi*) e de orientação dos indivíduos, bem como as diversas esferas da sociedade. Tanto o *habitus* como o campo seriam produzidos e configurados socialmente a partir das ações individuais que reproduzem e constituem as regras, as relações de poder e os simbolismos presentes em um dado campo e na própria sociedade.

Neste sentido, os conceitos de *habitus* e de campo nos fornecem subsídios teóricos para examinarmos as estruturas de nossa sociedade, do mesmo modo que nos possibilitam, através das noções de dominação e capital social, entender como operam todos os campos da vida social que, longe de se preocuparem com a resolução dos problemas sociais, procuram apenas o desenvolvimento, o fortalecimento e o poder de seu grupo ou classe[14].

Como podemos perceber através da exposição das diversas, mas complementares concepções clássicas de Mauss, Hertz, Douglas, Elias e Bourdieu, o corpo humano seria assim uma estrutura biológica que adquire formas, significados, categorias, interdições, ações, condutas orientadas por um viés sociocultural específico. Estes autores destacam como o indivíduo não pode ser concebido de forma isolada no mundo. É no processo interminável de formação e de contato social que ele adquire elementos e ferramentas que só fazem sentido dentro dessa lógica.

Com base nestas concepções, é possível ampliar as noções sobre o tema deste capítulo, na intenção de que tal conteúdo possa dar conta do entendimento

---

[13] O campo da ciência se evidencia, segundo Bourdieu, pelo embate em torno da autoridade científica. Já a arte, pela concorrência em torno da questão da legitimidade dos produtos artísticos.

[14] Esta perspectiva será detalhada no capítulo sobre a medicalização do corpo.

acerca de como a cultura pode influenciar positiva ou negativamente os grupos sociais, o corpo e suas práticas, sensações, sentimentos, estados mentais. Antes de avançarmos, cabe apresentarmos outras concepções relacionadas ao corpo, como as questões que envolvem, ainda mais, a história, o poder, o controle dos corpos, os aspectos relacionados à saúde e à beleza na contemporaneidade.

2.2 O (auto)controle do corpo e suas manifestações na contemporaneidade

Um dos principais autores que fornece elementos fundamentais à ideia sugerida nesta seção é Michel Foucault. Suas análises estão direcionadas para uma busca de estruturação genealógica do poder que se instaura nos mínimos detalhes da vida social. O corpo é pensado aqui como um elemento orgânico treinado para viver em sociedade, algo que de certo modo se interliga ao que está sendo discutido neste capítulo, mas que aponta a possibilidade de pensarmos a constituição dos saberes sobre ele.

Em Vigiar e Punir, Foucault (2004) parte do pressuposto de que o corpo seria objeto e alvo do poder, no sentido de que este poder tem como uma das formas de manifestação e identificação a “docilidade” dos corpos. Esta docilidade é entendida através das concepções de manipulação, de modelagem, de treinamento, de obediência, de habilidade, de resposta aos estímulos que se multiplicam e, ao mesmo tempo, são incorporados na formação dos corpos. Isto, de acordo com o autor, remete ao termo “homem-máquina” de La Mettrie, no qual existe uma “[...] redução materialista da alma e uma teoria geral do adestramento” (FOUCAULT, 2004, p. 118). Tal teoria é explicada via “docilidade” em que o corpo tanto pode ser analisável como manipulável, submetido, transformado ou aperfeiçoado.

A partir dos séculos XVII e XVIII o corpo passa a ser pensado como algo mecânico em que são demandadas técnicas de controle e de disciplinamento com intuito de se estabelecer formas gerais de dominação, intimamente ligadas a uma “arte do corpo humano” cujo objetivo está na administração, no cálculo e na manipulação dos gestos e comportamentos. Para o autor:

> O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia do poder”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que se operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. [...] Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeito estrita (FOUCAULT, 2004, p.119).

Esta “anatomia política” citada por Foucault é produto de diversos processos (em sua maioria, mínimos) que se diferenciam por meio dos campos em que são aplicados, a exemplo dos colégios, do espaço hospitalar, da organização militar, da indústria. Entretanto, tal questão está presente na forma com que as “técnicas essenciais” dessas instituições são utilizadas e difundidas.

A questão do detalhe emerge como um elemento religioso e moral. Conteúdo que mais tarde será laicizado e incorporado a uma racionalidade técnica e econômica cujos fins estão relacionados a um enfoque político e a uma estrutura minuciosa de controle e utilização dos homens. Por sua vez, os mecanismos disciplinares se exprimem, primeiramente, através da distribuição dos indivíduos no espaço como um local heterogêneo, de certa forma, nivelado, funcional, diferenciador e suscetível à vigilância.

Tais elementos não são apenas parte integrante do poder, mas ainda constituem um processo de saber com a finalidade de ordenar e dominar. Outra característica disciplinar está no controle da atividade exercida pelos indivíduos, como a medição do tempo, a exatidão, a regularidade, a simetria, a correlação dos movimentos gestuais, a articulação do corpo com o objeto. Isso é fruto de uma “economia positiva” do tempo, na medida em que se propõe utilizá-lo da melhor forma possível, intensificando suas atividades. Assim, o “corpo mecânico” irá ser substituído pelo “corpo natural”, submetido a operações específicas que encontram no controle disciplinar a possibilidade, via “treinamento útil”, de realização das exigências orgânicas.

O tempo passa a ser uma das ferramentas do poder, onde os procedimentos disciplinares estão de acordo com a idéia de progresso evolutivo em que o tempo social passa a ser serial, orientado, cumulativo e individual. A disciplina passa a se impor a uma prática pedagógica, na tentativa de formar e qualificar os indivíduos. Os mecanismos disciplinares buscam fazer do corpo um aparelho eficiente.

Neste sistema, os indivíduos estão sujeitos a sanções normalizadoras que permitem qualificar, classificar e punir. Isto estabelece uma visibilidade através da qual estes indivíduos são diferenciados e sancionados. Não por acaso o autor descreve o Panóptico de Bentham, como um dispositivo de vigilância cuja arquitetura possibilita completa visualização do espaço e dos indivíduos, sem deixar claro se há ou não alguém observando. É um mecanismo visível e inverificável, na medida em que o sujeito não sabe se está sendo vigiado, mas reconhece que tem grande possibilidade de se estar. O Panóptico funcionaria como uma espécie de laboratório do poder, atuando no desenvolvimento do saber que descobre e conhece todas as superfícies onde este mecanismo se exerce.

Outro autor que faz uma releitura dos conceitos foucaultianos é Francisco Ortega (2003; 2008), que busca refletir sobre os fenômenos atrelados ao corpo e os mecanismos de poder na contemporaneidade. Este autor (2003) parte da noção de que os fatores biológico e médico comandam os discursos, os comportamentos, as subjetividades, o cuidado de si e a mentalidade dos indivíduos no mundo contemporâneo. Tais indivíduos passam a procurar técnicas ascéticas na tentativa de se adequarem a este sistema ao construir e demonstrar externamente sua identidade e sua subjetividade. Daí a ideia de que estar fora dos padrões almejados pela sociedade significa ser estigmatizado e marginalizado por ela.

Ao falar sobre como as modernas práticas ascéticas se diferenciam das práticas da Antiguidade, o autor afirma que estas se devem ao fato de que as modernas práticas de bioascese se caracterizam pela sujeição e disciplinamento do indivíduo em contraste com a concepção clássica cujo objetivo seria a transcendência do corpo e o bem comum. Esta concepção está fundamentada na noção de que na contemporaneidade existem diversos procedimentos de cuidados com o corpo, questões médicas, higiênicas e estéticas que atuam na formação de identidades somáticas, ou seja, de bioidentidades que se manifestam a partir da exteriorização do íntimo, do interno que atua na construção e na descrição de si.

De acordo com Ortega, a anorexia nervosa seria um dos exemplos de bioascetismo na sociedade contemporânea, visto que relaciona a dietética, a moral e o ascetismo ao tabu em torno do açúcar, da gordura e das taxas de colesterol. Tal exemplo pode ainda estar associado à biopolítica, pois visa implantar identidades através da disciplina e do autocontrole, além de atuar na construção de subjetividades.

A noção de ascetismo apresentada pelo autor consiste em um processo de subjetivação associado à construção de uma “nova” subjetividade que transita entre uma subjetividade ignorada e uma subjetividade cobiçada. Este processo pode ser atingido mediante as práticas ascéticas, visto que o asceta recusa uma identidade em prol de outra a ser alcançada que será considerada sua “verdadeira” identidade, objetivo pelo qual direciona todo seu trabalho ascético para construí-la.

No entanto, a “forma de subjetividade almejada varia segundo a contextualização histórica das práticas ascéticas, podendo encontrar as mesmas práticas vinculadas a diferentes fins, diferentes processos de subjetivação” (ORTEGA, 2003, p. 63). Assim, as práticas de bioascese representam, em sua maioria, uma vontade de uniformidade, de adequação às normas e valores sociais.

O bioascetismo está associado à biossociabilidade, posto que a biossociabilidade fornece novos critérios de reconhecimento e de mérito, novos valores e regras de ocupação de tempo, novos tipos de sujeitos pautados no desempenho físico. Isto ocasiona um direcionamento das atividades individuais para a obtenção da melhor forma física, da jovialidade e da longevidade. Segundo esta perspectiva:

> Na biossociabilidade todo um vocabulário médico-fisicalista baseado em constantes biológicas, taxas de colesterol, tono muscular, desempenho físico, capacidade aeróbica populariza-se e adquire uma conotação ‘quase moral’, fornecendo os critérios de avaliação individual. Ao mesmo tempo todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais são resignificadas como práticas de saúde. O que alguns autores denominam de *healthism* ou *santé-isation*, e que pode ser traduzido como ideologia ou a moralidade da saúde, exprime essa tendência. *Healthism* é a ideologia, a forma que a medicalização adquire na biossociabilidade (ORTEGA, 2003, p. 63-64).

As práticas bioascéticas reproduzem subjetivamente as regras da biossociabilidade pelas quais atuam na formação de um sujeito que se autocontrola, se autovigia e se autogoverna, transformando-se em um autoperito. Este ato de periciar a si e ao próprio corpo, conforme Ortega, é a fonte básica da identidade do sujeito.

Outro aspecto a ser considerado é a compreensão do *self* e do corpo como elementos de reflexividade, ou seja, algo que irá dar margem a uma espécie de taxação contínua de informação e de peritagem de nós mesmos. Com isso, o indivíduo acaba sendo responsável pelas suas escolhas comportamentais e estilos de vida na intenção de obter uma saúde perfeita e um corpo ideal, desviando-se dos riscos.

Tal comportamento ao mesmo tempo em que contempla a saúde e o corpo perfeito, estigmatiza a doença, a deficiência, aspectos tidos como fruto de um fracasso pessoal, diretamente relacionado a um modelo biomédico dominante que estabelece critérios de agrupamento (biossocial e biomédico), substituindo os padrões tradicionais de diferenciação (raça, classe, religião, orientação política). A partir daí, há um estímulo à formação de bioidentidades sociais geradas a partir da compensação de uma determinada deficiência do sujeito. Esta deficiência está longe de ser concebida como uma doença a ser tratada, já que ela representa *déficits* a serem reparados socialmente pelos indivíduos.

Em relação à questão da externalização da subjetividade, para o autor, a contemporaneidade estabelece uma obsessão com o domínio do corpo, de seus formatos e performances. O corpo passa a representar o lugar da moral e da identidade, assim como através das práticas bioascéticas ele se funde à mente produzindo identidades somáticas. Estas identidades irão substituir dicotomias como corpo e alma, mente e cérebro, interioridade e exterioridade, fazendo com que a subjetividade e a interioridade do sujeito sejam deslocadas para o corpo. Neste processo, o indivíduo se vê "obrigado" a se conformar com a norma na tentativa de se esconder e de escapar da tirania da aparência, uma vez que "ser igual a todo mundo" representa uma alternativa de proteção contra a estigmatização social.

As modificações corporais (*body modification*s), para Francisco Ortega (2008), se inserem neste contexto ao ocuparem um lugar especial e *sui generis* nas tentativas de personalização do corpo (por conta da impressão de marcas corporais) e na constituição de bioidentidades. Fato que segue um modelo identitário e apolítico das biossociabilidades e da ideologia da *fitness*, ao mesmo tempo em que busca fugir da cultura da aparência e recuperar uma dimensão do vivido corporal (ORTEGA, 2008, p. 57).

As *body modifications* representam um conjunto de práticas como: tatuagem, *piercing*, *branding*, *cuting*, implantes subcutâneos etc. E ainda, assumem diversos formatos, a exemplo do *bodybuilding*, do *fitness* e do *wellness*, da anorexia e do jejum, do uso de próteses internas e externas, da nanotecnologia, etc.

Segundo Ortega, existem diferentes abordagens das práticas de modificações corporais dentre as quais iremos destacar a mais representativa na literatura sobre o assunto, a que considera que as modificações corporais advêm de uma ordem

patológica, um problema mental, um comportamento desviante que necessita ser medicalizado. Para esta vertente:

> As modificações corporais são identificadas como formas de auto-mutilação, não apenas porque o corpo é apresentado como imperfeito, disfuncional, ou doente, mas porque este corpo é expressão de um *self* imperfeito, que sofre e está fora de controle, precisando de tratamento. A conseqüência fundamental desse processo de patologização é negar a capacidade de agência dos atores envolvidos nas práticas e desacreditar os motivos assumidos, reduzindo-os a comportamentos aditivos ou compulsivos (ORTEGA, 2008, p.59).

Este discurso é constantemente apropriado pela mídia e pela biomedicina provocando um sentimento de horror, repugnância e medo, uma moral que atribui a estas práticas um caráter inumano. Algo que não consegue dar conta das questões que a biossociabilidade levanta sobre a perda de valores e significados coletivos que transporta para o corpo dos indivíduos um sentimento de insegurança em que tal corpo é tido como um “universo em miniatura”. Daí o destaque da aparência física na contemporaneidade.

Richard Miskolci (2006) também faz uma releitura de alguns elementos descritos por Foucault ao analisar a questão da tentativa dos indivíduos em se adequarem aos padrões identitários socialmente impostos. Estes modelos geram diversas formas de controle corporal, atuando no disciplinamento e na normalização dos mesmos. Tais formas advêm de um processo contínuo que produz conseqüências subjetivas, pois, de acordo com o autor, a subjetividade está diretamente ligada à materialidade do corpo. Por isso, seu posicionamento em favor de uma história que cria corpos e identidades sociais, atuando na produção de subjetividades.

Miskolci utiliza a expressão “corpos elétricos”, remetendo-se a um poema de Walt Whitman, cujo significado está ligado à liberdade dos corpos das pessoas. A partir disso, ele tenta contrastá-la com as técnicas de disciplina corporal e com a incessante busca dos sujeitos por uma identidade ideal.

Segundo esta visão, muito próxima à de Ortega, não há como separar as noções de corpo e de identidade, no sentido de que o corpo é o principal instrumento de atuação de modelos de identidade e de imposições sociais propagados pela mídia. Miskolci aponta para um dos grandes problemas dos indivíduos na contemporaneidade: a dificuldade em atingir o padrão identitário que demanda alta disposição físico-corporal e tempo. Isto suscita práticas ascéticas de

culto ao corpo, além do individualismo que transfere a cada pessoa a responsabilidade pela sua condição física e pela sua disciplina. Este caráter disciplinador não só leva à padronização dos corpos como também ao controle das subjetividades, sendo o padrão de identidade sustentado pelo controle e pela disciplina. De acordo com esta concepção,

> [...] quem não tem um corpo bronzeado, malhado, 'sarado', lipoaspirado e siliconado é visto como alguém que fracassou e isso explica o aumento nos casos de anorexia, bulimia, distimias e depressões. Um corpo inadequado não apenas marca a maior parte da população como gorda, feia ou disforme, segundo os padrões modelares de uma elite, mas também gera subjetividades autodestrutivas em sua busca de adequação a qualquer custo. Em alguns casos, o medo da rejeição supera até mesmo o desejo de sobreviver (MISKOLCI, 2006, p. 685).

Contudo, esta adequação corporal aos padrões hegemônicos é considerada a porta de entrada para os sentimentos de satisfação e felicidade, num sentido utilitário do termo, mas também de exclusão dos que não podem estar nesta condição. Não por acaso a utilização o termo "dicotomia da inclusão e exclusão" para explicar a noção na qual o estar conforme aos padrões significa obter um *status* em meio àqueles que não têm o perfil desejado socialmente. Assim, as diferenças de gênero, raça/etnia, idade ou geração passam a ser, via "técnicas de adequação corporal", elementos susceptíveis a remodelações.

A corporificação identitária, para Miskolci, é reacionária, na medida em que reduz toda a complexidade humana às suas formas físicas visíveis e permite que as desigualdades econômicas sejam interpretadas como produto de mera adequação ou inadequação individual a modelos e normas supostamente incontestáveis.

O caráter mutável dos padrões corporais e de beleza está fortemente presente nos dias de hoje. Porém a noção que permanece nestas tendências é a de que o corpo reflete a alma, o caráter dos sujeitos. Um exemplo disso é antítese entre o esbelto e o gordo em que

> [...] quaisquer que sejam os objetivos particulares visados por homens e mulheres, o horror à gordura é comum. O que se associa culturalmente à gordura em nossos dias é o estigma da indolência, da incapacidade para o trabalho e até mesmo da exposição ao risco de doenças fatais. Um corpo "saudável" tem de ser esbelto, pois a magreza (no ponto certo) é vista como prova de disciplina corporal e alimentar, de uma mente ativa e sob controle, enquanto o gordo é visto como um compulsivo, um descontrolado, ou seja, alguém ameaçado por uma versão contemporânea da loucura (MISKOLCI, 2006, p. 687).

O autor sugere um movimento de desconstrução das representações sociais que criam e impõem identidades em prol de uma busca, visando modificar relações cristalizadas na sociedade através da constituição de novas relações sociais. Este termo valoriza a heterogeneidade, pois "[...] recusa o assujeitamento aos modelos de corpos e identidades socialmente impostos" (MISKOLCI, 2006, p. 690). Tal recusa seria o rompimento com algo pré-estabelecido e uma suposta saída proposta por Miskolci, fazendo com que o sujeito se liberte deste controle social impositivo.

Outra posição a respeito está exposta no artigo de Goldenberg e Ramos (2002) que discute o culto ao corpo na cultura brasileira. Assim como Ortega, os autores citam o *body building*, a *body art*, a *body modification* e os diversos tipos de cirurgias plásticas como exemplos de ideologias voltadas para os aspectos de transformação da aparência física em que o corpo seria visto como um suporte, como algo em constante modificação (GOLDENBERG; RAMOS, 2002, p. 21). Estas práticas são, em algumas situações, consideradas exemplos de comportamentos extremos, uma espécie de "masoquismo". Em outros casos, existe uma legitimação do saber científico em defesa de uma suposta ideia de corpo "saudável".

Segundo Goldenberg e Ramos, esta crescente glorificação do corpo é um fenômeno que começa a ganhar força no final do século XX e início do XXI, através de uma nova moralidade atrelada à conformidade a determinado padrão estético, comumente denominado de "boa forma" (GOLDENBERG; RAMOS, 2002, p. 25). Com isso:

> Pode-se dizer que as regras subjacentes à atual exposição dos corpos são de ordem fundamentalmente estética. Para atingir a forma ideal e expor o corpo sem constrangimentos, é necessário investir na força de vontade e na autodisciplina [...]. O autocontrole da aparência física é cada vez mais estimulado (GOLDENBERG; RAMOS, 2002, p. 25).

De acordo com esta concepção, "[...] um corpo trabalhado, cuidado, sem marcas indesejáveis (rugas, estrias, celulites, manchas) e sem excessos (gorduras, flacidez) é o único que, mesmo sem roupas, está decentemente vestido" (GOLDENBERG; RAMOS, 2002, p. 29).

Outro fator sugerido por esta cultura é a questão da gordura como principal inimiga da "boa forma". Esta visão se aproxima ao que foi apontado por Miskolci, no sentido de que:

> Nesta cultura, que classifica, hierarquiza e julga a partir da forma física, não basta não ser gordo(a) – é preciso construir um corpo firme, musculoso e tônico, livre de qualquer marca de relaxamento ou moleza (Lipovetsky, 2000). A gordura, a flacidez ou a moleza são tomadas como símbolo tangível da indisciplina, do desleixo, da preguiça, da falta de certa virtude, da falta de investimento do indivíduo em si mesmo (GOLDENBERG; RAMOS, 2002, p. 30-31).

Neste sentido, o corpo "sarado" estaria diretamente relacionado às concepções de corpo "saudável", como se a gordura estivesse associada à doença, a uma categoria intermediária entre a vida e a morte. A busca pela beleza representaria uma luta contra a morte simbólica, morte essa imposta àqueles que não se enquadram corporalmente a estes padrões (RODRIGUES, 1979 *apud* GOLDENBERG; RAMOS, 2002, p. 31). Os indivíduos passam a ser responsabilizados pelo seu formato corporal.

Para os autores, o corpo é o elemento central ao se tratar da existência dos indivíduos e de seus afetos. Isso se deve ao estabelecimento de uma nova possibilidade criada pela cultura para o controle do processo de envelhecimento e da decadência dos corpos que passou a ser considerado obrigatório. A partir disso, criam-se valores, crenças ou hábitos de cuidados com o corpo.

"O *corpo* é um corpo coberto de signos distintivos" (GOLDENBERG; RAMOS, 2002, p. 38), um valor que propicia a identificação, a diferenciação, a qualificação e o pertencimento dos indivíduos e seus grupos sociais. Daí a associação do corpo com o ato de se vestir. A "boa forma" seria assim, uma luta incessante por um corpo "civilizado" (por um *status* social).

Tendo exposto algumas reflexões a respeito do corpo, podemos observar que na contemporaneidade o estímulo à "boa forma", à beleza e à "saúde" são valores muito difundidos e almejados, como se a junção destes elementos representasse a felicidade plena. Esta questão se articula à primeira parte deste capítulo no sentido de que existe uma ênfase em como a sociedade é responsável pela formação corporal e subjetiva dos indivíduos, de como ela, juntamente com as relações estabelecidas entre eles, é responsável pela criação e difusão de regras, hierarquias, interdições, comportamentos, etc.

Com base nesta perspectiva iremos examinar no próximo capítulo como as questões que envolvem o processo de formação dos indivíduos na sociedade se articulam às concepções de gênero e à elaboração tardia dos estudos sobre masculinidade(s). Veremos como tais elementos apontam algumas questões de extrema importância para o entendimento da anorexia e da bulimia em homens.

3 O CORPO GENERIFICADO: OS HOMENS EM QUESTÃO

Meu rosto vermelho e molhado
É só dos olhos pra fora
Todo mundo sabe
Que homem não chora.

Frejat e Alvin L.

3.1 Uma recapitulação

Como descrito no primeiro capítulo deste estudo, os transtornos alimentares são comumente apresentados como distúrbios do feminino. Dentro dessa lógica são atribuídas possíveis causas que envolvem os padrões de gênero, de educação familiar, de comportamento, de técnicas do corpo, de faixa etária, de orientação sexual, de estados mentais ou psíquicos, de causas socioambientais, etc. Estes elementos estariam atrelados a concepções tanto de "natureza" biológica da mulher como influenciadas pela cultura. Tais noções não seriam atribuições acentuadamente deterministas e reducionistas[15]? Como o homem e todos os atributos relacionados a uma suposta masculinidade se encaixam nesta temática?

À luz do que foi discutido no capítulo anterior, tais aspectos fazem parte de um processo de formação social dos indivíduos que, nas sociedades ocidentais, distingue homens e mulheres, ao mesmo tempo em que estabelece uma ideia de oposição orgânica entre eles - a exemplo da diferenciação entre pênis e vagina, músculos e gordura, força e fraqueza, atividade e passividade. Estas oposições não podem ser justificadas via natureza/instinto, ser universalizadas e nem serem consideradas completamente opostas, visto que estão situadas em contextos históricos e socioculturais específicos, além de serem concepções fluidas.

Este capítulo irá analisar como as construções sociais das diferenças entre feminilidade(s) e masculinidade(s) como elementos integrantes dos fatores de ordem sociocultural atrelados aos casos de transtornos alimentares em homens. Através

[15] Estes saberes são construídos a partir da ideia de que homens e mulheres são, de alguma forma, diferentes e opostos, mas não costumam levar em consideração a diversidade existente em cada um destes grupos. Tais concepções demonstram como são marcadamente influenciadas por perspectivas históricas, políticas, econômicas, sociais ou midiáticas que não estão diretamente ligadas aos transtornos alimentares.

desse exercício, poderemos compreender como tais construções atuam no âmbito da elaboração do saber biomédico, no modo com que ele permeia o senso comum e como se reflete na esfera subjetiva e nos corpos dos indivíduos que passam por esta experiência. Antes de abordamos propriamente esta noção, examinemos a temática do gênero, buscando desenvolver alguns conceitos que servem de suporte à perspectiva mencionada.

3.2 Os conceitos de sexo e gênero: um histórico das diferenças

Os conceitos de sexo e gênero são comumente utilizados nas análises acerca das diferenças entre homens e mulheres. Seja nas explicações sobre as características anátomo-fisiológicas, sobre a atividade sexual dos indivíduos ou a atribuição de determinados traços tidos pelas convenções sociais como masculinos ou femininos, estes dois conceitos buscam compreender tais diferenciações através de pressupostos disciplinares distintos, com destaque para as ciências biomédicas e as ciências sociais.

Em resumo, o sexo se remete à natureza, a algo que é biologicamente expresso no corpo através dos órgãos sexuais. Por sua vez, o gênero coloca em questão tal atribuição ao demonstrar que esta diferenciação é produto de uma construção delimitada de forma estrutural, histórica e social que influencia as percepções, os comportamentos ou os discursos dos indivíduos. Com isso, estas construções estariam associadas a fatores biológicos, porém de forma não derivada e não universalizante.

Um autor que ilustra esta noção é Thomas Laqueur (2001) ao analisar textos científicos sobre a anatomia do corpo humano em diferentes períodos históricos. Para o autor, a ideia de dois sexos diferentes (o feminino e o masculino) só passa a ser considerada pela medicina a partir do século XIX. Antes disso, o modelo de “sexo único”, presente nos escritos sobre anatomia humana desde os gregos, era utilizado como uma forma de explicação das diferenças entre os sexos. Este modelo, expresso por Galeno, toma como ponto de referência a anatomia masculina para se pensar a feminina como um corpo “deficiente” de calor vital. Ou seja,

> [...] órgãos reprodutivos de homens e mulheres, demonstrava com detalhes que as mulheres eram essencialmente homens, nos quais uma falta de calor vital - de perfeição – resultara na retenção interna das estruturas que no homem são visíveis na parte externa (LAQUEUR, 2001, p. 16).

De acordo com esta concepção, o corpo do homem possuía morfologicamente um aparelho sexual mais completo e perfeito em comparação com a mulher. Mesmo que houvesse uma mesma simetria orgânica interna, a mulher era uma versão imperfeita, inferior ao tipo ideal de corpo expresso pela ciência biomédica da época.

Este autor demonstra que o final do século XVIII acompanha algumas transformações no âmbito político, filosófico e social (a ascensão do mundo burguês e da valorização do indivíduo) que impulsionam o desenvolvimento de outras formas de representação da realidade social, algo que se reflete também nas interpretações e entendimentos sobre o corpo humano. Neste contexto, o modelo baseado num dimorfismo radical passou a vigorar. Tal concepção estabelecia uma representação hierárquica da mulher com relação ao homem, não apenas microscopicamente, mas também pela sua natureza. Desta forma, a biologia seria apresentada como um elemento fundador do determinismo social, já que:

> A visão dominante deste século XVIII, embora de alguma forma universal, era que há dois sexos estáveis, incomensuráveis e opostos, e que a vida política, econômica e cultural dos homens e das mulheres, seus papéis de gênero, são de certa forma baseados nesses ‘fatos’. A biologia – o corpo estável, não-histórico e sexuado – é compreendida como fundamento epistêmico das afirmações consagradas sobre a ordem social (LAQUEUR, 2001, p. 18).

No capítulo anterior, vimos como a ideia de corpo é entendida como algo que se configura ao longo do tempo. Do mesmo modo, o sexo seria um conceito dinâmico, no sentido de que só pode ser compreendido dentro de um contexto específico que leva em consideração a relação entre o gênero e as formas de poder existentes.

Em meio a isso, Laqueur explica que a biologia seria indicada como uma disciplina que interpreta e estabelece uma realidade, assim como a própria sociologia. Daí a noção de pontos de vista disciplinares diferenciados que buscam explicar as diferenças existentes entre os indivíduos citada no início dessa seção.

Na argumentação de Piscitelli (2009) sobre as noções de sexo e gênero, a autora complementa as concepções de Laqueur ao demonstrar como a distinção

entre homens e mulheres é fruto de um momento histórico em que as teorias sociais começaram a debater a “diferença sexual”.

Na tradição do pensamento antropológico esta discussão tem como marco a análise da diferença sexual como um princípio universal de diferenciação e classificação, como apresenta o trabalho de Émile Durkheim e Marcel Mauss sobre Algumas formas primitivas de classificação (1903)[16]. Tal aspecto orienta alguns estudos antropológicos que irão destacar o caráter cultural das diferenças, bem como as concepções acerca dos papéis sociais. De acordo com Piscitelli (2009):

> A teoria dos papéis sociais preocupa-se com os fatores que influenciam o comportamento humano. Nessa perspectiva, os indivíduos ocupam posições na sociedade, e o desempenho de seus papéis nessas posições é determinado por normas e regras sociais. A idéia de posições ocupadas no desempenho dos papéis faz referência a categorias de pessoas, reconhecidas coletivamente. Um dos atributos possíveis que pode operar como base para a definição dessas categorias é o sexo. Neste caso, homens e mulheres desempenham, à maneira do teatro, papéis culturalmente construídos em posições vinculadas ao seu sexo biológico: os papéis sexuais.

Uma das principais referências da literatura antropológica que faz alusão ao assunto descrito por Piscitelli é Margaret Mead ao investigar, no início do século XX, as culturas Arapesh, Mundugumor e Tchambuli da Nova Guiné. Em Sexo e temperamento (1979), Mead reflete sobre o papel fundamental da cultura na imposição de padrões de temperamento para os dois sexos. Segundo esta concepção, a personalidade de homens e mulheres tanto é produzida socialmente como é compatível (ou não) com uma ordem social planejada. Desta maneira, cada pessoa tem um temperamento que é compartilhado com outros do mesmo sexo e com os do sexo oposto. Além disso, este temperamento dos sexos não é cristalizado, ele acompanha as dinâmicas existentes na própria cultura e no processo de formação de cada sujeito. Sobre este último aspecto Mead acredita que:

> Nossa própria sociedade usa muito essa trama. Atribui papéis diferentes aos dois sexos, cerca-os desde o nascimento com uma expectativa de comportamento diferente, representa o drama completo do namoro, casamento e paternidade conforme os tipos de comportamento aceitos como inatos e, portanto, apropriados a um ou a outro sexo. Sabemos vagamente que esses papéis mudaram mesmo dentro de nossa história (MEAD, 1979, p. 22-23).

---

[16] Neste texto, Durkheim e Mauss estão preocupados em estudar os fenômenos sociais passíveis de generalização pela sua frequência e lógica, como no caso dos sistemas de classificação das tribos australianas (as fratrias) cujo principal objetivo é a regulamentação dos casamentos.

Em Macho e fêmea (1971), outro trabalho da autora, a ideia acerca “do que é ser homem e do que é ser mulher?” é questionada na tentativa de demonstrar como os corpos dos indivíduos aprendem durante a formação social a ser macho ou fêmea. É o ser humano através da criação de categorias, símbolos, significados, interdições que estabelece uma gama de elementos que distingue homens e mulheres. Com base nesta forma de organização do mundo, pode-se compreender “[...] a maneira pela qual as diferenças e semelhanças nos corpos dos seres humanos são a base sobre a qual se edificam nossos conhecimentos sobre os sexos e as relações entre os sexos” (MEAD, 1971, p. 24).

Ainda a respeito da teoria dos papéis sexuais mencionada por Piscitelli e exemplificada por Mead, podemos destacar os trabalhos de Talcott Parsons (1973 *apud* CARRARA et al, 2010a, p. 16) que se referiam à noção de modelação da apresentação de si conforme os pressupostos sociais e seus diferentes contextos. Contudo, alguns autores apontam que esta visão teórica possuía certa limitação, posto que naturalizava as questões relacionadas às diferenças de ordem biológica entre os indivíduos, a exemplo da divisão social tendo como base a reprodução (CONNELL, 1995).

Os estudos de Mead e Parsons tiveram grande importância no campo acadêmico, embora não utilizassem propriamente o termo gênero. No entanto, isto se deve ao fato desta terminologia ter sido cunhada entre os anos de 1950 e 1970, algo que corrobora a noção de que a produção do conhecimento é também fruto de processos históricos específicos. No caso do gênero, as mudanças nas esferas política, econômica e social do pós-Segunda Guerra Mundial e os debates realizados pelo movimento feminista da época formaram um ambiente fértil para sua construção teórica.

O conceito gênero (do inglês *gender*) foi formulado a partir do trabalho de duas pesquisadoras americanas, a antropóloga Gayle Rubin e a historiadora Joan Scott, embasado nas discussões feministas sobre a naturalização da diferença e das desigualdades entre homens e mulheres, travadas na Europa e nos Estados Unidos no mesmo período. Segundo Giffin (2005) e Carrara et al (2010c), esta formulação possibilitou a inserção da “questão da mulher” no meio acadêmico, bem como estimulou os estudos acerca do lugar da mulher na história, o significado das relações de poder inerentes ao gênero, etc. Muitos destes trabalhos questionavam a

associação entre mulher/natureza e homem/cultura como uma característica biológica, imutável e universal.

A análise de Emily Martin (2006) ilustra esta ideia ao refletir a respeito de como a cultura orienta a formação do discurso e das práticas médicas no estabelecimento de modelos e de características “naturais” dadas aos corpos dos indivíduos, especialmente das mulheres. Para isso, Martin irá utilizar o conceito de metáfora como recurso analítico para compreender como os textos médicos e os relatos das mulheres expressam concepções fundamentadas em processos econômicos, sociais e políticos de um momento histórico específico (ROHDEN, 2006, p. 14).

Tal noção é demonstrada tanto através das opiniões e das representações que as mulheres têm sobre seus corpos e de alguns fenômenos atribuídos a ele - a tensão pré-menstrual (TPM), a menstruação, a reprodução, a menopausa - como por meio das descrições presentes na literatura médica de diferentes épocas. Além da diferenciação relatada entre as funções fisiológicas, os corpos e a margem de poder de homens e mulheres na sociedade, são apontadas, ainda, as distinções de classe social, de raça/etnia, de experiência que mostram a complexidade das percepções coletivas e individuais.

Como podemos observar, o movimento feminista foi uma peça importante no desenvolvimento dos estudos sobre a relação entre as questões de sexo e gênero. Entretanto, estas concepções receberam algumas críticas acerca da própria formulação dos termos discutidos. Judith Butler e Marilyn Strathern são exemplos de feministas que divergem em alguns dos pontos levantados por este movimento.

Em Butler (2001) há uma radicalização do sistema sexo/gênero, posto que estas noções e suas diferenças são transportadas para um plano discursivo em que sua materialização é regulada e imposta como um mecanismo de poder. Em Corpos que pesam, a autora defende a ideia de que as diferenças sexuais são, antes de tudo, marcadas e formadas discursivamente, bem como são ligadas a uma categoria normativa.

Segundo esta visão, o “sexo” é parte de uma prática regulatória que atua na produção dos corpos e também, “[...] um constructo ideal que é forçosamente materializado através do tempo” (BUTLER, 2001, p. 154). Daí seu caráter dinâmico e diverso, capaz de conter tensões.

Já o gênero não seria um constructo cultural que se impõe sobre a matéria,

mas aquilo que atua na qualificação de um corpo dentro dos moldes inteligíveis de uma cultura. Desta forma, o sexo não é um dado corporal em que o gênero é imposto. Ele é uma norma cultural que comanda a materialização dos corpos.

Assim, uma norma cultural é reconhecida, apropriada ou adotada por meio de um processo em que o sujeito "assume" um sexo, podendo possuir uma identificação dentro das possibilidades discursivas, comandadas por uma heteronormatividade que exclui outras. Com isso, os sujeitos são construídos a partir da exclusão e da abjeção[17], onde sua formação dependerá de uma identificação com o caráter normativo e o medo da abjeção.

Sua critica ao feminismo consiste na questão da tomada da mulher como um sujeito universal, e não como um sujeito fabricado, materializado de formas específicas, através de práticas e tecnologias distintas e em diferentes contextos socioculturais (BUTLER, 2003 *apud* CARRARA et al, 2010a, p. 64).

Do mesmo modo que Butler, Marilyn Strathern (2006) fará uma crítica às generalizações feitas por feministas e antropólogos. Para Strathern, estas duas formas de descrever a realidade social costumam atribuir características da cultura ocidental a grupos que compartilham outros valores e comportamentos[18].

A autora se posiciona a favor de uma observação contextualizada para evitar possíveis equívocos na interpretação a respeito das relações entre homens e mulheres. Isso está diretamente ligado a percepções socioculturais e de construção do conhecimento em que tais percepções acabam influenciando na formação dos indivíduos. Strathern demonstra como o gênero pode ser pensado de forma fluida e mutável, assim como pode ser analisado fora das noções dicotômicas ocidentais[19].

As questões apontadas nesta parte do capítulo nos revelam como os conceitos de sexo e gênero estão diretamente atrelados à cultura na qual cada indivíduo é socializado, atuando como difusor e produtor dos valores normativos. Outro aspecto importante, especialmente para as sociedades ocidentais, está no caráter relacional onde o feminino é formulado a partir do masculino e vice-versa.

---

[17] Segundo Butler (2001, p.155), o termo abjeção é utilizado para designar aqueles que não têm *status* de sujeito, mas que necessitam ser qualificados para que o domínio do sujeito possa ser circunscrito.

[18] Strathern se refere a etnografias e outros trabalhos sobre a questão de gênero e dádiva na Melanésia.

[19] Como exemplo desta ideia podemos citar a coletânea de estudos de historiadores e antropólogos organizada por Gilbert Herdt (1994) a respeito de outras formas de classificação dos indivíduos que irão além da dicotomia homem-mulher e que são explicadas através das noções de "terceiro sexo" e de "terceiro gênero". Este tipo de classificação cultural é visto na América do Norte (o caso dos *berdaches*), na Índia (com as *hijras*) ou nos Balcãs (com as chamadas virgens por juramento).

Com o intuito de questionar estas concepções e outras questões relacionadas às diferenças entre homens e mulheres (os fatores fisiológicos, as relações de dominação e de poder, etc.), os estudos feministas estimularam o desenvolvimento das discussões e dos trabalhos na área acadêmica acerca da temática de gênero. Entretanto, estas análises, estritamente direcionadas às mulheres, e, um pouco depois, aos homossexuais, destacavam as assimetrias de gênero, demonstrando como estes grupos encontravam-se em desvantagem social em comparação aos homens, a uma matriz patriarcal, heteronormativa. Neste contexto, os homens e todos os atributos ligados ao masculino eram fortemente condenados (GIFFIN, 2005; MEDRADO; LYRA, 2008).

Então, como os homens passam a ser objeto de investigação deste campo? Como tal questão se articula ao tema proposto neste trabalho?

Veremos ao longo da terceira parte deste capítulo como os conceitos desenvolvidos até aqui serão apropriados pelos estudos acerca da(s) masculinidade(s), permitindo a desconstrução de ideias deterministas a respeito do homem como ser único, cujos desejos, pulsões ou atitudes são justificados pela natureza, e que por ser considerado detentor de uma posição social de gênero superior em relação a outras não é passível de ser afetado por esta condição. Os trabalhos que abordam a(s) masculinidade(s) serão de suma importância para a compreensão da relação entre homens e transtornos alimentares, pois observam o masculino de forma plural, fluida e contextual, oferecendo ferramentas teóricas que permitem a análise desse objeto.

3.3 **Os homens como objeto de análise**

Os estudos pioneiros sobre a masculinidade se iniciam por volta da década de 1960. Neste momento, havia a preocupação em desconstruir criticamente os aspectos que constituem os papéis sociais de homens e mulheres. Estes estudos atentavam, sobretudo, para as representações acerca das atribuições sociais de gênero e suas transformações (SOUZA, 2009).

Algumas destas investigações destacavam o custo das prescrições dos papéis tradicionais de gênero para os homens. Tal noção demonstrava como alguns

elementos da vida e das experiências dos homens são limitados e subdesenvolvidos por conta da pressão em exibir comportamentos associados a um tipo de masculinidade dominante (GARCIA, 1998).

As décadas de 1960 e 1970 presenciaram o *boom* dos estudos feministas, dado que fez com que os homens começassem a se inserir nos debates sobre gênero. Os aspectos em torno da masculinidade foram incorporados às discussões dos movimentos feminista e gay como um elemento de questionamento acerca da hegemonia masculina (branca, heterossexual e dominante)[20].

De acordo com a perspectiva crítica de Heilborn e Carrara (1998), a ideia de homem intocado vinha sendo contestada por diversas frentes (política, social, acadêmica, etc.). Os estudos acerca desta temática, muitos deles ironicamente denominados de “ciências do homem”, há muito tempo deixam de lado a noção de homem como um representante de toda espécie humana para questionar esta universalidade, seus privilégios e sua perda de poder. Tais questões seriam reflexos de uma “crise” da identidade masculina. Para os autores:

> A masculinidade começa a ser então mais claramente percebida como culturalmente especifica, variando segundo as sociedades ou, no âmbito de uma mesma sociedade, segundo diferentes períodos de sua história. A masculinidade "desconstruída" pode agora possuir também uma história, uma antropologia, uma sociologia (HEILBORN; CARRARA, 1998, p. 372).

Nos anos 80, as análises acerca da masculinidade começam a ser orientadas por uma concepção voltada para a “diversidade das vozes masculinas” (SOUZA, 2009) e para a elaboração de trabalhos sem a preocupação com aspectos epistemológicos, políticos ou éticos (MEDRADO; LYRA, 2008).

Entretanto, durante a década de 1990, esta preocupação começa a ganhar força e aparecer nestas obras com o intuito de delimitar o campo dos estudos sobre masculinidades, principalmente focando em questões mais amplas e globais (MEDRADO; LYRA, 2008). Os estudos a partir daí trazem uma contribuição no que diz respeito à problemática dos homens e exploram questões similares aos estudos feministas de quase três décadas com os mesmo pressupostos teóricos e metodológicos (GARCIA, 1998; SOUZA, 2009).

---

[20] Segundo Arilha, Unbehaum e Medrado (1998), os debates deste período podem ser agrupados em dois grandes blocos: os estudos aliados ao feminismo e os estudos autônomos. O primeiro se caracteriza pelo reconhecimento de que as investigações sobre a masculinidade é parte dos estudos sobre gênero, atuando no avanço das teorias feministas sobre os homens. Já o segundo, não está vinculado aos debates sobre gênero, nem ao movimento feminista. Todavia, os autores apontam que estes dois blocos contêm algumas variações dentro deles.

No Brasil, os debates acerca da masculinidade começam a ganhar força também nos anos de 1990 (ARILHA; UNBEHAUM; MEDRADO, 1998), com as grandes conferências internacionais sobre os direitos das mulheres que defendiam a incorporação dos homens como alvo de políticas em prol da equidade dos sexos em diversas dimensões (HEILBORN; CARRARA, 1998). Alguns dos estudos dessa época estavam divididos entre: aqueles que defendiam que a masculinidade está em oposição à feminilidade e aqueles que refletiam sobre a ideia de que a masculinidade não implica na oposição à feminilidade. A partir dessa segunda concepção, começam a ser discutidas as noções sobre a presença da fragilidade e dos conflitos masculinos que culminam numa espécie de crise no que diz respeito ao processo de mudança do papel dos homens como atores sociais (SOUZA, 2009).

Dentre os precursores dos chamados "*men's studies*" estão Robert Willian Connell (atualmente, Raewyn Connell) e Michel Kimmel, que irão focar nas formas de manifestação plural das masculinidades e no modo como elas se relacionam entre si e com outros grupos. Fugindo da denominação de "*men's studies*", existem autores como Pierre Bourdieu e Miguel Vale da Almeida que também descreveram o universo masculino, atentando para sua relação com as dimensões de poder existentes dentro de uma sociedade. Examinaremos, então, as propostas destes autores.

Em seu livro *Masculinities*, Connell (1995) faz um mapeamento dos estudos sobre a(s) masculinidade(s) em diferentes campos (na psicanálise, nas ciências sociais, nas ciências da natureza, no feminismo). Neste trabalho, a autora ressalta a necessidade de reconhecimento da existência de múltiplas masculinidades em termos de raça, etnia, classe e gênero (visto como uma relação entre estas diversas masculinidades). No entanto, estas múltiplas formas de expressão masculina estão subordinadas a um tipo hegemônico de "ser homem" que opera de acordo com a configuração cultural e o poder institucional.

O conceito de hegemonia é extraído dos escritos de Antonio Gramsci sobre a relação entre as classes sociais, ou melhor, sobre como a posição social de um determinado grupo é exaltada e legitimada, utilizando-se de uma prática pedagógica para sua manutenção. No caso da masculinidade hegemônica, ela é produto da legitimação do patriarcalismo, da mesma maneira que é sua estratégia (CONNELL, 1995, p. 77).

A hegemonia é caracterizada como temporal. Quando as condições de defesa de um sistema dominante são modificadas, as bases de uma dominação particular de masculinidade são desfeitas. Com isso, novos grupos podem emergir e construir uma nova hegemonia.

Outro aspecto importante está na questão de que a dominação de um grupo pressupõe a subordinação de outros. Deste contato intragênero surgem diferentes tipos de masculinidades: a subordinada, a de cumplicidade e a marginalizada.

O tipo de classificação pautado na subordinação pode ser visualizado através da relação assimétrica entre o homem heterossexual e o homem homossexual ou, ainda, numa “escala heterossexual” dos que são considerados mais e menos masculinos.

A masculinidade por cumplicidade é descrita através da noção que coloca o tipo hegemônico como uma norma que, na maioria das vezes, é parcialmente seguida pelos homens. Para Connell, as características dominantes não são abandonadas porque representam uma perda de vantagens neste sistema.

A categoria pautada na concepção de marginalidade (daqueles que estão à margem da sociedade, das relações de gênero) está presente nas classes subordinadas e nos grupos étnicos.

Ao desenvolver esta discussão, Connell tenta se diferenciar de uma perspectiva essencialista que defende uma base universal da masculinidade oposta à feminilidade. O gênero seria assim uma estrutura da prática social que se reflete nos corpos e no que eles fazem, mas não fica somente restrito a isso. “O gênero existe precisamente na medida em que a biologia não determina o social” (SOUZA, 2009, p. 128).

Em Kimmel e Messner (1998) a masculinidade é exposta como um conceito irreal, na medida em que a ideia de que um homem com traços biologicamente universais e cujas características determinam seu comportamento e seu lugar na sociedade não leva em consideração a diversidade de experiências masculina. Estes tipos de masculinidade estariam conforme ao modo de inserção social do homem.

Inspirados nas reflexões de Simone de Beauvoir, os autores acreditam que os homens, assim como as mulheres, são produtos de um processo de interação com a cultura no qual são elaboradas diferenciações e hierarquias. Os homens seriam parte de um processo de socialização, inserido desde os primeiros dias de vida.

Com base nesta discussão, Kimmel e Messner irão organizar a coletânea de artigos *Men's Lives* para demonstrar como a cultura que considera determinado tipo de masculinidade como "superior" irá lidar com as suas variações (de acordo com as fases da vida, com o caráter de orientação sexual, com a esfera do trabalho, etc.) e em relação ao feminino.

Em outro trabalho, Kimmel (1998) irá discutir os conceitos de masculinidade hegemônica e subalterna, tendo como base os escritos político-econômicos de Andre Gunder Frank sobre a América Latina. Ampliando as questões tratadas por Connell, o autor mostra como a hegemonia se constrói e se mantém a partir do outro, do subalterno. O modelo de masculinidade hegemônica descrita é o "*self-made-man*", ou melhor, o tipo de homem branco, heterossexual, urbano, bem empregado, bem apessoado, boa aparência, etc.

Outro aspecto definido por Kimmel é o próprio conceito de masculinidade(s) como algo que (1) varia de cultura a cultura, (2) que varia nas culturas conforme o transcorrer do tempo, (3) que varia em qualquer cultura através de um conjunto de outros elementos e (4) varia no decorrer da vida de um homem individualmente. Além disso, as masculinidades são construídas simultaneamente em dois campos inter-relacionados do poder: as relações de homens com mulheres (desigualdades de gênero) e dos homens com outros homens (desigualdades pautadas em marcadores sociais de raça, etnia, sexualidade, idade), que auxiliam a constituição do sexismo e da homofobia.

Conforme Kimmel (1998, p.105), a masculinidade seria uma construção imersa em relações de poder que é frequentemente invisível aos homens cuja ordem de gênero é mais privilegiada com relação àqueles que são menos privilegiados por ela e aos quais isto é visível.

Neste sentido, o autor apresenta a ideia de que a masculinidade é um conjunto de significados e comportamentos fluidos e em constante mudança. Com isso, devemos pensar em "masculinidades" e reconhecer suas diferenças. "Ao usar o termo no plural, nós reconhecemos que masculinidade significa diferentes coisas para diferentes grupos de homens em diferentes momentos" (KIMMEL, 1998, p. 106).

Em meio a isso, as mulheres e os homens gays teriam um papel importante na construção do "*self-made-man*", tendo em vista que as mulheres emasculariam os homens direcionando seu comportamento e atividades a vida domestica, familiar

e de saciedade dos prazeres carnais dos seus maridos. E os homossexuais seriam passivos, efeminados, sexualmente insaciáveis e predatórios. Daí a visibilidade da relação entre o hegemônico e os subalternos ser mais clara para os que estão em posição desfavorável por serem diretamente afetados por este modelo.

Outro autor que aborda as questões relativas à dominação é Pierre Bourdieu (2002) em seu ensaio acerca da dominação masculina. Este estudo demonstra como os mecanismos de dominação são vivenciados, legitimados e perpetuados de forma objetiva e inconsciente pelos indivíduos. O autor destaca como a dominação é internalizada e reconhecida como natural em diversas esferas (na comunicação, no corpo, no campo científico, no conhecimento em geral, nas instituições, etc.) e, principalmente, na relação entre dominantes e dominados.

Para Bourdieu, o tipo de dominação androcêntrica não necessita de justificativa, tendo em vista que ela se impõe como neutra e não tem a necessidade de se enunciar em discursos que visem legitimá-la (BOURDIEU, 2002, p. 18). Por isso os mecanismos dominantes são descritos como elementos produzidos historicamente por diversos processos que passam a ser naturalizados.

Desta maneira, as formas de organização estrutural das sociedades são responsáveis pelo estabelecimento de visões de mundo que irão desenvolver as diferenças entre o masculino e o feminino, criando assim, demarcações “naturais” e simbólicas que sobrevivem pela reprodução destas concepções, por meio de práticas pedagógicas de socialização dos indivíduos e de seu caráter relacional entre os grupos – a exemplo da virilidade masculina ser constituída a partir do contato com outros homens cuja relação é simétrica ou assimétrica e com as mulheres. Isto demonstra como todas as práticas, funções e os corpos dos sujeitos correspondem às expectativas sociais estruturadas conforme os papéis sexuais.

A ideia apresentada por Bourdieu aponta que, assim como as mulheres são vítimas da dominação masculina/androcêntrica, os homens necessitam corresponder às expectativas de gênero, algo que pode ser realizado de forma positiva ou negativa de acordo com o modelo de masculinidade dominante.

Utilizando algumas noções discutidas pelos autores anteriores, Miguel Vale de Almeida (1996, 2000) irá transportar as concepções acerca do masculino e feminino para o plano metafórico como um mecanismo do poder e da capacidade de ação. Esta forma de entendimento permite as abordagens sobre as várias masculinidades e as transformações nas relações de gênero.

Vale de Almeida elege a análise da complexa relação entre homens concretos e masculinidade “hegemônica” como uma estratégia de pesquisa. Através disso, a masculinidade seria um fenômeno discursivo, do discurso enquanto prática, que constituiria um campo de disputa de valores morais em que a distância entre o que se diz e o que se faz é grande. A hegemonia seria um modelo cultural ideal que exerce controle sobre homens e mulheres. Tal atribuição é pautada num discurso sobre a dominação e ascendência social que concede aos homens (categoria social construída por meio de uma metonímia do dimorfismo sexual) este privilégio potencial (VALE DE ALMEIDA, 1996, p. 163). Com isso, instaura-se um paradoxo:

> [...] se masculinidade e feminilidade são, ao nível da gramática dos símbolos, conceitualizadas como simétricas e complementares, na arena do poder são discursadas como assimétricas. [Até] a própria masculinidade é internamente constituída por assimetrias (como heterossexual/homossexual) e hierarquias (de mais a menos “masculino”), em que se detectam modelos hegemônicos e variantes subordinadas (os termos são de Carrigan, Connell e Lee 1985). Isto só pode significar duas coisas: que a masculinidade não é mera formulação do natural; e que a sua definição, aquisição e manutenção constitui um processo social frágil, vigiado, auto-vigiado e disputado (VALE DE ALMEIDA, 1996, p. 163).

Estas questões são produtos de negociações cotidianas e interações impregnadas de poder que agregam as experiências dos homens (e das mulheres). Tais experiências circulam entre a complexidade polimorfa dos seus sentimentos e os padrões orientadores.

Fundamentado nestas questões, o autor defenderá a investigação de situações de interação criadoras e apresentadoras de noções de masculinidade, visto que elas permitem a visualização da relação entre as múltiplas identidades de gênero e o poder.

Sem nos alongarmos mais na exposição dos trabalhos sobre homens e masculinidades, podemos perceber o quanto estes estudos absorveram as questões de gênero debatidas principalmente pelo movimento feminista. O homem que era ao mesmo tempo demonizado e exaltado por diversos grupos passa a ter diversas faces que ultrapassam os determinismos sociais (que considera o homem como um ser único em oposição à mulher e distante do homossexual) e biológicos (da esfera orgânica, instintiva, natural).

Ao transportamos estas noções para o campo dos discursos biomédicos dos transtornos alimentares, veremos a relação assimétrica de gênero, bem como os valores essencialistas e dicotômicos que embasam a diferenciação dos atributos

ligados a modelos ideais de feminino e de masculino. Isto também está presente na questão relacionada à orientação sexual, em que homens heterossexuais e mulheres homossexuais não são considerados “grupos de risco”, já que são representados como menos preocupados com a aparência física do que as mulheres heterossexuais e homens homossexuais ou bissexuais. Estes discursos por vezes recorrem até mesmo à neurociência para explicar a presença do desenvolvimento das “aptidões femininas” no cérebro de um homossexual[21] e à questão hormonal através da perda do hormônio “masculino” e, consequentemente, do desejo e do seu desempenho sexual[22].

Por outro lado, existem situações em que os homens podem desenvolver este tipo de comportamento alimentar e corporal como um recurso para otimização do corpo e de suas capacidades (no caso dos atletas, bailarinos, soldados etc.) ou por utilização de substâncias, como álcool e drogas, que alteram sua percepção da realidade. Grande parte desses elementos é descrita de forma completamente diferente se tratarmos das mulheres, visto que estes discursos incorporam e naturalizam alguns aspectos de gênero.

Tendo exposto algumas questões que serão detalhadas no capítulo de análise, passemos para as discussões sobre a construção e legitimação do saber biomédico, os sentidos atribuídos à doença e o papel do doente numa sociedade medicalizada.

---

[21] Como se a homossexualidade estivesse essencialmente atrelada à feminilidade e não houvesse hierarquias dentro deste vasto grupo, nem outras formas culturais de concepção do que é ou não considerada uma prática homossexual. Assim como caso do gênero, os assuntos ligados à sexualidade podem ser desconstruídos e descritos como algo vivenciado de diferentes formas, apreendido culturalmente e cotidianamente etc. Um exemplo disso são os casos de transgêneros (sujeitos que transformam o corpo ou fazem um uso que embaralham os limites entre masculino e feminino, como: os travestis, transexuais, *drag-queens*, *cross dressers*, mulheres masculinizadas (CARRARA et al, 2010a, p. 67).) que se sentem atraídos por pessoas do sexo biológico oposto. Ou seja, um homem (em termos de estrutura orgânica do aparelho genital) que se veste e se comporta como uma mulher, mas se sente atraído por mulheres ou uma mulher que se porta como um homem e sente atração por homens.

[22] Algo extremamente importante ao tratarmos de masculinidade hegemônica, pois a atividade sexual representa uma das principais formas de sua manifestação.

4 A CONSTRUÇÃO DO DISCURSO MÉDICO E OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À DOENÇA

Então o que fazer
Já não quero mais saber
Se como alguma coisa
Que não devo comer
Se tudo que eu gosto
É ilegal, é imoral ou engorda

Roberto Carlos e Erasmo Carlos

4.1 A relação entre o público e o privado, o social e o individual

Seguindo a mesma linha de pensamento dos capítulos anteriores em que a relação entre o biológico e os elementos de ordem sociocultural é evidenciada, este capítulo irá discutir as práticas, o discurso médico e a doença como questões oriundas de processos históricos, políticos e sociais. Pretende-se com o desenvolvimento destas questões investigar como determinados valores culturais (especialmente, da cultura Ocidental) podem influenciar tanto os estados de saúde e doença dos indivíduos e seus estilos de vida como a própria elaboração do conhecimento biomédico, sua legitimação e suas formas de intervenção.

Em meio a esta reflexão, podemos observar como as diferentes formas de lidar com as manifestações orgânicas, emocionais, psíquicas ou comportamentais, classificadas como doenças ou síndromes pela biomedicina, são importantes para o estabelecimento de uma discussão acerca da constituição de identidades e de grupos de indivíduos que compartilham essa experiência. Tais questões demonstram ainda uma relação entre a esfera pública e a privada (Herzlich, 2004). Ou seja, se por um lado há um aparato institucional e político operando como algo atrelado ao domínio público, por outro lado, existem as sensações corporais, a subjetividade, a intimidade como elementos referentes ao plano individual.

Veremos como estes aspectos lançam luz sobre a problemática abordada neste trabalho, posto que a anorexia e a bulimia não estão dissociadas dos processos de transformações culturais e médico/científicas. Estes transtornos

alimentares, assim como outros tipos de doenças, são perpassados por representações que não necessariamente partilham das mesmas concepções ditadas pela biomedicina. Eles podem ser reconhecidos e descritos como algo que não advém de elementos negativos e/ou patológicos. Tal perspectiva apresenta outras possibilidades de entendimento acerca desse objeto de estudo, bem como demonstra sua complexidade.

Antes de tratamos propriamente dos simbolismos atribuídos à doença, cabe analisarmos o processo de monopolização do saber médico no que diz respeito aos assuntos relacionados ao campo da saúde, sua institucionalização e a ampliação do seu poder discursivo.

4.2 A ascensão da medicina e a legitimação de suas práticas e discursos

Estamos em uma época em que o discurso médico ocupa um lugar de destaque na sociedade Ocidental e atua na produção de comportamentos que são definidos e avaliados em termos de saúde/normalidade e doença. Contudo, nem sempre foi assim. Este *status* médico foi se constituindo ao longo de vários séculos, principalmente a partir do século XIX, que inaugura a medicina moderna.

Segundo Claudine Herzlich e Philippe Adam (2001), desde a Grécia Antiga as questões relacionadas à doença já eram investigadas, a exemplo da medicina de Hipócrates (460 a.C.) e sua teoria dos quatro humores que marcará a evolução desta disciplina. Tempos mais tarde, o modelo de anatomia de Galeno e as dissecações feitas por Vesálio serão referências na observação dos corpos e da doença como fenômeno orgânico.

Durante a Idade Média, os ideais da Igreja Católica influenciaram as práticas médicas. O médico estava limitado a anunciar a morte e não podia intervir fisicamente no doente nem tocar o cadáver[23]. Por conta disso, havia uma organização hierárquica dividida entre médicos clérigos, cirurgiões e barbeiros.

[23] Tal atividade tem a ver com a questão de que, naquele período, o homem não poderia ser percebido fora de seu corpo, da mesma maneira que este corpo era considerado intocável e sagrado. Entretanto, existiam algumas situações em que esta noção não era aplicada, por exemplo, quando um sujeito desobedecesse às regras e valores de seu grupo, impondo sua vontade, como no caso do crime. Não por acaso muitos dos corpos utilizados em dissecações eram de criminosos e marginais (LE BRETON, 2002).

Apenas os cirurgiões e os barbeiros podiam tocar no corpo do cadáver e realizar as dissecações, na medida em que possuíam um saber tido como inferior ao do médico.

Os séculos XVI, XVII e XVIII são marcados pelo desenvolvimento da medicina empírica e da anatomo-clínica, impulsionadas pelas transformações científicas, políticas, tecnológicas, sociais, etc. que possibilitaram novas formas de observação do corpo e da doença. No entanto, no século XIX o campo médico passa a ter uma legislação que estabelece um estatuto profissional para esta categoria.

Juntamente com o processo de urbanização e de industrialização, há um crescimento da demanda por profissionais especializados. Surge assim, a necessidade de novas especialidades médicas. Estas modificações demonstram a constituição da saúde como uma esfera institucional, tendo como um dos resultados o aparecimento de políticas de higienização das cidades.

Para Michel Foucault (1980; 1996), os pressupostos da medicina moderna são produzidos através de um processo de transformação nos procedimentos do saber. Por intermédio desta concepção, a relação de conhecimento entre o sujeito-objeto em nome do saber se instaura na infra-estrutura dessas sociedades. Assim, as esferas da sociedade passam a ser mecanismos do poder.

Aliada a esta questão há uma configuração da linguagem, da relação de situação e de postura entre “o que se fala” e “aquilo de que se fala”. Antes disso, a linguagem não separava as coisas e as palavras, “o que enuncia” e “o que é enunciado”. É por meio dessa *verbalização* e da *espacialização* do patológico que surge o olhar do médico. Segundo esta ideia:

> As formas da racionalidade médica penetram na maravilhosa espessura da percepção, oferecendo, como face primeira da verdade, a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência. O espaço da experiência parece identifica-se com o domínio do olhar atento, da vigilância empírica aberta apenas à evidência dos conteúdos visíveis. O olho torna-se o depositário e a fonte da clareza; tem o poder de trazer à luz uma verdade que ele só recebe à medida que lhe deu à luz; abrindo-se, abre a verdade de uma primeira abertura: flexão que marca, a partir do mundo da clareza clássica, a passagem do Iluminismo para o século XIX (FOUCAULT, 1980, p. XI-XII).

É este olhar que organiza em torno de si uma linguagem racional. Daí o surgimento da experiência clínica e do discurso de estrutura científica:

> A medicina como ciência clínica apareceu sob condições que definem, com sua possibilidade histórica, o domínio de sua experiência e a estrutura de sua

> racionalidade. Elas formam seu *a priori* concreto que agora é possível desvelar, talvez porque esteja nascendo uma nova experiência da doença, que oferece a possibilidade de uma retomada histórica e crítica daquela que rejeita no tempo (FOUCAULT, 1980, p. XIV).

A clínica surge como algo novo para a experiência do médico, tendo em vista que ela apresenta uma nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal, uma reorganização dos elementos que são responsáveis pela constituição do fenômeno patológico, uma definição das séries lineares dos acontecimentos, a articulação da doença com o organismo.

Neste sentido, o nascimento da clínica deve ser descrito como um fato histórico identificado com o sistema destas reorganizações (FOUCAULT, 1980, p. XVII). Ele não só reconfigura em profundidade os conhecimentos médicos como também possibilita a criação de um discurso sobre a doença.

Outro aspecto citado pelo autor é a questão das modificações do espaço hospitalar, do estatuto do doente na sociedade e do estabelecimento da associação entre a assistência e a experiência, o socorro e o saber. Para que tal modificação vigorasse foi necessário situar o doente em um espaço homogêneo e coletivo - o hospital -, assim como foi preciso elaborar uma linguagem, um discurso científico.

Desta forma, o hospital deixa de ser uma estrutura arquitetônica e passar a ser um fato médico-hospitalar. Ele passa a ser considerado uma máquina de curar (mas a cura se dá através da intervenção médica) onde o doente começa a ser inserido. Esta inserção se deve à valoração dos indivíduos e de sua associação com aspectos políticos e econômicos da época, bem como o desenvolvimento da arte do corpo humano, da observação dos gestos, da sua otimização e controle.

No hospital, a introdução destes mecanismos disciplinares representou sua organização disciplinar (disciplinarização do espaço hospitalar), a instauração do poder disciplinar confiado ao médico.

No plano da atividade médica deste período, sua construção estava atrelada a um grande modelo de inteligibilidade botânica (divisão das espécies de doença) e a doença era entendida como um fenômeno natural devido à ação particular de um meio sobre o indivíduo. O médico torna-se uma figura de prestígio, pois detém técnicas de identificação do doente, tem o poder de decisão e dispõe de um discurso legitimado institucionalmente.

Esta genealogia do poder e do saber médico desemboca no início do século XX com o chamado “Império dos médicos”, ou melhor, o domínio do médico sobre o

campo da saúde. Ele passa a ser o único com o direito de praticar a medicina, sendo seu representante legal. As diferenças entre os saberes e as competências especializadas podem assim se transformar em distanciamento e em dominação sobre as pessoas. Inicia-se, então, o processo de medicalização da sociedade que "[...] traduz o fato de que o 'modelo médico', fortemente marcado pelos conhecimentos psicológicos, impôs-se na definição e no tratamento de numerosos problemas públicos contemporâneos" (HERZLICH; ADAM, 2001, p. 45).

Em Peter Conrad (2007), a medicalização é vista como fruto de transformações da condição humana em doenças tratáveis. O que antes era considerado um problema comum entre os indivíduos (como o alcoolismo, a menopausa, a disfunção erétil, a andropausa, a hiperatividade em crianças, as disfunções mentais, os transtornos alimentares, Alzheimer, etc.), passa a ser visto como algo que necessita de tratamento médico, já que é um desvio que precisa ser corrigido.

Este processo também é caracterizado pelo aumento das categorias e tipos de diagnóstico médico para os problemas humanos. Um dos exemplos citados pelo autor é a medicalização da obesidade, estado que, segundo Conrad, sempre foi um problema social e pessoal.

Os regimes e dietas para perda de peso existem há séculos. Entretanto, há duas décadas, a obesidade não era vista como um fator de risco para problemas médicos como, por exemplo, a hipertensão arterial, as doenças cardíacas ou o diabetes, mas como uma doença em si.

Peter Conrad demonstra como concomitantemente aos estudos sobre a obesidade houve, nos últimos anos, o crescimento das cirurgias bariátricas e do número de mortes atribuídas ao excesso de peso. Com isso, surge uma relação entre saúde e controle do peso.

De acordo com Deirdre Davies (1999), nas sociedades ocidentais contemporâneas as autoridades em saúde pública enfatizam que para ser saudável é necessário ser magro e controlar o peso. Esta perspectiva incorpora uma dimensão institucional, de estratégias de controle social e regulação dos corpos. O sobrepeso é sinônimo de falta de controle, indisciplina, desvio, perigo e "o que não é saudável".

Para Davies, os corpos são categorizados por meio de mensurações que estabelecem os graus de normalidade de peso, como o caso do índice de massa

corporal (IMC)[24]. Os termos epidemiológicos ("fatores de risco", "prevalência"), aliados às análises estatísticas, também são responsáveis pela divulgação e disseminação destas concepções acerca do excesso de peso, do mesmo modo que constroem a ideia de responsabilidade do indivíduo.

Podemos observar que o processo que culmina na medicalização da sociedade influencia os comportamentos e as concepções de saúde e doença dos indivíduos, na medida em que constitui modelos ou estilos de vida que são incorporados e difundidos (positiva ou negativamente) pela mídia, pela indústria farmacêutica, por áreas tecnológicas, por campanhas governamentais, pela escola.

Ao relacionarmos a anorexia e a bulimia ao processo de medicalização da sociedade, percebemos que tal relação atua em ambas as direções, no sentido de que estes "transtornos" não só são descritos como distúrbios psíquicos como estão imbuídos de valores socioculturais a respeito da gordura, do corpo obeso, da saúde, do uso de medicamentos ou técnicas de emagrecimento.

Tendo exposto alguns dos aspectos que impulsionaram o desenvolvimento do discurso biomédico, sua institucionalização e legitimação ao longo do tempo, podemos atentar para a questão dos sentidos atribuídos à doença como algo além de um conjunto de categorias universais da biomedicina (LAPLANTINE, 1991)[25]. A doença é um fenômeno social que só pode ser pensado dentro de um sistema simbólico que a define, confere sentido e estabelece os tratamentos a serem adotados (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). E ainda, pode resultar da vivência subjetiva dos indivíduos, algo que nos faz pensar na doença como processo e como experiência[26] (LANGDON, 1995).

---

[24] Produto da divisão da altura sobre o peso.

[25] Em sua análise sobre a antropologia da doença, François Laplantine demonstra como dentro da própria biomedicina há um pluralismo etiológico e terapêutico, no qual existem diversos sistemas e modelos que podem ser divergentes, antagônicos ou serem distribuídos de forma hierárquica.

[26] Segundo Ester Jean Langdon, a doença como processo pode ser caracterizada como um conjunto de estratégias socioculturais para o reconhecimento, diagnóstico e avaliação do tratamento da doença, que segue uma espécie de itinerário terapêutico. Já a doença como experiência é vista como um processo subjetivo construído dentro de um dado contexto cultural e vivenciado pelos atores. Neste tipo de entendimento, a doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais, mas algo subjetivo em que a experiência corporal é mediada culturalmente.

4.3 As metáforas da doença, seus diferentes significados e experiências

Conforme Marc Augé (1984 *apud* HERZLICH, 2004, p. 383), “[...] a doença é ao mesmo tempo a mais individual e a mais social das coisas”. Esta ideia exprime o paradoxo existente nesta relação, principalmente se tratarmos da experiência da doença.

Um exemplo desta concepção está presente no artigo de Janis Jenkins e Martha Valiente (1997) sobre a experiência corporal de refugiadas de El Salvador nos Estados Unidos que afirmam sentir *el calor*. Este estado corporal seria um fenômeno associado aos *nervios*, justificado via sensações de calafrio, formigamento, adormecimento da face e/ou do corpo, “choques elétricos”, agitação e “vontade de fugir”. As autoras demonstram como estas sensações estão associadas à cultura e às bases sociopolíticas, uma vez que grande parte destas mulheres teve experiências violentas que desencadearam problemas como episódios de “ataque de nervos”, um sintoma crônico por conta da exposição a este tipo de situação.

Outro caso que ilustra esta relação entre experiência e contexto cultural é o texto de Lindsay French (1997) acerca dos danos corporais e subjetivos em cambojanos que vivenciaram mais de vinte anos de guerrilha. Tais danos se apresentam na forma de amputações em vítimas desses conflitos, por conta da utilização de campos minados como principal arma. Estas minas geralmente não ocasionam a morte do indivíduo, mas são responsáveis pela desfiguração do corpo de suas vítimas, causando profundas conseqüências.

French estabelece algumas questões a respeito de como a amputação é sentida e experimentada por este grupo de pessoas. Sua orientação inicial parte da ideia de que existe uma construção cultural do *self* em diferentes dimensões, seja intelectual, física ou afetiva, que não podem estar separadas de um contexto político, econômico, religioso[27] e histórico os quais configuram as formas de poder e dominação. Isso faz com que estes indivíduos sejam marginalizados por esta estrutura hierárquica e tenham não só uma experiência corporal (via amputação), mas, ao mesmo tempo, social e emocional.

---

[27] O corpo intacto é um elemento fundamental para entender a noção de hierarquia e virtude expressa pela religião desse grupo - o Budismo.

Estes exemplos demonstram como a experiência da “doença” ou da deficiência física é vivenciada de diferentes maneiras dependendo do contexto e do grupo em que os indivíduos se encontram. Isso indica uma interação dinâmica entre o subjetivo e o social. Herzlich e Adam apontam ainda que:

> As diferenças de reação segundo as culturas não se referem somente ao estilo de reclamação ou a natureza da angústia associada a diferentes sintomas. Conforme as sociedades, atribuí-se maior ou menor interesse a diferentes órgãos ou diferentes partes do corpo (HERZLICH; ADAM, 2001, p. 72).

O fato de serem atribuídos sentidos e simbolismos à doença ou aos estados corporais e emocionais fora do campo das explicações biomédicas não significa que tais fenômenos destoem completamente do seu discurso e de suas práticas, especialmente com a difusão do conhecimento médico (BOLTANSKI, 1984). Além disso, estes sistemas estão inseridos numa mesma cultura, porém em posições diferentes. O papel do médico é interpretativo, voltado para a decodificação dos sintomas dos seus pacientes de acordo com as categorias da sua disciplina. Já o doente tem ideias próprias sobre seu estado de saúde, criando um “modelo explicativo” individual apoiado na sua realidade social (HERZLICH; ADAM, 2001). Em termos teóricos, o discurso explicativo ou a narrativa do doente é fruto de representações sociais, ou melhor, de um

> [...] encontro de uma experiência individual e de modelos sociais num modo de apreensão particular do real [...] Trata-se de um saber que os indivíduos de uma dada sociedade ou de um grupo social elaboram acerca de um segmento de sua existência ou de toda a sua existência. É uma interpretação que se organiza em relação estreita com o social e que se torna para aqueles que a ela aderem a própria realidade (LAPLANTINE, 2001, p. 242).

Essas narrativas também irão se distinguir conforme o tipo de doença e o próprio entendimento e atribuição cultural dada a ela, como apresenta Susan Sontag (1989) ao discorrer sobre a criação de metáforas sobre a doença, em especial o câncer e a Aids. De acordo com esta visão, as causas do câncer seriam descritas como algo produzido dentro do sujeito, enquanto a Aids se desenvolveria por intermédio de um fator externo. Isso implica em diversas considerações no que diz respeito às formulações médicas sobre o funcionamento do corpo humano e da manifestação da doença, assim como se reflete na própria identidade do doente, que pode estar sujeito a rotulações e a estigmas.

Outra face dessa questão está na formação de grupos (de doentes, familiares, amigos) que compartilham uma mesma experiência associada a uma determinada doença, a um estado físico ou emocional. Geralmente estes grupos de ajuda mútua discutem seus problemas e dificuldades, se informam sobre os estados e as forma de tratamento ou controle da doença, participam dos debates com os campos médico e político etc. A reunião destes indivíduos enfatiza suas experiências polivalentes em relação à doença, deslocando o foco de atenção para a voz do paciente.

Paralelo a isso, existem as pessoas que, por conta da difusão do discurso médico e dos meios de comunicação, têm acesso ao conhecimento acerca de seus estados de saúde ou doença sem terem sido diagnosticadas por algum especialista. Estas pessoas, chamadas de pacientes *experts*, são também parte de um processo de reformulação do modelo tradicional de relação entre médico-paciente, de supremacia da *expertise* profissional (GARBIN; NETO; GUILAM, 2008).

Seguindo a visão acerca dos aspectos de reprodução do conhecimento biomédico, alguns trabalhos apontam a Internet como um dos mecanismos de transmissão de informações sobre diagnósticos, tratamentos ou artigos médicos e de locais onde são debatidas tais ideias (fóruns, comunidades, *sites* de relacionamento em geral, páginas de institutos, portais de saúde, etc.) (CASTIEL, 2002; GARBIN; NETO; GUILAM, 2008). A Internet seria assim um espaço de popularização científica, ao mesmo tempo em que serve como um dos mecanismos da medicalização (VARGAS, 2010).

Como podemos observar, as questões relacionadas aos estados de saúde e doença perpassam a esfera institucional e do saber médico, podendo ser apropriadas, vivenciadas, difundidas de diferentes formas, mas dentro de um contexto sociocultural que possibilita esta diversidade de interpretações.

Ao longo dos próximos capítulos desta dissertação veremos como estas questões se aplicam ao caso dos transtornos alimentares em homens, não se restringindo apenas à relação entre magreza/saúde e gordura/doença, mas como algo que o discurso dos entrevistados sugere ser uma reformulação do discurso biomédico e com a descaracterização da doença como um estado negativo e patológico.

5 METODOLOGIA

[...] a ciência social muitas vezes toma o caráter de duplicação ou repetição, mas nunca é a mesma; e também adere à perspectiva de que o novo se constrói sobre os ombros dos antecessores.

Mariza Peirano

5.1 O contexto da pesquisa

Neste capítulo serão apontados alguns dos aspectos envolvidos na utilização da Internet como campo de investigação nas ciências sociais. Como se trata de um capítulo metodológico, esta breve reflexão será importante para a compreensão acerca do desenvolvimento deste estudo e de como suas particularidades servem para pensar algumas questões relacionadas à ética em pesquisa. Para isso, cabe fazermos algumas considerações sobre o processo de elaboração dessa metodologia.

Inicialmente, a proposta desta dissertação era entrevistar homens com diagnóstico de anorexia e/ou bulimia que estivessem em tratamento em um ambulatório ou grupo de apoio para transtornos alimentares na cidade do Rio de Janeiro. Foram contatados o Núcleo de Estudos sobre Transtornos Alimentares e Obesidade (NETAO) do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (INU/UERJ) que possui parceria com o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente do Hospital Universitário Pedro Ernesto (NESA/HUPE/UERJ); o Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares, ligado ao Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (GOTA/IEDE); e a Associação Brasileira de Transtornos Alimentares (ASTRAL BR), um grupo de apoio a pessoas que sofrem com este tipo de experiência.

Entretanto, após algumas semanas de contato com professores, pesquisadores (médicos, psicólogos, nutricionistas, etc.) e colaboradores atuantes nestes locais, constatei que seria inviável acessar o grupo pesquisado por meio institucional, tendo em vista a escassez de homens como pacientes e, no caso do grupo de apoio, de um espaço para a realização das atividades dessa instituição.

Além disso, havia a questão do tempo entre o contato institucional e a aprovação do projeto da dissertação no Comitê de Ética em Pesquisa (ou nos comitês, caso o trabalho de campo fosse realizado em uma das instituições citadas). Daí a minha opção em retornar ao campo dos grupos pró-anorexia e pró-bulimia utilizando a Internet como ferramenta de acesso a população do estudo, posto que a presença de homens neste ambiente já havia sido observada no meu trabalho de final de curso da graduação (SOPHIA, 2009).

A princípio a ideia era entrar em contato com estes sujeitos pela Internet e realizar as entrevistas através de um encontro face a face. Para facilitar o acesso aos entrevistados e delimitar a população de estudo, foi feito um levantamento de algumas comunidades do *Orkut* sobre o assunto e de seus participantes com o perfil masculino (nome e foto) que tivessem registrado a cidade do Rio de Janeiro como suposto local de origem/residência[28].

No entanto, não foi descartada a possibilidade de entrevistar os participantes pelo computador por meio do *MSN Messenger*[29] ou outro tipo de local "virtual" que permitisse uma comunicação sincrônica[30]. Este recurso seria utilizado em último caso. Entretanto, ao longo do trabalho de campo, tal questão precisou ser revista e passou a compor esta metodologia.

O fato de restringir o campo de estudo buscando entrevistar pessoalmente ou pela *web* homens que participam destes grupos e que moram no Rio de Janeiro demonstrou-se limitado por diversos motivos. Alguns perfis não possuíam local de origem ou apresentavam locais fictícios, como "obesolândia". Outra questão foi a grande presença de pessoas que residem em outros estados do Brasil.

Percebeu-se então, que a estratégia de limitar o campo em apenas uma cidade brasileira não levava em consideração as reflexões sobre o espaço "virtual" - considerado um ambiente em que pessoas de diferentes partes do país e do mundo

---

[28] Entre maio e julho de 2010 foram visitadas 45 comunidades "pró-ana" e "pró-mia" das quais foram contabilizados 334 perfis masculinos, sendo que apenas 50 homens tinham marcado em suas páginas pessoais o Rio de Janeiro como suposto local de origem/residência. Dos 50 perfis contatados neste primeiro levantamento apenas 01 homem participou da pesquisa.

[29] Um espaço onde os indivíduos podem conversar de forma simultânea. Para isso, basta que o sujeito tenha um cadastro no Hotmail (uma conta de email gratuito) e possua os endereços eletrônicos de outras pessoas.

[30] Para Dornelles (2004), o ambiente "virtual" possui dois tipos de comunicação, a sincrônica e a assincrônica. A comunicação sincrônica pode ser entendida como uma troca de mensagens simultâneas entre os indivíduos conectados na rede, a exemplo do *MSN Messenger*, *Skype*, salas de bate-papo (*chats*), *talk* do *Google* ou do *Orkut*, etc. Já na assincrônica, a mensagem é enviada, mas isso não significa que seu receptor irá respondê-la imediatamente. O *e-mail*, uma mensagem ou depoimento no *Orkut* são exemplos deste tipo de comunicação. Como veremos adiante, este estudo utilizou os dois tipos de comunicação.

costumam transitar com mais facilidade ao se conectarem ao computador, ao telefone e a outras tecnologias que permitem o acesso à rede -, nem explorava suas possibilidades. Este questionamento pode ser estendido como parte do processo de minha inserção no campo em que muitas das estratégias inicialmente propostas precisaram ser revistas, buscando observar mais atentamente a Internet. Contudo, o objetivo deste trabalho é fazer uma análise *no* campo "virtual" e não *do* campo "virtual"[31]. Isso explica o fato deste assunto ser tratado justamente neste capítulo e na análise (por conta da inclusão de perguntas no roteiro de entrevista (Anexo C) acerca de como é realizada a participação dos sujeitos contatados nas comunidades pró-anorexia e pró-bulimia).

Tais considerações foram incorporadas ao trabalho para sustentar e justificar a descrição do método utilizado, visando dar conta de alguns elementos que apareceram durante o campo relacionados às estratégias utilizadas para encontrar e convencer os entrevistados (as dificuldades e as facilidades de acesso), às observações dos locais, à ideia de tempo e de espaço, à diferença entre "estar em campo" e "estar apenas conectado", a questão do uso de uma linguagem para reproduzir gestos, tom de voz ou emoções que geralmente são expressos num encontro face a face, etc.

5.2 Como pensar um campo antropológico *na* internet?

Fazer um trabalho de campo antropológico *na* Internet necessita não só de uma descrição de todo o processo prático realizado no campo como também de aproximações teóricas a respeito do ambiente "virtual". Ao longo desta seção serão apresentados alguns dos pressupostos atrelados às especificidades deste campo.

Segundo Amaral (s/ano) o computador e a Internet podem ser utilizados como ferramentas metodológicas nas ciências sociais, tendo em vista a sua imensa versatilidade que ultrapassa a esfera do uso de programas e de outros recursos do

[31] Esta noção foi inspirada no artigo de Eunice Durham (1997) sobre as pesquisas antropológicas em populações urbanas. Neste artigo, a autora irá diferenciar os estudos urbanos realizados pela antropologia brasileira e pela Escola de Chicago. No Brasil, estes trabalhos não foram desenvolvidos para examinar o crescimento desordenado das cidades ou o fenômeno urbano em si, mas para investigar os elementos que operam em temas, conceitos e métodos da antropologia voltados para os grupos que vivem nas cidades. Daí a sua expressão da autora: "[...] trata-se menos de uma antropologia *da* cidade do que uma antropologia *na* cidade" (DURHAM, 1997, p. 19).

computador (*softwares*, *e-mails*, etc.), podendo ser um mecanismo de acesso a redes de relacionamento de grupos específicos. Através desta perspectiva, o computador além de ser uma máquina sofisticada passa a ser visto como um assistente de pesquisa.

Para a autora, a Internet e o computador estão inseridos em nosso cotidiano de diferentes modos e usos, fornecendo qualquer tipo de informação. Com isso, um pesquisador interessado em coletar dados ou posicionamentos a respeito de determinada questão não terá grande dificuldade se souber utilizar os mecanismos de busca disponibilizados na *web*. No entanto, ao mesmo tempo em que as informações podem ser encontradas, muitas delas desaparecem com rapidez. Isto seria apontado como um dos problemas a ser enfrentado pelo pesquisador.

O campo "virtual" é caracterizado pela diversidade de páginas e assuntos, assim como espaços em que interesses e identidades em comum podem se comunicar globalmente. Nestes lugares, as pessoas estão minimamente identificadas, mas isso não significa que não possa haver uma interlocução produtiva com estes sujeitos.

Conforme Amaral, o uso da Internet como meio de investigação requer algumas reelaborações de conceitos antropológicos como: "campo", "familiaridade com o grupo", "chegar ao campo", "sair do campo" e, principalmente a relação entre o pesquisador e o pesquisado, posto que "[...] não parece possível, por exemplo, entrevistar alguém na Internet sem que este alguém saiba exatamente qual a finalidade da entrevista e de que modo será usado seu depoimento" (AMARAL, s/ano, p.3).

Outro ponto importante está relacionado ao cuidado que o pesquisador deve ter ao acessar seus informantes, no sentido de que o tempo desses espaços é diferente, a forma de abordagem precisa ser cautelosa para não ser inconveniente e ser "deletado" do local. Ou seja, a autora fala de um conjunto de regras de etiqueta que o pesquisador precisa ter para acessar o grupo pesquisado, bem como ter o mínimo domínio das ferramentas e dos jargões utilizados.

A autora cita o trabalho de Suler (1996) que trata a *web* como "[...] um espaço psicológico, que favorece a exploração pessoal e grupal de emoções e identidades, capaz de criar novos comportamentos, propiciando inclusive o desenvolvimento de maior confiança entre as pessoas" (AMARAL, s/ano, p. 4). Tal concepção busca afirmar que a Internet não é destituída de pessoas vivas ou emoções:

> A necessidade de exprimir as emoções por escrito fez surgir o que os internautas chamam de *emoticons* (ícones de emoção), que constituem verdadeira pontuação nos textos da Internet. Ri-se, faz-se ironias, zanga-se, fica-se envergonhado, chateado, cansado e chora-se por escrito. Enviam-se flores virtuais, chocolates, músicas, poesias ou também vírus quando as coisas "vão muito mal" entre as pessoas" (AMARAL, s/ano, p.4).

Assim como Amaral, Guimarães Junior (1999) irá considerar a Internet como algo além de um meio de comunicação, sendo um local de sociabilidade em que se desenvolvem práticas culturalmente determinadas e relativamente autônomas. De acordo com esta visão, o ambiente "virtual" oferece suporte "[...] a um espaço simbólico que abriga um leque muito vasto de atividades de caráter societário, e que é palco das práticas e representações dos diferentes grupos que o habitam" (GUIMARÃES JR., 1999, p. 2). A Internet é vista como um *locus* de complexidade, heterogeneidade, estilos de vida, etc. em que *personas* constituem localidades e territorialidades (GUIMARÃES JR., 1999; Dornelles, 2004).

A ideia de "território" que se aproxima desta perspectiva e que é defendida neste trabalho pode ser entendida através do conceito de unidade social ou sociação de Georg Simmel (1984). Para o autor: "A sociedade existe onde quer que vários indivíduos entram em interação. Esta ação recíproca se produz sempre por determinados instintos ou para determinados fins" (SIMMEL, 1984, p. 59). O que importa neste tipo de interação não é o espaço geográfico ou geométrico, mas "as forças psicológicas" ou "os fatos espirituais" que aproximam, unem, distanciam ou separam as pessoas e os grupos (MORAES FILHO, 1983). Isto é, são os interesses ou sentimentos (positivos ou negativos) em comum responsáveis por graus de interação entre os indivíduos e pelo estabelecimento de fronteiras[32].

Velho (1999) aponta para a noção de que a espacialidade não é definida, mas flexível, assim como a questão dos papéis sociais nas sociedades complexas. Ao mesmo tempo em que há a coexistência de diferentes estilos de vida e visões de mundo, existe uma ação coletiva organizada, sustentada em crenças e valores compartilhados (VELHO, 1999, p. 14). Neste sentido, o autor demonstra a falta de

---

[32] Em minhas observações, pude perceber que no *Orkut*, assim como em outras páginas da Internet, há uma política de acesso que pode restringir a participação de pessoas (por questões de conteúdo descrito no lugar, idade, etc.), advertindo e/ou excluindo usuários cujo comportamento é considerado impróprio por aqueles que fazem parte de determinada rede de relacionamento e que são representados pela figura do(s) moderador(es) (o fundador e regulador desse espaço) – a exemplo do trecho da mensagem de abertura de uma das comunidades visitadas:"Peço que não abram tópicos diversos com o mesmo assunto. Reclamações contra outros membros ou contra algum tópico, fazer no meu perfil ou no da moderadora, ok? Tópicos com assuntos diversos do objetivo da Comu [comunidade] [...] serão excluídos".

rigidez das organizações coletivas que, mesmo possuindo algum tipo de ordem, abrem espaço para as modificações. As comunidades “virtuais” foram pensadas com base nestas ideias.

Observar uma comunidade pró-anorexia e pró-bulimia buscando encontrar integrantes com o perfil masculino não significa que todos que transitam neste lugar estejam de acordo com a população delimitada pela pesquisa. Um sujeito pode participar deste espaço para dar apoio, por diversão, para criticar este comportamento, por ser um profissional de saúde, um estudante, um familiar de alguém com transtornos alimentares ou mesmo um pesquisador. A aparente quantidade de sujeitos nas comunidades observadas esconde diversas motivações que fogem dos objetivos deste estudo, mas demonstram a heterogeneidade deste grupo e o principal elemento que o une, o próprio tema em questão. A presença da diversidade de objetivos nestes locais não exclui alguns aspectos discursivos, experiências e recursos visuais característicos deste grupo.

Outra questão atrelada a esta discussão está na flexibilidade das identidades dos sujeitos que pela *web* têm a possibilidade de criar um perfil ideal, com nome, apelido, fotos, frases, idade, origem/residência, orientação sexual, situação conjugal, comunidades e “amigos” que corroboram na construção desta identidade virtual. Esta idealização pode ou não ser “descoberta” durante a pesquisa e isso, não necessariamente, comprometerá a validade destas informações. Cabe ressaltar que o elemento importante é o contexto em que este perfil e a “fala” do entrevistado se inserem, o que a junção de diversos fatores tem a dizer a respeito do fenômeno estudado.

Isto nos remete ao que Clifford Geertz (1989) considera como um trabalho de campo antropológico. Segundo o autor, a antropologia é uma “ciência interpretativa” que utiliza a “descrição densa” como forma de detalhamento das situações ocorridas durante o campo que, a partir da elaboração de uma estrutura de significados ou códigos estabelecidos, busca decifrá-los – como no exemplo clássico da piscadela de Gilbert Ryle citado pelo autor. Esta concepção faz com que a tarefa do antropólogo se assemelhe à do crítico literário, uma vez que através de “[...] uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas uma às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar” (GEERTZ, 1989, p. 20). Assim, o trabalho de campo na antropologia

representa uma espécie de leitura de um manuscrito repleto de elementos estranhos e complexos aos olhos do investigador.

5.3 O desenvolvimento do campo prático, algumas questões sobre ética em pesquisa e a caracterização da população de estudo

Por se tratar de um trabalho que envolve seres humanos, de acordo com a Comissão Nacional em Ética em Pesquisa (CONEP)[33], este projeto passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP-IMS/UERJ) sendo aprovado em 09 de setembro de 2010 (CAAE – 3145.0.000.259-10)[34] (Anexo A).

Entretanto, como mencionado anteriormente, a parte prática desta pesquisa foi desenvolvida através de um processo de adaptações e incorporações de elementos em que foram levados em consideração a própria especificidade do campo (a Internet) e os preceitos éticos da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, que aponta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Uma das primeiras mudanças ocorridas foi a criação de uma conta de *e-mail* (que também possui acesso ao *MSN Messenger*) e de um perfil no *Orkut* em nome da pesquisa. Por serem espaços em que costumo transitar, no primeiro levantamento percebi que precisava delimitar o que fazia parte do meu campo de estudo e o que era voltado para as minhas relações pessoais, acadêmicas, etc., uma vez que num campo *off-line* a possibilidade do estabelecimento destas fronteiras pode ser visualizada com mais nitidez (dependendo do tipo de temática abordada, da relação biográfica do pesquisador com o tema). A decisão em estabelecer esta forma de distanciamento teve também o intuito de evitar algum tipo de constrangimento das partes envolvidas e facilitar o processo de observação, de abordagem, de coleta e de armazenamento de informações.

---

[33] Segundo a Resolução nº 196, de 09 de outubro de 1996, é considerada uma pesquisa envolvendo seres humanos aquela "[...] que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais".

[34] O título do projeto submetido ao Comitê de Ética foi ao logo da pesquisa substituído por outro com um conteúdo mais pertinente aos objetivos trabalho.

Devido a questões de cunho ético e formal da pesquisa, tanto o *e-mail* como o *Orkut* apresentam uma breve explicação acerca do estudo e de seus objetivos (Figuras 1 e 2), assim como uma nota de esclarecimento sobre a utilização das informações concedidas pelos entrevistados, alguns aspectos associado ao anonimato dos depoimentos e a presença dos endereços eletrônicos da pesquisa e do comitê de ética para contato em caso de dúvida ou reclamação. Esta nota de esclarecimento contém as mesmas informações do termo de consentimento, mas de forma adaptada. Assim, os interessados poderiam ter livre acesso à descrição do estudo e sanar suas dúvidas sem a necessidade de um contato preliminar com a pesquisadora.

Figura 1 - Perfil da pesquisa no *Orkut*

Figura 2 - Perfil da pesquisa no *MSN Messenger*

Após a criação destas contas foi feito um segundo levantamento de comunidades pró-anorexia e pró-bulimia do *Orkut*, através de uma busca simples com os termos: “ana e mia”, “anorexia masculina”, “anorexia” e “bulimia”. Estes espaços eram observados após o aceite de participação do perfil da pesquisa, que poderia ser automático ou por meio do consentimento do moderador. Nesta etapa, foram visitadas 21 comunidades em que foram observadas as descrições, as comunidades relacionadas, os fóruns e seus participantes.

Neste processo, podemos destacar a importância dos fóruns como recursos bastante utilizados por aqueles que acessam os espaços “pró-ana” e “pró-mia”, na medida em que costumam discutir dietas ou outras práticas de emagrecimento, revelam suas metas de peso, seus conflitos, postam mensagens de apoio, escrevem e comentam diários, etc.

Tabela 3 - Comunidades visitadas e seus respectivos participantes

COMUNIDADES	TOTAL DE PARTICIPANTES	NÚMERO DE HOMENS
Blog's Pró Ana e Mia	945	29
Bulimia e Anorexia: Eu superei	2420 (404)*	17
APOIO ANA/MIA	166	10
Meu Diário Anna & Mia ® .	3194 (172)*	3
NOO FOOD	610	9
★Meu diário ana e mia	624	22
Promessas ana & mia 2011	216	7
Ana/Mia Rio Grande do Sul	112	3
Casa da Ana e Mia	31	0
Gay - ana/mia ♥	53	6
Ana-Mia DICAS	219	4
Anorexia/Bulimia eu superarei!	72	5
conselhos de pró ana e pró mia	69	5
Vou ser Magra a qualquer custo	2409 (650)*	3
União Pró Ana e Mia - Oficial	85	0
Sensação boa de estômago vazio	132	2
Você pode vomitar tudo,	1696 (49)*	2
Ana & Mia BFF-	267	6
eu já tive ou tenho anorexia	317 (311)*	25
SUPEREI A ANOREXIA	225	15
Eu Tenho Bulimia!!!	261	11
TOTAL 21	5.673	184

*Muitas comunidades apresentavam um determinado número de filiados, mas disponibilizava apenas uma parte deles/Este segundo levantamento foi realizado entre novembro de 2010 e janeiro de 2011.

Paralelo a isso, foram elaboradas mensagens de abordagem deixadas nestes fóruns e nas páginas pessoais dos possíveis entrevistados com um resumo sucinto da pesquisa e com um convite à participação.

> Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPCIS/UERJ) e estou efetuando uma pesquisa sobre os aspectos socioculturais que envolvem os casos de anorexia e bulimia em homens. Gostaria de trocar informações com homens que passam ou passaram por esta experiência. Meu e-mail é [...].

No caso do texto deixado nos fóruns, o mesmo serviu para que alguns dos frequentadores, que se filiaram a estes espaços após a minha visita, pudessem entrar em contato ao lerem seu conteúdo. Mesmo que este tipo de abordagem fosse

indireta, tal estratégia permitiu que o pesquisado tivesse a livre e espontânea vontade em participar do estudo.

Já nos perfis visitados, tais mensagens eram acompanhadas de uma solicitação (ou convite) para fazer parte da lista de contatos (ou dos "amigos"[35]) destas páginas pessoais. Junto à solicitação também era enviado um texto reduzido ("Olá, faço uma pesquisa sobre transtornos alimentares. Gostaria de conversar com você sobre o assunto".), visto que alguns destes locais eram bloqueados para ações de desconhecidos. Desta maneira, um dos recados servia como meio de acesso ao entrevistado.

O propósito destas mensagens era provocar o interesse pelo trabalho. Contudo, cabe destacar que este interesse não era uma garantia de participação dos contatados e nem significava que todos os interessados estivessem conforme a população estudada - a exemplo do que foi dito na seção anterior sobre as diferentes motivações para a participação em uma comunidade. Isto pode ser visto durante o levantamento supracitado em que das 21 comunidades observadas, 184 homens foram contatados, 85 aceitaram as solicitações feitas através do *Orkut*, 51 enviaram um convite para o *MSN* da pesquisa e 20 foram entrevistados.

Depois da aceitação do convite de participação, era enviado um "depoimento" com um recado de agradecimento, tendo em vista que esta ferramenta do *Orkut* possibilita escrever mensagens reservadas (ou públicas, mas que precisam da aceitação daquele que a recebe) sem que o restante dos participantes tenham ciência de seu conteúdo. Esta medida funcionou como uma tentativa de garantir o anonimato do possível entrevistado. Além disso, este recado possuía uma "pergunta filtro" para a seleção dos sujeitos com as características do estudo:

> Gostaria de agradecê-lo por me adicionar ao seu perfil. Você passa ou passou pela experiência de ter anorexia ou bulimia? Gostaria de participar da pesquisa? Caso sim, poderia adicionar meu endereço [...] ao seu *MSN* para eu esclarecer alguns aspectos da pesquisa?

Em alguns casos o envio desta segunda mensagem não foi necessário, pois os sujeitos automaticamente adicionavam o *e-mail* da pesquisa à sua lista de contatos do *Messenger*. Daí a necessidade de perguntar se o participante passa ou

---

[35] Geralmente, para estabelecer qualquer tipo de relacionamento no *Orkut* e no *MSN* é necessário que cada sujeito tenha o contato do outro. Para isso, é feita uma solicitação de participação que pode ser aceita ou não. Quanto à questão da "amizade" citada, em ambos os espaços utilizados nesta pesquisa existem ferramentas que possibilitam a classificação dos contatos entre os mais próximos (os amigos, por exemplo) e os mais distantes (qualificados como "não conheço", "desconhecido", etc.).

passou pela experiência de ter ou não anorexia ou bulimia ao início de cada entrevista.

Outro elemento a ser apontado está na relação entre os tempos de envio e de resposta destas mensagens. Uma resposta pelo *Orkut* poderia ser dada rapidamente após o envio de um texto (de forma sincrônica) ou, como em alguns casos, poderia levar algumas horas, dias ou semanas (assincronismo).

Ao mesmo tempo em que eram respondidas as mensagens, vinham os pedidos de acesso ao *MSN* da pesquisa - local onde eram esclarecidos a respeito do estudo e apresentados ao termo de consentimento[36]. Muitos, antes mesmo da entrevista, contavam suas diversas experiências.

Destaco ainda, outro aspecto atrelado à concepção de tempo durante as entrevistas. Por ser um campo cujo acesso pode ser realizado 24 horas por dia, muitas observações e entrevistas foram realizadas em horários e dias diversos. Em algumas situações, bastava se conectar à Internet que automaticamente a conversa se iniciava como, por exemplo: um dia em que acessei a *web* por algum motivo pessoal e esqueci que o *MSN* possui uma ferramenta que, se ativada pelo usuário, inicia o “bate-papo” quando é realizada a conexão.

Quanto ao perfil dos entrevistados (Tabela 4)[37], este foi traçado a partir de um conjunto de itens incorporados ao roteiro de entrevistas, contendo questões socioeconômicas, como: idade, escolaridade, renda, profissão, município/estado, situação conjugal, orientação sexual e cor/raça.

Algumas dessas informações foram inseridas (em especial, a profissão, a orientação sexual e a cor/raça) por conta do que foi descrito no capítulo acerca dos debates existentes nas ciências médicas sobre as peculiaridades do grupo de risco para anorexia e bulimia masculina. A inserção destes elementos ao roteiro não tem o propósito de ratificar o discurso biomédico a respeito, mas de apresentar as características dos homens entrevistados neste trabalho com informações que constam em outros estudos sobre o assunto[38].

---

[36] Foi pedido que enviassem um *e-mail* para confirmação da participação, mas grande parte dos entrevistados não respondeu esta mensagem. Por este motivo, tomo como comprovação do aceite dos participantes as mensagens e as entrevistas arquivadas nas contas da pesquisa no *Messenger* e no *Orkut*. O mesmo foi feito com as conversas informais entre a pesquisadora e os contatados.

[37] Esta tabela foi elaborada com o intuito de mostrar de forma sucinta as características dos entrevistados.

[38] Ao observamos a Tabela 4, podemos perceber que muitos dos entrevistados não possuem ligação com profissões ditas de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares (atletas, modelos, bailarinos,

Já o roteiro de entrevista semi-estruturado foi elaborado com intuito de investigar a experiência dos entrevistados sobre o fato de ter ou ter tido um comportamento considerado anoréxico e/ou bulímico, e quais são ou eram suas estratégias para lidar com esta situação. Tais concepções estão subdivididas em quatro blocos: (1) os relatos, no passado e no presente, a respeito das práticas e cuidados com o corpo (exercício físico, dieta, uso de cosméticos, medicamentos, cirurgia) utilizadas para se obter o formato corporal desejado; (2) a participação em grupos pró-anorexia e pró-bulimia da Internet; (3) a relação dos familiares, amigos e conhecidos neste processo; e, quando for o caso, (4) a visão do entrevistado sobre o processo de tratamento médico.

Tendo como base tais itens, esta pesquisa entrevistou 20 homens entre 13[39] e "mais de trinta anos" que declararam passar ou ter passado por algum tipo de experiência relacionada à anorexia e à bulimia. Contudo, esta experiência pode ter sido ou não diagnosticada e tratada por profissionais de saúde.

Esta população possui uma pequena variação de cor/raça (entre 11 homens brancos e 9 pardos) e de orientação sexual (7 homossexuais, 7 heterossexuais e 6 bissexuais)[40], ao mesmo tempo em que apresenta uma diferenciação nas informações acerca da escolaridade, da renda, da profissão e dos estados[41] em que os participantes declaram residir. A única pergunta que obteve a mesma resposta em todas as entrevistas foi o item sobre o "estado civil" em que todos os participantes afirmaram estar "solteiros".

Por fim, mesmo sabendo que a Internet é um campo onde é bastante difícil estabelecer um "início" e um "fim" para a pesquisa (AMARAL, s/ano), optei por "fina-

---

militares, etc.), especialmente por conta da maior parte do grupo ser composta por estudantes.

[39] Sobre as implicações éticas em entrevistar menores de idade, considero que ao transitar nestes espaços "virtuais" estes jovens possuem certa autonomia em relação ao controle dos pais, ao mesmo tempo em que é nesta faixa etária que a literatura biomédica aponta para o desenvolvimento dos transtornos alimentares. Como veremos no próximo capítulo, alguns relatos demonstram que este comportamento tem início na adolescência e não é facilmente detectado pelos pais.

[40] O tópico acerca da orientação sexual foi inserido ao roteiro com certo temor, visto que seria uma pergunta delicada a ser feita aos participantes. Contudo, durante as entrevistas muitos rapazes diziam de antemão sua orientação sexual, demonstrando falta de constrangimento com o assunto. Outro ponto que chama atenção em relação a esta pergunta é o fato dos adolescentes entrevistados terem esta percepção e se autodefinirem como heterossexuais, homossexuais ou bissexuais numa fase da vida que costuma ser de descobertas sexuais.

[41] Quanto ao item estado/município referente às perguntas sobre a caracterização da população, existe uma diferença entre o que foi observado nas comunidades e a amostra desta pesquisa. A maioria dos estados citados nas comunidades que, supostamente, são os locais de origem/residência dos homens contatados são: Paraná, São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Entretanto, como podemos visualizar na tabela acima, este fenômeno não se concentra em algumas regiões, mas em todas as partes do Brasil.

Quadro 1 – perfil dos entrevistados

Entrevistado	Idade	Cor/raça	Escolaridade	Renda	Profissão	Estado	Estado Civil	Orientação sexual	Passou por tratamento médico?
A	27	Branco	Ensino médio completo	Menos de 2 salários (R$ 1.000,00)	Administração	RJ	Solteiro	Homossexual	Não
B	25	Branco	Superior completo	acima de 10 salários	Estilista e agente de modelos	SP	Solteiro	Gay	Sim
C	19	Branco	Ensino médio completo	Menos de 1 salário (R$ 250,00)	Secretário	SP	Solteiro	Gay	Sim
D	“Mais de 30”	Branco	Superior completo	Menos de 20 salários (R$ 10.000,00)	Professor	SP	Solteiro	Hetero	Não
E	21	Branco	Superior incompleto	2 salários	Estudante e interprete de sinais	MS	Solteiro	Bi	Não
F	17	Branco	Ensino médio completo	*	Desempregado	MG	Solteiro	Hetero	Sim
G	17	Pardo	Ensino médio incompleto	*	Estudante	PE	Solteiro	Bissexual	Não
H	18	Branco	Ensino médio completo	*	Trabalha em um escritório	SP	Solteiro	Bi	Não
I	21	Pardo	Superior incompleto	*	Estagiário em TV	AM	Solteiro	Gay	Sim
J	17	Pardo	Ensino médio incompleto	Menos de 5 salários (R$ 2.500,00)	Estudante	AC	Solteiro	Gay	Sim
K	18	Pardo	Ensino médio incompleto	*	Estudante	RJ	Solteiro	"Acha que é bi"	Não
L	18	Branco	Ensino médio completo	2 salários (R$ 1.090,00)	Militar	MG	Solteiro	Heterossexual	Sim
M	15	Pardo	Ensino médio incompleto	*	Estudante	PE	Solteiro	"Mulher"	Não
N	18	Pardo	Superior incompleto	Menos de 6 salários (Entre R$ 2.000, 00 e R$ 3.000,00)	Estagiário	PE	Solteiro	Gay	Não
O	23	Branco	Superior completo	Mais de 2 salários (aproximadamente R$ 1.200,00)	Chefe de cozinha	RJ	Solteiro	Hetero	Sim
P	20	Branco	Superior incompleto	"Tem uma vida agradável e confortável"	Trabalha na empresa do pai, é professor/gestor de um projeto em uma universidade pública	ES	Solteiro	Bissexual	Sim
Q	17	Branco	Ensino médio incompleto	*	Estudante	DF	Solteiro	Bissexual	Não
R	18	Pardo	Superior incompleto	*	Estudante	AM	Solteiro	Heterossexual	Sim
S	19	Pardo	Superior incompleto	Menos de 8 salários (Entre R$ 3.000,00 e R$ 4.000,00	Modelo fotográfico e propaganda	DF	Solteiro	Hetero	Sim
T	13	Pardo	Ensino fundamental incompleto	*	Estudante	SP	Solteiro	Heterossexual	Não

lizar" este processo com uma mensagem de agradecimento/término das entrevistas exposta nas páginas iniciais do *Orkut* e do *Messenger*.

Esta mensagem também foi enviada à lista de contatos dos homens que faziam parte do perfil da pesquisa.

> Agradeço a todos pelo interesse em participar desta pesquisa. Muitos foram contatados e alguns se dispuseram a relatar suas experiências [...]. Esta pesquisa já atingiu sua cota de entrevistas e, por este motivo, não entrará em contato com alguns de vocês.
> Mesmo com o término do campo, o *e-mail* da pesquisa e a conta do *Orkut* ficarão ativos para melhores esclarecimentos. Quando o trabalho estiver finalizado irei disponibilizá-lo a quem tiver interesse.

No próximo capítulo faremos uma análise dos depoimentos dos entrevistados acerca do fenômeno estudado. Tais informações serão discutidas seguindo a ordem dos blocos apresentados no roteiro de entrevistas.

6 OS RELATOS DOS ENTREVISTADOS SOBRE A ANOREXIA E A BULIMIA

Sou homem ana [anorexia]. Isso não quer dizer que eu tenha diagnóstico de anorexia, mas sim que gosto de ser muito magro e de pessoas magras. Ao contrário da maioria dos homens, que querem mais músculos, eu gosto de ficar magrinho, costelas saltadas, sem músculos. Gosto também de exibir meus ossos [...].

Fragmento retirado de um dos perfis visitados no *Orkut*[40].

6.1 Uma síntese

O trecho que abre este capítulo resume boa parte dos elementos que serão observados nos relatos dos entrevistados, bem como aponta alguns aspectos discutidos teoricamente nos capítulos anteriores. Este fragmento demonstra a tensão existente entre os significados atrelados ao modelo hegemônico de corpo masculino, caracterizado em nossa cultura pela figura do homem com músculos desenvolvidos, e um formato corporal que foge desse padrão, representado pelo homem magro. Além disso, é apresentada uma ideia pautada na magreza como um objeto de desejo que deve ser exibido e privilegiado.

Por ser um conteúdo exposto em um perfil do *Orkut*, que se conecta a uma rede de pessoas e de comunidades sobre o assunto, de alguma maneira esta informação é compartilhada e difundida, caracterizando assim, outras formas de entendimento e de significados atribuídos a uma categoria de origem biomédica, como os transtornos alimentares.

Deste modo, a anorexia e a bulimia transitam entre diferentes concepções e experiências que devem ser levadas em consideração. Daí a opção de análise dos depoimentos e das informações obtidas nos perfis destes homens/rapazes, buscando aproximações e divergências com o discurso dominante acerca da temática desta dissertação na tentativa de desconstruí-lo.

No decorrer deste capítulo serão investigados os seguintes pontos: as percepções dos entrevistados sobre a aparência física (no passado e no presente) e

---

[40] Por questões éticas, preferi não citar o nome nem o endereço do perfil em que retirei este trecho.

suas as estratégias de cuidado com o corpo; o papel dos familiares, amigos e colegas; a participação em grupos pró-anorexia e pró-bulimia; o contato com pessoas favoráveis a estes comportamentos; e o processo de tratamento médico, descrito por aqueles que declaram passar ou ter passado por ele.

Veremos que estas experiências são diversificadas por conta da própria história de vida de cada entrevistado. No entanto, estes relatos possuem algo em comum, como a vontade incessante de se estar “bem”, de não se sentir excluído ou rechaçado socialmente pela sua aparência corporal.

Por se tratarem de entrevistas realizadas pela Internet (espaço em que as pessoas costumam adotar uma escrita livre, com abreviações, *emoticons*, palavras com letras destacadas (em maiúsculo, em negrito ou em itálico e fontes coloridas) (AMARAL, s/ano; REIS, 2008)), cada pedaço citado foi adaptado e uniformizado para facilitar o entendimento destes depoimentos.

6.2 A aparência física é uma preocupação masculina?

No capítulo sobre as representações e o caráter simbólico dado ao corpo (capítulo 2) vimos de que forma este ultrapassa a dimensão orgânica, sendo moldado conforme os preceitos e os padrões socioculturais. O meio social seria assim responsável pela criação de símbolos para cada parte do corpo, para cada movimento ou comportamento dos indivíduos. Neste bojo, discutimos como tais elementos se distribuem entre os grupos de forma desigual. Ou seja, existem modelos de comportamentos ou práticas, de valores, de formato corporal, etc. que são privilegiados socialmente em contraste com outros de menos valia, que podem ser inferiorizados, marginalizados, estigmatizados.

A preocupação excessiva de alguns homens com a aparência física, especialmente com o corpo isento de gordura e sem músculos desenvolvidos, é um exemplo que diverge de um tipo de forma física considerada masculina. Ninguém estranharia se encontrássemos um homem numa academia de ginástica fazendo exercícios que desenvolvam os ombros, as costas, o peitoral e os braços, regiões superiores do corpo ligadas a um ideal estético e aos aspectos simbólicos de força e virilidade atrelados à masculinidade (SABINO, 2000). Este comportamento é visto

como algo que reforça as construções sociais a respeito da masculinidade hegemônica, principalmente aquelas que acreditam numa causa orgânica, numa suposta essência ou natureza do homem. De acordo com esta visão, o corpo esbelto estaria associado às mulheres, aos homossexuais e aos bissexuais masculinos, tendo em vista a noção de que são grupos que costumam se preocupar mais com o formato corporal do que os homens e as lésbicas por apresentarem uma relação com a essência feminina (CARLAT; CAMARGO JR.; HERZOG, 1997).

Como vimos capítulo 3, os estudos sobre masculinidade irão apresentar a ideia da existência do homem no plural, isto é, a presença de modelos de masculinidades que interagem entre si e com o padrão hegemônico (CONNELL, 1995; KIMMEL; MESSENER, 1998). Estas variações são dinâmicas e contextuais, algo que permite, enquanto formulação teórica, uma articulação com questões como o excesso de cuidado de alguns homens com a aparência física na contemporaneidade. O advento da “metrossexualidade” serve de exemplo, na medida em que se refere a homens adultos, heterossexuais, extremamente vaidosos, moradores das metrópoles, adeptos de produtos e tratamentos de beleza, que usam roupas de grifes famosas, etc. (SILVA, 2005).

Ao transportamos estas reflexões para a análise dos relatos dos entrevistados, veremos que a preocupação com a forma física é algo bastante citado. Isso demonstra como o discurso “lipofóbico” (de horror à gordura) das sociedades ocidentais contemporâneas não só afeta as mulheres como os homens.

Quando indagados sobre a percepção da própria aparência física e do sentimento de satisfação com ela, boa parte das respostas dadas pelos entrevistados demonstra insatisfação, como podemos verificar nos fragmentos abaixo:

> Não estou satisfeito com ela. Sempre me sinto acima do peso! (B; 25 anos)

> No momento, não. Quero perder alguns quilos. Tenho 1,80 e estou com 70 kg, queria voltar para 64 ou 62 kg.´ (D; “Mais de 30 anos”)

> No momento quero emagrecer 12 quilos [...]. Reconheço que tenho transtornos. Afinal, há dias em que quero malhar (definir o corpo), há outros em que quero emagrecer. (G; 17 anos)

> Não estou satisfeito com meu corpo. Preciso de uma lipo. (H; 18 anos)

> Mais ou menos. Ainda acho que posso perder uns 3 ou 5 quilos. (I; 21 anos)
>
> Um dia me acho bonito, outro não, me acho feio. Agora estou gordo. Em 2 anos ganhei oito quilos. Minha barriga está grande agora. Estou acima do peso, mas não vomito mais como normalmente. (J; 17 anos)
>
> Não gosto, não me agrada. Não sei, queria que fosse diferente, mais magro. (K; 18 anos)
>
> Não estou satisfeito. Por mim, teria de perder mais uns 8 quilos aproximadamente, mas perante o médico, estou apenas 2 quilos acima do meu peso. (L; 18 anos)
>
> Olha, já me achei ridículo, mas ainda não me agrada. A cada olhada no espelho é um desespero, é uma pressa que sinto em emagrecer. (O; 23 anos)
>
> Não, ainda me acho muito gordo e gostaria de emagrecer [...]. Faço dietas constantemente e malho, mas quero fazer uma plástica no fim do ano. (P; 20 anosl)
>
> Jamais, estou obeso e inútil... por isso entrei novamente no NF ['*no food*' – ficar sem comer, períodos de jejum]. (Q; 17 anos)
>
> Não gosto muito do meu corpo. O pessoal daqui diz que é legal, mas eu não gosto. (R; 18 anos)
>
> Gordo, muito gordo que as meninas nem ligam para mim. (T; 13 anos)
>
> A princípio pretendo perder mais 10 [quilos]. Eu era muito gordo, mais que hoje. Mas emagreci, mas não estou satisfeito. Me sinto muito grande, gordo, horrível. (Retirado de uma conversa informal com um dos contatados)
>
> Depende do dia. Acho bonito quando estou bem magro, mas também sinto um pouco de vergonha. [Pesquisadora: Por que sente vergonha?][41] Porque o padrão para homem é musculoso. As pessoas acham estranho homem muito magro. (Retirado de uma conversa informal com um dos contatados)

A inquietação com a gordura corporal é claramente expressa, mesmo que seja sentida ou percebida em algumas situações. A gordura a que estes homens se referem está concentrada, especialmente, na região abdominal. Esta ideia se aproxima da noção desenvolvida por Herzlich e Adam (2001) no capítulo 4 sobre como as sociedades costumam atribuir maior ou menor interesse a diferentes órgãos ou partes do corpo.

De acordo com o discurso médico, o excesso de gordura no abdome não apenas costuma ser um indicador de que um indivíduo está acima do peso como ainda representa uma tendência para o desenvolvimento de doenças

[41] As perguntas referentes aos blocos do roteiro de entrevistas foram, em alguns casos, colocadas numa mesma citação como forma de facilitar a compreensão dos trechos das entrevistas. Durante o campo tais questões eram introduzidas a conversa com o participante na medida em que as respostas se desenvolviam.

cardiovasculares e o diabetes (DAVIES, 1999; CONRAD, 2007). Por outro lado, este aumento da gordura corporal também representa o distanciamento do padrão estético tido como ideal em nossa sociedade. Não por acaso a menção de cirurgias de retirada de gordura localizada, como a famosa lipoaspiração, como um tratamento imediato e eficaz na redução de medidas.

> Pesquisadora: Você mudaria alguma coisa em seu corpo? O que você mudaria nele?
>
> Barriga. Acho flácida. (B; 25 anos)
>
> Uma plástica no nariz [...] e uma lipo na cintura e na barriga. (H; 18 anos)
>
> Cirurgia para gordura localizada na área do abdômen. Depois que emagreci fiquei com um pouco de barriga e, mesmo indo para academia, ela não some! (I; 21 anos)
>
> Gostaria de perder barriga e coxas. Sim, faria uma lipo. Eu era muito magro, mas engordei muito rápido e eu odiei aquela fase. (L; 18 anos)
>
> Por mim, tudo. Meu sonho é nascer em uma cirurgia plástica ou lipo, tanto faz. Só não mudaria meu sorriso, eu acho. (O; 23 anos)
>
> Barriga. Na verdade, do pescoço para baixo até a cintura. (P; 20 anos)
>
> Faria lipo abaixo da barriga para tirar a gordura localizada. (R; 18 anos)
>
> As gordurinhas que atrapalham [...]. Na barriga, [para] tirar a gordura. (T; 13 anos)

A popularização das cirurgias plásticas e dos tratamentos estéticos hoje em dia se apresenta como uma medida eficaz na retirada da gordura indesejada e na modificação dos traços percebidos como “imperfeições corporais”. Estas técnicas advindas da área biomédica ganham novos significados, passando para uma condição “quase moral” e fornecendo critérios de avaliação individual em que a obtenção da melhor forma física, da jovialidade e da longevidade são almejadas (ORTEGA, 2003).

Os aspectos citados são apropriados pelos discursos dos entrevistados, como mecanismos de mudança de uma condição corporal. Como se ao fazerem uma cirurgia plástica ou tratamento estético, eles pudessem “nascer de novo”, mudar de *status* (MELO, 2004) ou alcançar a “felicidade”.

Tais questões nos remetem às análises de Mary Douglas (1976) e Robert Hertz (1980) sobre os aspectos simbólicos, responsáveis por categorizações, distinções sociais e interdições ao corpo. Estas concepções são aplicadas ao tema, tendo em vista que a gordura é apresentada como uma impureza presente no corpo que necessita ser expurgada e evitada.

Deste modo, a gordura atuaria como um fator de diferenciação social no sentido de que somos classificados pelo nível de gordura corporal e, portanto, podemos ser estigmatizados, marginalizados ou ter uma "morte simbólica"[42] por não estarmos enquadrados aos padrões aceitáveis de beleza e saúde. Daí a noção, anteriormente citada, de que o corpo é repleto de signos distintivos (GOLDENBERG; RAMOS, 2002).

Outros recursos utilizados para o controle do peso e do formato corporal, que também podem ser observados nos relatos analisados, são as dietas e os exercícios físicos que nem sempre estão atrelados ao discurso de vida "saudável" pregado pela biomedicina, mas buscam a tão sonhada "boa forma".

> Pesquisadora: O que você faz para cuidar de sua aparência física?
>
> Corro, faço muito exercício físico e cuido muito da alimentação. [...] Eu geralmente corto tudo o que é calórico e gorduroso. (B; 25 anos)
>
> Bom, como estou de férias da faculdade e continuo trabalhando, eu estou na academia. Quando estou no trabalho mais a faculdade, eu faço caminhadas diárias. No momento, não [faço dieta]! Tento comer de tudo moderadamente. (I; 21 anos)
>
> Estou começando a caminhar e vou entrar na academia no próximo mês. Uso maquiagem, cuido bem dos meus cabelos, sempre estou perfumado, estas coisas. Procuro me vestir bem. (J; 17 anos)
>
> Corro todos os dias, faço exercícios, dietas, cremes para pele, cuidados com o rosto. Faço o básico. (M; 15 anos)
>
> Dietas, muitas mesmo. Conto as calorias sempre, bebo mais de 2 litros de água e também faço aeróbica em casa quando posso. [...] Já fiz dietas bem restritas, como a da bolacha água e sal com um copo de água. Dieta da sopa de misso. Dieta do *shake* e dieta das frutas entre outras. (O; 23 anos)
>
> Tudo (regime, vivo trocando de cor de cabelo), tudo mesmo. [...] Amo praticar esportes. (R; 18 anos)

---

[42] Veremos adiante como a noção de "morte simbólica" é apresentada nos relatos dos entrevistados, principalmente quando estes sujeitos citam situações em que se sentiram excluídos por conta de sua aparência física.

> Jogo vôlei 3 vezes na semana e faço a dieta que o meu nutricionista acompanha. (S; 19 anos)

> Já não como há 3 dias, vivo apenas de água. Estou em uma dieta nova que vi em um filme. Sabe, não como nada e quando sinto que vou desmaiar como um derivado do leite (queijo, por exemplo). [Pesquisadora: Qual filme?] Um filme atípico, "O diabo veste prada". Uma cena da Emily [em que] ela diz ter emagrecido muito com esta dieta. (Retirado de uma conversa informal com um dos contatados)

Estas formas de controle do corpo estão intimamente atreladas a um processo de civilização e individualização ocorrido nas sociedades ocidentais (ELIAS, 1991; 1997) que no mundo contemporâneo ganha destaque. Nestas circunstancias, o sentir-se gordo ou feio pode ser entendido à luz dos estados de desconforto e vergonha discutidos em Elias, posto que representam uma reação à infração de uma regra social (o ato de comer demais ou não comer adequadamente, por exemplo) ou a censura causada pelo olhar do outro (que pode ser imaginário) sobre seu comportamento (ou sua aparência física).

Bourdieu define *habitus* como uma matriz responsável pela criação de comportamentos, visões de mundo, práticas ou posturas corporais que são internalizadas ao longo de um processo incessante de formação dos indivíduos na sociedade (BOURDIEU, 2000). Ele distingue pessoas, demonstrando hierarquias e valores que são mais privilegiados do que os outros, como no caso dos que se aproximam do ideal de "boa forma", de beleza e de normalidade. Instaura-se então o que Miskolci (2006) chama de "dicotomia da inclusão e exclusão" que também se reflete na subjetividade e na história de vida dos sujeitos.

Estas questões podem ser vistas nos relatos de alguns dos entrevistados acerca de suas experiências envolvendo a aparência física, suas práticas e o convívio social.

> Trabalhava em hotel 5 estrelas. A dona escolhia a dedo seus funcionários e com o tempo fui sentindo a pressão do sobrepeso [...]. Os meios que frequento exigem uma boa aparência e eu me policio muito quanto a isso. (Retirado de uma conversa informal com um dos contatados)

> Eu era muito gordo [...], tinha um chefe que me chamava de monstro. (Retirado de uma conversa informal com um dos contatados)

> Me sentia mal, excluído. Queria ser diferente do que era! Chorava muito e me excluía! [...] Me lembro de uma vez que eu não pude participar de uma gincana escolar.. tipo um teatro (que eu adorava) e não pude porque era gordinho. A professora não me deu o papel mesmo sabendo que eu era ótimo no teatro. Aquilo me marcou muito! (B; 25 anos)

> Na escola, já me filmaram miando [provocando vômito]. Houve palestras a respeito, acabei virando motivo de chacota ao invés de me ajudarem a direção me expôs muito. (G; 17 anos)

> Me sentia mal, triste, deprimido. Não gostava de sair, só queria ficar em casa. [...] Lembro de quando eu ia nas lojas comprar roupa e a atendente me olhava com uma cara [do] tipo: A roupa é para você? Vou ver se tem do teu tamanho. Ou até mesmo em relacionamentos as pessoas diziam que me adoravam, que eu era legal, mas não queriam nada comigo. Eu penso porque era por eu seu ser gordo. (I; 21 anos)

> Eu era muito magro, mas engordei muito rápido e eu odiei esta fase. [Pesquisadora: Você poderia descrever esta fase?] Quando me chamavam de gordinho no colégio e quando parei de comer para emagrecer. Eu tinha 12 anos e meus pais não me deixavam fazer academia. [...] Ninguém entendia, achavam que eu só fazia aquilo para aparecer. (L; 18 anos)

> Um horror, feio, um lixo. Me sentia excluído da sociedade. Usava camisas grandes para disfarçar a barriga, tentava não pensar sobre isso. [...] Meus amigos me chamavam de gordo.. ficavam zoando comigo. (M; 15 anos)

> Nossa eu nem pensava muito nisso, mas quando vejo minhas fotos nem acredito. Me achava uma criança feia e gorda com cara de sonsa. Me acho assim as vezes [...]. [Pesquisadora: Como você se sentia?] Nem me lembro muito, procuro apagar muitas coisas. Mas me sentia um pouco rejeitado. [P: Você se lembra de algum episódio marcante em relação a sua aparência física?] Exames biométricos na escola, eu sempre faltava para fazer sozinho depois, e o futebol. Nunca jogava uma [partida] porque não gostava e quando tinha que jogar, as pessoas riam de mim, do gordinho se balançando todo e correndo atrás da bola. (O; 23 anos)

> Eu me senti para baixo. Sempre sofria abuso de *bullying* na escola, de amigos [...] falando do meu peso. E isso foi acumulando em minha mente. Eu não conseguia sair de casa, sentia vergonha de mim mesmo. (Retirado de uma conversa informal com um dos contatados)

> Eu me sinto assim. Eu me sinto uma pessoa só. Eu tenho muitos amigos,[...] mas ao mesmo tempo não tenho. Eu me sinto só, eu não sinto minha família, uma família. Você entende?
> E sempre quando acaba, eu me tranco no meu quarto e fico tentando sobreviver a esse 'mundo'. Quando eu ando sinto como se estivesse um holofote em cima de mim. Me sinto em meio a uma sala lotada, gritando pelos pulmões e sem ninguém sequer me ouvir, me ajudar! Aí fico me cortando. Aí você pensa: que coisa de emo, mas não é. As pessoas falam muito mal, mas ninguém sabe o que sinto. Se faço amizade acham que é por interesse. Eu não sei o que eu vim fazer nesse mundo [...]. Não sei mesmo! Aí eu me sinto muito gordo, pesando 50kg, meus lábios chegam a ficar tão pálidos, parecendo que eu não tenho sangue algum. E eu opto, para isso, colocar o dedo na garganta e vomitar. (Retirado de uma conversa informal com um dos contatados)

Esta forma de lidar com quem não se enquadra na norma ou nos padrões de corpo, de saúde e de comportamento gera um sentimento de fracasso pessoal, característico da nossa sociabilidade em que os indivíduos passam a ser vistos como responsáveis pelos seus hábitos e estilos de vida (ORTEGA, 2003). Neste tipo de sociedade, os indivíduos se vêem "obrigados" a se conformarem com a norma como uma maneira de se esconderem ou escaparem da tirania da aparência e de

uma suposta normalidade. Isto é, estar conforme aos padrões representa uma tentativa de se proteger da estigmatização social. Daí a utilização de técnicas ascéticas como um mecanismo disciplinar, de controle do corpo e de configuração das subjetividades, na medida em que o sujeito necessita se autocontrolar, se autovigiar, podendo até se autopunir ou se autodestruir por conta do medo da rejeição (MISKOLCI, 2006).

Tal questão também nos remete ao que Elias (2008) denomina de *homo clausus*, ou seja, uma representação que o sujeito moderno faz de si mesmo ao considerar sua vida destituída de sentido. Todavia, esta perda de sentido tem um significado para além do indivíduo isolado, visto que o sentido da vida está em relação ao outro.

Esta crítica ao mundo moderno baseia-se na ideia de que, mesmo em sociedades altamente individualizadas, a suposição de que cada um existe somente para si mesmo, sem a interferência de outros seres humanos e de um "mundo externo", é equivocada. A visão distorcida expressa pela autonomia do indivíduo pode resultar em sentimentos de solidão e isolamento, característicos da estrutura da personalidade de nossa época. Assim, a solidão é definida como o "deixar de ter significado para os outros", o reconhecimento de não ser importante para eles.

Como podemos observar nesta seção, as concepções sobre corpo, os cuidados com a aparência física e as manifestações subjetivas não estão restritas às mulheres, apesar de serem comumente apresentados como elementos que compõem o modelo dominante de comportamento feminino. Estes depoimentos demonstram ainda, um distanciamento das concepções atreladas ao padrão hegemônico de masculinidade que, assim como os estudos de gênero voltados para os homens discutem, coloca em questão não só a ideia de uma essência ou capacidade orgânica diferenciada entre homens e mulheres, como também apresenta a existência de um pluralismo de gênero que interage com outros marcadores e contextos socioculturais (KIMMEL, 1998)[43].

[43] O próprio grupo entrevistado demonstra este pluralismo, posto que estes homens possuem idades, profissões, orientações sexuais diferentes e moram em regiões brasileiras que têm realidades sociais, econômicas e educacionais diversificadas.

6.3 A relação com os familiares, amigos e colegas

Esta parte, referente ao bloco de perguntas do roteiro de entrevista foi introduzida na análise como algo que faz mediação com outros dois blocos de questões ligadas à participação em grupos (da Internet ou não) pró-transtornos alimentares e ao processo de tratamento médico vivenciado por quase metade dos entrevistados.

Entretanto, cabe ressaltar que tal conexão entre os blocos tem o intuito de demonstrar uma dinâmica entre eles, uma vez que estar passando ou ter passado por algum tipo de tratamento não exclui a participação destes indivíduos nas comunidades sobre o assunto, nem que o papel de familiares, amigos ou colegas seja resumido a apenas dois pólos: o apoio às práticas "Ana" e "Mia" ou a preocupação em ajudar no processo terapêutico. Em algumas situações, tais noções estão realmente presentes. Porém, em outros momentos, estas pessoas nem desconfiam do comportamento adotado pelo entrevistado, podem fazer brincadeiras de mau gosto ou "fingir" não saber deste dilema.

> Eles não percebem muito... nem tocam no assunto. Acham que estou escondendo algo como sexualidade, mas não sabem. Só quando passo mal alguns amigos sabem. (E; 21 anos)

> Minha mãe sabe, mas não quer acreditar. Fica tentando amenizar e tal. (G; 17 anos)

> No começo escondi dos meus familiares. Eu comecei a fazer isso por influência de amigos [...]. Comecei a andar com um grupo de pessoas que tinha o hábito de após as refeições vomitar. Para eles era mais uma brincadeira porque víamos vídeos, fotos de modelos e queríamos ser iguais a elas. Queríamos ser magros, bonitos, elegantes. Muitos faziam isso para manter o corpo. Me disseram para tentar, que eu ia gostar dos resultados e [que] dá para parar por vontade própria. Foi quando eu comecei a fazer também. No começo achei [uma] loucura vomitar para emagrecer, achei que não ia dar certo. Mas com o tempo eu fui me acostumando [...] e comecei a fazer constantemente. Achava aquilo normal. (I; 21 anos)

> Acho que eles não percebem. Ninguém fala nada. Eu tento disfarçar ao máximo. (K; 18 anos)

> Eu simplesmente me isolava de todos. Não concordava, pois eu sofria de uma doença e eles faziam chacota disso... que era uma bobagem o que eu fazia e isso não me ajudaria em nada. (L; 18 anos)

> Alguns amigos meus sabem que sou ana e mia, daí eles dizem: 'você deve comer', 'você tem que fazer dieta saudável', 'você não deve ficar assim, você não é gordo'. Quando eles falam isso, eu ignoro eles. Me dá animo para chegar a minha meta [de perda de peso]. (M; 15 anos)

> Minha mãe sabe (eu acho), porém eu não falo nada sobre isso. (N; 18 anos)
>
> Minha mãe tenta não me deixa ficar paranóico, amigos e familiares também, mas me criticam um pouco. (O; 23 anos)
>
> Ai, sei lá, no início foi difícil. Todos estavam contra mim porque o que eu estava fazendo com minha vida era errado e tal. (R; 18 anos)
>
> A família reprovava tudo o que eu fazia em relação a beleza e a perda de peso. Alguns amigos e colegas de trabalho achavam bonito e me apoiavam, já outros tinham o mesmo comportamento que o da minha família. (S; 19 anos)

Os trechos apresentados demonstram momentos tanto do passado como do presente desses sujeitos em que as condutas adotadas podem ser vivenciadas como um conflito pessoal compartilhado ou não com os outros. Isso dependerá dos interesses e desejos em comum.

Os familiares, amigos e colegas teriam assim um papel de acentuação ou de abrandamento no modo como os sujeitos da pesquisa se enxergam e desenvolvem suas práticas. Tal questão retoma a ideia sobre a influência da presença do outro na elaboração e manutenção de hábitos, estados físicos e emocionais dos indivíduos (ELIAS, 1990, 2008).

6.4 A participação em grupos e o contato com pessoas pró-Ana e pró-Mia

Como os participantes desta pesquisa foram encontrados em comunidades da Internet sobre o assunto e alguns trabalhos acerca destes espaços (LIRA, 2006; SOARES E ARAGÃO, 2006[44]; SOPHIA, 2009) apontam para a formação de grupos de ajuda mútua que difundem um estilo de vida pautado na exaltação da magreza, foram incluídas perguntas sobre a participação do entrevistado nestes locais, o relacionamento com seus membros e com sujeitos (num contexto *off-line*) que são a

[44] Segundo Soares e Aragão (2006), o movimento pró-anorexia e pró-bulimia é um fenômeno que teve origem nos Estados Unidos e na Inglaterra por volta do ano 2000. No Brasil, estes grupos começaram a aparecer a partir de 2002, com os *weblogs* (diários virtuais), e foram potencializados com a criação das redes de relacionamentos do *Orkut* (2004). Para as autoras, este grupo parte do pressuposto de que a anorexia e a bulimia não são consideradas distúrbios, mas um conjunto de práticas que são exaltadas como características de um estilo de vida. Noção que também foi observada no meu trabalho anterior sobre estes grupos (SOPHIA, 2009).

favor destas práticas. Os itens desse bloco nos auxiliam na compreensão das motivações para a entrada desses sujeitos nas comunidades, de como são as formas de interação entre eles (dentro e fora destes ambientes) e que tipo de informações são trocadas e discutidas.

Ao serem perguntados a respeito, os entrevistados relataram:

> Minha participação no começo foi para conhecer mais as pessoas, porque na minha família todos acham que sou maluco. Então, tenho com quem conversar e tal. Aí fui tentar ajuda lá. [Pesquisadora: Que tipo de ajuda? Poderia descrevê-la?] Saber se é normal as coisas que sinto, a forma que me enxergo. [P: Você conhece pessoalmente pessoas pró-anorexia e pró-bulimia?] Mais ou menos. Conheço mais dizem que não. [P: O você acha disso?] Eu penso que um deve apoiar o outro de uma forma positiva, só que nem todos pensam assim. Claro que tenho meu momento e entro em crise. Entendo essas pessoas, mas a vontade é de ajudar... [o] mais difícil é me ajudar. [...] O ruim destas comunidades [é] que tem pessoas para ajudar e prejudicar. Tem pessoas que dão dicas. [P: Que tipo de dicas?] Se você quer emagrecer... um *cream cracker* no café da manhã, um no almoço e um no jantar. Se sentir que está desmaiando coma duas azeitonas. [P: O que você acha disso?] Eu não acho legal, mas já fiz [...] não faço mais. [P: O que você costumava fazer?] O mais natural para mim era comer e segundos correr para vomitar. Já comi algodão, já comi amendoim com gengibre. [P: Onde você costumava se informar sobre isso?] Nas comunidades. Tem uma comunidade que acho que se chama 'quero pesar 46kg'. (A; 27 anos)

> [P: Você conhece pessoalmente pessoas pró-anorexia e pró-bulimia?] Conheço duas, sim. [P: Vocês trocam algum tipo de informação a respeito?] Sim, medicamentos, dietas. Medicamentos como os benzodiazepínicos e diuréticos ou que aumentam o metabolismo. Dietas assim... combinamos dias de NF [*no food*] ou sopas. (E; 21 anos)

> Eu entrei mesmo só para ver algumas dicas de como não engordar ou manter o peso e não necessariamente para fazer aqueles regimes malucos que eles fazem. (F; 17 anos)

> Só entro para pegar dietas e, às vezes, troco experiências. Mas só entro quando estou muito mal (gordo). [P: Que tipo de dietas?] Tipo, antes de me associar a comunidades pró-ana e pró-mia eu fazia até 10 dias de NF [*no food*] tranqüilo. Depois, sei lá, descontrolei. Acho que é psicológico. Vi a possibilidade de fazer LF [low food, ingestão de pouca comida], ai gamei. Hoje em dia, vivo a base de chás e bolacha integral, exceto quando minha mãe me força a comer. Aí volto para a mia, mas me sinto muito mal quando vomito. [P: Você conhece pessoalmente pessoas pró-ana e mia?] Sim. O ajudo muito, o escuto muito. Ele é muito magro, passa mal e tudo de NF. (G; 17 anos)

> Só tenho uma que é tipo um apoio. Acho que nunca respondi a uma enquete. [P: Você conhece pessoalmente pessoas pró-ana e mia?] Meu ex. Acho que foi por causa dele que comecei, mas ele já se tratou. [P: Vocês trocavam informações a respeito?] Nada de dicas, ele agia normal, mas não comia. Até que a mãe dele o levou para uma clínica que foi constatado. A gente nunca conversava diretamente, mas pelo fato dele não querer comer, eu também peguei isso. Isso é psicológico. Acho que pela convivência você aprende muita coisa. (H; 18 anos)

> Eu não tenho estado ativo nas comus, mas antes, toda vez que eu sentia que iria falhar, eu ia lá e pedia um *help*. Um apoio para não desistir ou quebrar o NF [*no food*]. Porque ficar sozinho é mais difícil. [P: Você conhece pessoalmente pessoas pró-anorexia e pró-bulimia?] Sim, conheço. [...] Nós vemos o quanto perdemos e

> vemos formas de perder mais. [...] Eu acho que falo mais com os ‘amigos virtuais’ do que ela nesse assunto. (K; 18 anos)

> Participo da pró-bulimia. Algumas me ajudam bem, porém outras só incentivam. As pessoas que conheço pró-bulimia... conversamos a respeito na intenção de ajudar umas as outras para que paremos com a bulimia. (L; 18 anos)

> [P: Como é sua participação nas comunidades pró-anorexia e pró-bulimia?] Normal, sempre vejo dicas, historiadas meninas, metas, etc. Sempre estou ativo. [P: Poderia descrever um pouco mais sobre sua participação?] Tipo, tem algumas comunidades de ‘diários anas e mias’. [...] Algumas meninas escrevem como foi o dia, quantas calorias elas comeram, quantas horas de exercício fizeram, contam seus problemas... Então, sempre estou lá dando força para elas, sempre dando dicas para elas. [P: Você conhece pessoalmente pessoas pró-ana e mia?] Não, queria muito conhecê-las pessoalmente. (M; 15 anos)

> Tipo, eu entrei para conhecer pessoas com o mesmo problema, conversar e tal. [P: Você conhece pessoalmente pessoas pró-ana e mia?] Sim. [P: Vocês trocam informações a respeito?] Geralmente dietas, conselhos de apoio... essas coisas. A gente dá força, um para o outro e ajuda. [As] dietas são as mais diversas. O que mais gosto é o vinagre. [...] Pela manhã, antes de comer nada! (N; 18 anos)

> Conheci uma amiga na faculdade que foi parando de comer e depois o organismo não aceitava mais nada, só que na mesma hora fiquei chocado. Eu achava um máximo porque ela estava com um corpão e agora consegue mantê-lo. [P: Vocês trocavam informações?] Sim, ela brigava comigo quando me via fazendo certas dietas. (O; 23 anos)

> [P: Como é sua participação nas comunidades pró-anorexia e pró-bulimia?] Eu nem vejo. Só participo porque acho legal algumas, mas nem visito. [P: Você conhece pessoalmente pessoas pró-ana e mia?] Sim, muitas, principalmente minha prima e 3 amigos [...].[P: Vocês costumam trocar informações? Que tipo?] Sim. Todos os tipos. Saímos juntos também. Mas não falamos só de anas e mias, trocamos dicas um com os outros para não ficarmos obesos inúteis. [P: Poderia descrevê-las?] Tem muitas. Beber água gelada de 1 em 1 hora; tomar uma colher de vinagre toda manhã; se manter o dia inteiro de água e só ceder a alguns sucos (tipo de abacaxi e limão... somente de fruta que faz secar a gordura); quando sentir muita fome, mastigar um *trident* [chiclete] e se distrair com algo para a fome passar; quando sentir fome ao extremo, tomar um banho demorado e quente e depois ir dormir que passa, e muitas outras. [...] Tem amigos que usam cocaína para passar a fome, mas tenho medo de experimentar e virar um viciado. Por isso, não uso. Mas até minha prima diz que não dá fome alguma. (Q; 17 anos)

Como podemos observar na maioria dos relatos, a principal motivação para o contato dos participantes com comunidades e pessoas pró-anorexia e pró-bulimia é o compartilhamento das experiências, dos conflitos pessoais e a busca de apoio, tanto para continuar a ter controle de si, do corpo e do peso corporal (como nos estudos pautados na observação de comunidades e páginas da Internet sobre o assunto) quanto para o auxilio na recuperação (como algo que aparece na fala destes sujeitos, apresentando assim, outro aspecto sobre o contato com locais e pessoas pró-Ana e pró-Mia). Alguns depoimentos demonstram uma tensão entre a necessidade de emagrecer e a consciência de estar enfrentando um problema que

pode ser superado com apoio de pessoas na mesma situação. Daí a união dessas pessoas em prol de um conjunto de interesses ou sentimentos em comum (MORAES FILHO, 1983), que podem ser interpretados de maneira positiva ou negativa.

Deste modo, a formação de grupos pró-transtornos alimentares e o próprio contato com pessoas favoráveis a estas práticas seriam os meios que estes indivíduos encontram para expor suas vozes, suas experiências, seus conhecimentos, suas vidas, sem serem recriminados.

Através destas formas de entendimento e exposição de si, a anorexia e a bulimia ganham outros significados que ultrapassam o campo das classificações elaboradas pela biomedicina. No entanto, tais concepções não se desligam completamente desse discurso de origem. Os entrevistados têm ciência de que os transtornos alimentares são socialmente considerados doenças, tanto que costumam denominar seus comportamentos como “anoréxicos” e/ou “bulímicos” (ou pró-Ana e pró-Mia) de acordo com as representações sociais acerca das características gerais da anorexia e da bulimia. Além disso, procuram ilustrar a filiação a tais práticas, como os exemplos de como costumam provocar vômito ou “miar” após a ingestão de comida e como são praticados os episódios de restrição total (*no food*) ou parcial (*low food*) da alimentação.

Ao retornarmos a discussão de Laplantine (2001) sobre a representação social da doença no que diz respeito às explicações e à narrativa do doente, e o modo com que tais explicações ganham forma dependendo do tipo de enfermidade, como demonstrado por Sontag (1989), podemos entender a especificidade dos transtornos alimentares, principalmente na contemporaneidade.

Se a fala desses sujeitos é produto da relação entre a experiência individual e de modelos sociais, não é de se estranhar a incorporação das concepções socioculturais sobre gordura, doença, vida “saudável”, beleza e “boa forma”. Afinal, vivemos em uma sociedade em que a gordura é abominada e tratada como algo que pode ocasionar doenças e levar à morte.

Tal perspectiva aliada à supervalorização do discurso biomédico e da aparência física como um objeto de *status* e “bem estar”, torna-se fundamental para a compreensão da perspectiva que define a anorexia e a bulimia como práticas oriundas de um estilo de vida, que buscam se distanciar de uma interpretação

dominante que se apóia nas noções de patologia, doença mental e comportamento desviante (ORTEGA, 2008).

Neste sentido, o contato com pessoas favoráveis a estas práticas de modificação do corpo não só atua na difusão e reprodução de técnicas ou informações a respeito, como ainda se transforma em um mecanismo de entendimento, de compreensão, de ação e de apoio (positivo ou negativo) para aqueles que se encontram nesta situação.

6.5 Como é visto o tratamento médico

Como a ideia original dessa dissertação envolvia a análise dos depoimentos de homens que estivessem em período de tratamento para transtornos alimentares em uma instituição especializada, optou-se por manter tal questão como forma de complementar a proposta defendida neste trabalho, justamente para apresentar outro ponto de vista acerca desse processo com base nas experiências dos entrevistados.

Abordamos na primeira parte do capítulo 1 os aspectos relacionados a uma posição privilegiada socialmente, como aquela detida pela biomedicina, que tem o poder de falar e produzir conhecimento sobre os transtornos alimentares. Nesta seção debatemos a construção dos critérios de diagnóstico para a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, suas diferenças e associações sob uma perspectiva médica que trata os indivíduos como algo que se resume a números de casos, a quadros da doença, a “grupos de risco”, a processos de intervenção e controle. Ou seja, concepções impessoais que destituem o caráter humano destes indivíduos (seus sentimentos, suas experiências, etc.).

Esta forma de lidar com a doença e o próprio “enfermo” foi analisada no capítulo 4 como uma prática que se constituiu histórica e socialmente, mas hoje recebe destaque por conta do processo de medicalização da sociedade e das sucessivas rotulações dos sujeitos de acordo com seus estados físicos e psíquicos atrelados a um determinado distúrbio.

No entanto, o mesmo capítulo demonstra como o acesso a informação sobre os mais variados tipos de doenças e de tratamentos fazem emergir a figura do

“paciente *expert*”, que vem questionar o modelo tradicional de relação médico-paciente. E ainda, aponta a criação de grupos (de familiares, amigos, doentes) que se reúnem para trocar informações, experiências, dificuldades, etc., na tentativa de cura ou controle da enfermidade. É a luz deste contexto em que os sujeitos procuram dialogar com o campo médico e começam a expor seus dilemas referentes ao processo de adoecimento que serão observados os relatos.

As concepções acerca da anorexia e da bulimia destacadas aqui expressam os conflitos subjetivos que se relacionam com a maneira como é iniciado o tratamento, durante este processo e/ou posteriormente. O tratamento seria um processo crítico e doloroso, principalmente por conta do ganho de peso e por poder ou não alcançar resultados satisfatórios.

> [P: Quais são os aspectos mais difíceis do tratamento?] Enfrentar seu problema! Saber que você tem um distúrbio e não consegue ficar sem ele! [P: Existe alguma situação marcante que você se lembre sobre esse período?] Sim... quando eu estava me tratando me sentia mal porque eu comia e me sentia gordo. Cheguei ao ponto de jogar fora todos os espelhos da minha casa. Hoje mantenho uma dieta bem restritiva para chegar num peso que ainda quero (pretendo pesar 75 quilos). (B; 25 anos)

> Foram meus pais que descobriram que eu estava doente e decidiram começar o tratamento! [P: Há quanto tempo você iniciou o tratamento?] Eu consegui parar com o tratamento aos 15 anos. [P: Como foi o tratamento? Poderia descrevê-lo?] Bom, foi um momento de muita descoberta e transformação. Junto com o tratamento da anorexia eu consegui me assumir! Não foi fácil, ainda hoje fico um pouco preocupado se ganho uns quilos a mais! Mas nada como antigamente. Quando eu estava doente era como se minha família toda estava! Meus pais ficavam acordados de madrugada para ver se eu estava respirando de tão magro que eu estava! E também junto com a nutricionista eu consegui ir aumentando minha alimentação. [P: Quais eram os aspectos mais difíceis do tratamento?] Saber que todo mundo iria ficar no meu pé. Saber que se eu não assumisse primeiro para mim e depois para os meus pais, eu não conseguiria superar isso. Era uma luta constante sobre o meu eu contra a minha imagem. [P: Existe alguma situação marcante que você se lembre sobre esse período?] Lembro do dia que meus pais descobriram que eu realmente estava doente. Iria fazer exatos 5 dias que comia somente pão no recreio da escola, no caso uma sexta-feira. Era somente isso que eu comia durante a semana. Eu chegava em casa falando que havia almoçado na escola, deitava e dormia. Caso eu acordasse de madrugada, eu tomava vários Tylenol, Dorflex ou outros remédios que me davam sono. Se a fome batesse, eu chupava gelo. Meus amigos só começaram a perceber que estava estranho quando comecei a me afastar da turma. Eu comecei a me isolar de todos. Não conversava mais. Estava sempre cansado. Para eles eu sempre fui magro e hoje eu sei reconhecer que isso é verdade, mas na época... Então, quando eu comecei a emagrecer muito até chegar ao ponto de eu ter que levar uma almofada para a escola para eu sentar porque sentar na cadeira doía, eles começaram a achar estranho. Eu dormia o dia inteiro para evitar ficar me olhando no espelho ou conviver com as pessoas. Era a forma que eu encontrei para me proteger. (C; 19 anos)

> Fiz tratamento por 4 anos e meio. Tive bulimia e anorexia. Digo que fiquei um tempo controlado. Hoje em dia, por muitas e muitas vezes, volto a vomitar depois que como ou não me alimento. Tomo inibidores de apetite. [P: Você iniciou o tratamento por conta própria?] Na verdade, no início minha mãe obrigou a fazer, mas com o passar do tempo fui me acostumando e até gostava. Chegou uma hora que eu não comia

> mais. E mesmo sem comer tomava água e vomitava. Por conta da falta de comida, tive que, por algumas vezes, ir para o hospital. Foi então que minha mãe decidiu procurar ajuda médica. De início ia a um clínico geral, depois passei a ser acompanhado também por um psicólogo. [...] Eu tinha uns 12/13 anos mais ou menos. [P: Como foi o tratamento? Poderia descrevê-lo?] No início houve uma certa rejeição de minha parte. Depois que comecei a fazer amizade com os médico foi mais tranqüilo (pelo menos era o que pensava). Quando vi que o tratamento estava dando resultado, ou seja, que eu estava ganhando peso, me neguei a voltar aos médicos e entrei em depressão. Então, com a depressão, bulimia e anorexia, tentei suicídio por muitas vezes. E isso em um espaço de tempo muito curto, mais ou menos de um ano. Então, com uns 14 anos de idade, talvez um pouco menos, tomava 9 comprimidos antidepressivos e alguns que na verdade nem sabia para que servia por dia. Nesta época me sentia tão gordo, tão feio que não queria ver ninguém. Para você ter uma ideia, para eu ir ao banheiro fazer minhas necessidades minha mãe, pai, irmã ou empregada tinham que sair de casa e deixar a casa completamente vazia. Isso servia também para o banho. Fiquei um ano trancado no meu quarto sem ver ninguém. Quando alguém vinha me visitar, me cobria todo e só deixava minha cabeça à mostra. Para comer (quando comia) era minha mãe que fazia e levava no meu quarto para mim. Sempre com uma jarra de água ao lado para facilitar o vômito. Tomava laxantes que ocasionou um problema no meu intestino. Durante um bom tempo tudo o que eu comia, eu tinha que ir quase que imediatamente ao banheiro, pois descia tudo. Não me lembro o nome certo agora, mas fiquei um bom tempo sem poder comer nada fora de casa ou que não tivesse um banheiro por perto. Foi na época que ganhei algum peso com o tratamento que tentei suicídio. [...] É bom falar sobre isso e dói ao mesmo tempo. (P; 20 anos)

> [P: Você iniciou o tratamento por conta própria?] Fui obrigado pelos meus pais. Comecei dia 25 de outubro e ainda continuo, só que psicológico não sei para quê. Coisa de pais. [P: Como é o tratamento? Poderia descrevê-lo?] Ai, é chato. No início tive que ficar horas e horas em um divã para falar tudo sobre mim e o que acontecia comigo para o psicólogo. [P: Quais eram os aspectos mais difíceis do tratamento?] Ter que tomar vitaminas e ser obrigado a comer, além de falar da minha intimidade 3 vezes por semana para o doutor [...]. (R; 18 anos)

> Tive anorexia aos 16 anos. "[P: Você iniciou o tratamento por conta própria?] Na verdade por que meus pais me obrigaram, depois de verem a situação em que eu estava. Tive que acabar aceitando o tratamento. [P: Como foi o tratamento? Poderia descrevê-lo?] Bom, fiquei internado por um tempo devido o estado crítico em que eu estava. Depois, fui incentivado a comer, pois até então não comia nada. Voltei para casa depois de um tempo. Daí começou a reeducação alimentar (café da manhã, almoço e jantar), coisa que eu não fazia antes. Com o tempo fui ganhando peso, passei pelo psicólogo que fez um bom trabalho me mostrando que eu ficaria mais bonito com uns quilos a mais. E hoje, as fotos de antes e depois do tratamento, nunca mais quero passar aquilo de novo. [P: Quais eram os aspectos mais difíceis do tratamento?] Eu me via enorme no espelho. Então, para perder peso eu aderi ao álcool. Sendo assim, sempre que sentia fome eu bebia e no tratamento senti falta, muita mesmo. Acho que entrei em estado de dependência. Essa foi a parte difícil. A vontade de emagrecer era absurda e a vontade de beber era igual. Então, não encontrei mais o que me fazia emagrecer e o que me deixava com uma sensação de realização. Hoje, eu bebo, mas não sou dependente como antes. (S; 19 anos)

Estes fragmentos demonstram o sofrimento dos entrevistados em abandonar um comportamento tido como desviante e patológico, aliado a outros que têm o mesmo valor simbólico, como a depressão, o vício em álcool, o uso de medicamentos em excesso. Com isso, estes sujeitos sofrem por não se sentirem enquadrados socialmente num modelo de aparência física, e ainda, por estarem na condição de desviantes que precisam se adaptar às regras e valores atrelados, não só às concepções de saúde como às questões de ordem sociocultural, nas quais os

sistemas de classificação, diagnóstico e tratamento médico estão imersos. Ou seja, as experiências relatadas nos apresentam como as manifestações corporais e subjetivas de dor e sofrimento estão inseridas em um universo de referências simbólicas dadas pela própria sociedade. Algo que é visto como tão singular e individual, como estes sentimentos, são exemplo da complexa relação entre o individuo e a sociedade. Daí a noção de que o mundo social existe apenas ao se constituir como sentido para os indivíduos que nele vivem (SARTI, 2001).

Sob uma perspectiva de gênero, as concepções relacionadas às manifestações das emoções, dos sentimentos e suas expressões são culturalmente tidas como do domínio feminino. Com base nesta noção,

> [...] a emotividade [é] vista como algo de feminino e a racionalidade como algo de masculino, as emoções e os sentimentos enfraquecem as chances das pessoas, e dos homens em particular, no jogo social (VALE DE ALMEIDA, 1996, p. 15).

No caso dos homens com transtornos alimentares, o ato de falar sobre si, sobre seus sentimentos e suas dores encontra algumas barreiras socioculturais relacionadas à construção do se espera socialmente ser um comportamento masculino, implica numa dificuldade em expressar explicitamente seus sentimentos e sofrimentos, aumentando ainda mais o conflito emocional pelo fato de ser homem, estar insatisfeito com sua aparência corporal e ser qualificado como doente.

Com base nesta visão, podemos supor que a escassez de homens nos centros de tratamento para transtornos alimentares e a tendência ao desenvolvimento de outros tipos de moléstias de cunho emocional, estejam diretamente relacionadas aos pressupostos socioculturais que sustentam e atuam na introjeção da masculinidade hegemônica. Isso retoma a ideia sobre como a cultura influencia e define os estados de saúde e doença dos indivíduos. Tal concepção será desenvolvida no próximo, que conclui esta dissertação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns apontamentos sobre as masculinidades e a saúde

Nós não temos este tipo de ambulatório [para tratamento de transtornos alimentares em homens] (pretendemos ter, estamos em processo de estruturação). Aliás, é um tema super atual, mas também difícil, pois além de tudo os homens não procuram atendimento médico.[45]

Durante o processo de elaboração do projeto desta dissertação me deparei com dois problemas que poderiam comprometer seu desenvolvimento: a questão da escassez de estudos sobre a anorexia e a bulimia em homens (em comparação com os artigos, pesquisas acadêmicas e textos vinculado à mídia sobre as mulheres) e a baixa procura por tratamento médico que, como vimos na metodologia e no trecho de abertura deste capítulo, foi apresentada como um dos motivos para a mudança na forma de abordagem da população deste estudo.

Poderíamos atribuir a estas concepções a noção de que a baixa demanda de homens interfere no número de pesquisas e, consequentemente, no interesse sobre o assunto. Entretanto, esta ideia não leva em consideração o modo como os homens são concebidos em nossa cultura. Da mesma maneira que não considera o papel da ciência, especialmente da biomedicina, que atua na produção de saberes e na reprodução de valores característicos de um contexto cultural. E também, não examina como estas concepções são absorvidas pelo campo institucional responsável pela elaboração de políticas de acesso à saúde.

Na tentativa de refletir sobre esta problemática, este capítulo de conclusão pretende apresentar alguns pontos que envolvem esta articulação de fatores à luz das discussões apresentadas ao longo deste trabalho. Um destes pontos demonstra como estes “problemas” não estão restritos ao campo de estudos sobre os transtornos alimentares em homens, podendo, de uma forma geral, ser observado na relação entre masculinidades e saúde.

---

[45] Parte do *e-mail* enviado por um dos pesquisadores contatados em resposta a pergunta sobre a possibilidade de realização do trabalho de campo desta pesquisa em uma instituição especializada no tratamento destes casos.

Estas questões podem ser vistas, num plano acadêmico, através da produção tardia[46] de estudos sobre as masculinidades que, de certo modo, retardaram tanto os debates sobre as diferenças existentes nesta população como a incorporação de novas visões sobre a masculinidade pelo meio social – a exemplo da criação de políticas de saúde, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, divulgada em maio de 2009.

No que diz respeito à forma com que os homens lidam (positiva ou negativamente) com o tipo de masculinidade dominante (a masculinidade hegemônica), como examinada nos capítulos anteriores, tal relação pode interferir de diversos modos nos estados de saúde e de doença destes indivíduos, podendo levar à morte (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p. 565):

> Vários estudos constatam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres.

Dentro desta lógica exposta pelos autores, os homens estariam aprisionados a um modelo de masculinidade que, ao mesmo tempo, privilegia e obriga a estarem de acordo com as representações do que é “ser homem” (no singular) em nossa sociedade. Nesta perspectiva, estes elementos poderiam estabelecer barreiras na busca e no acesso masculino à saúde.

Tal concepção se aproxima do questionamento feito por Miguel Vale de Almeida (2000) acerca da dominação masculina: “Até que ponto se pode falar de dominação masculina e até que ponto os agentes dessa dominação não são eles também vítimas dela?” (VALE DE ALMEIDA, 2000, p. 16). Esta questão sugere um exame sobre os aspectos da dominação masculina e de suas implicações na formação e agência dos sujeitos.

Na investigação de Gomes, Nascimento e Araújo as concepções dominantes acerca do que é tido como “feminino” e “masculino” estão presentes nos discursos dos sujeitos através da associação das mulheres à ideia de “cuidado” (de si e do outro) e dos homens às noções sobre “invulnerabilidade”, “força” e “virilidade” consideradas:

---

[46] Como descrito no capítulo 2, os estudos sobre masculinidade começam a ganhar força e notoriedade por volta da década de 1990.

> Características incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, p. 569).

Deste modo, as práticas de saúde seriam assim consideradas atributos do feminino, bem como a capacidade de verbalização e de expressão das sensações. Para um homem, "[...] falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros" (GOMES, NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, p. 569). Decorrem daí, o sentimento de "vergonha de ficar exposto" a um outro homem ou a uma mulher numa consulta médica apontado pelos autores nos discursos investigados.

Esta forma de atribuição de uma essência e de características biológicas do feminino em oposição ao masculino, utilizadas como um recurso de distinção e definição do que é "ser homem" e "ser mulher" também são expostas pelos autores como algo que povoa o imaginário social[47].

Decerto que os questionamentos feitos pelos movimentos feminista e LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros) abalaram este ideal de homem (viril, forte, invulnerável e provedor) e possibilitaram o surgimento de outras perspectivas de gênero. No entanto, os estudos que se debruçaram sobre os aspectos de estilo de vida "saudável" e de promoção à saúde masculina continuam sendo inferiores às análises sobre as mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007) e seus cuidados com a saúde como, por exemplo, os assuntos relacionados à reprodução feminina, à menstruação, à menopausa, ao aborto, à violência doméstica, etc. Muitas vezes, as discussões sobre saúde e gênero não abordam diretamente as questões masculinas (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005), tendem a recortes particulares (como no campo de sexualidade e da reprodução) ou focam no processo adoecimento e no acesso aos serviços sem contextualizá-los numa ótica das necessidades e especificidades deste grupo, que demanda determinado tipo de atenção (SCHRAIBER et al., 2010).

O artigo de Schraiber et al. (2010) faz uma crítica ao modo como a biomedicina trata de maneira reducionista os aspectos atrelados às necessidades e

---

[47] Enquanto o homem é "bruto", "forte", "agressivo", "tem iniciativa sexual (ativo)", "vive mais na rua" e "gosta de pular a cerca (é sexualmente infiel)"; a mulher é "suave", "sensível", "doce", sexualmente mais "passiva", "fica mais em casa" e sexualmente "se segura mais" (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, p. 567).

às especificidade de gênero. Assim como abordado nos capítulos anteriores, a ideia de “redução” examinada pelos autores está associada ao olhar do médico que se concentra em

> [...] diagnosticar as carências do corpo, cuja referência mecânica as situa enquanto lesões anatômicas. Instala-se a primazia da anatomo-patologia na leitura e enunciação das necessidades, em detrimento da consubstancialidade do corpo com as dimensões humanas do emocional, do subjetivo e do interativo (SCHRAIBER et al, 2010, p. 962).

Numa perspectiva mais ampla ligada a esta prática médica, as desigualdades de gênero, o contato entre o exercício das masculinidades e o adoecimento ou o sofrimento são dimensões ausentes nos serviços de saúde e nas demandas mais valorizadas pelos usuários.

As análises de Schraiber et al. apontam algumas dificuldades encontradas pelos homens na procura por serviços de saúde. Dentre estas dificuldades estão: o retardo na busca por assistência médica, que só é feita quando os homens não conseguem mais lidar com seus sintomas; a procura tardia por tratamento que valoriza as práticas de cura, deixando de lado as orientações preventivas; a dificuldade dos homens em aceitarem que são portadores de necessidades quando percebem alguma doença instalada ou quando sentem dor; a “objetividade” presente no discurso médico durante consulta que atenta para as informações voltadas estritamente para os sintomas e os sinais da doença; a ideia de que os homens não “se ajustam ou cabem” a determinados contextos do serviço de saúde, como aqueles que tratam das questões sobre a contracepção, a sexualidade e violência sexual.

De acordo com os autores, os serviços de saúde não conseguem absorver todas as situações cotidianas relacionadas às doenças e aos estilos de vida. Em alguns casos, estes tipos de estado físico e/ou emocional tendem a ser banidos, como:

> [...] demandas relacionadas ao abuso de álcool ou drogas, à violência urbana ou doméstica, ou a sofrimentos ou doenças psiquiátricas. Diante desses problemas, recusam-nos como de suas competências na atenção primária, quase sempre argumentando que deveriam ser referidos a serviços especializados (SCHRAIBER et al, 2010, p. 967).

Outro ponto a ser destacado neste estudo diz respeito à forma como a medicalização e o modelo hegemônico de masculinidade desqualificam e negam

determinados carecimentos aos homens, como nos assuntos ligados à reprodução, por exemplo. Reforço que se apresenta de maneira inversa sobre o corpo das mulheres, tendo em vista as representações atreladas as concepções sobre a capacidade orgânica feminina de gerar uma criança. Este modo de reprodução tradicional do feminino e do masculino, segundo Schraiber et al., é uma das limitações à promoção de saúde, posto que não acompanha as necessidades e as especificidades de cada grupo, algo que poderia estimular a apresentação de carecimentos não incluídos usualmente nestes serviços.

Como podemos observar, a relação entre as masculinidades, os cuidados com a saúde e o acesso a ela encontram barreiras intimamente vinculadas aos pressupostos culturais de gênero que se manifestam em diferentes esferas da sociedade (nas ciências, nas instituições políticas e de saúde, etc.) e de diversas formas no plano individual (dos conflitos pessoais, das emoções, dos sofrimentos, do adoecimento). Ideia que aparece a todo momento nesta dissertação, pois busca problematizar os aspectos desenvolvidos até aqui sobre dimensão do cultural do aparecimento dos casos de transtornos alimentares em homens na contemporaneidade e sobre o modo como a cultura e os indivíduos (com estes “distúrbios” ou não) lidam com isso.

Enfim, este estudo é uma tentativa de contribuir para o incessante processo de revisão das bases culturais que orientam este fenômeno para que algumas mudanças ou adaptações na forma com que é tratada e abordada esta temática possam ocorrer positivamente e surtir efeitos na vida destas pessoas.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, Ana Luiza Galvão. Aspectos históricos da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. In: _____.*Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 13-20.

AMARAL, Rita. Antropologia e Internet – Pesquisa e Campo no meio virtual. Disponível em: http://br.monografias.com/trabalhos/antropologia-internet-festas-brasileiras-rede/antropologia-internet-festas-brasileiras-rede.shtml. Acesso em: 02/03/2011.

ANDRADE, Thaís F; SANTOS, Manoel A. A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 454-468, set. 2009.

ARILHA, Margareth; UNBEHAUM, Sandra G.; MEDRADO, Benedito. Introdução. In:_____. *Homens e Masculinidades:* outras palavras. São Paulo: ECOS/Ed. 34, 1998. p. 15-28.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOURDIEU, Pierre. A gênese dos conceitos de *habitus* e de campo. In: _____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000, p. 59-73.

_____. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRUMBERG, J.J. *Fasting girls*: the history of anorexia nervosa. New York: Penguin Books, 1988.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, Guacira. (Org.). *O corpo educado:* pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p. 151-172.

CARLAT, Daniel J.; CAMARGO JR., Carlos A; HERZOG, David. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, v. 154, n. 8, p. 1127- 1132,1997.

CARRARA, Sérgio et al. Curso de Especialização em Gênero e Sexualidade: volume 2 (Gênero). Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2010.

_____.Curso de Especialização em Gênero e Sexualidade: volume 3 (Sexualidade e orientação sexual). Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2010.

_____. Curso de Especialização em Gênero e Sexualidade: volume 5 (A construção do conhecimento em gênero e sexualidade: história e perspectivas). Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2010.

CASTIEL, Luis David. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos? *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2002.

CLAUDINO, Angélica de M.; BORGES, Maria Beatriz. Critérios de diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo, v. 24, p.07-12, 2002. Suplemento III.

CONNELL, Robert William. *Masculinities: knowledge, power and social change*. California: University of California Press, 1995.

CONRAD, Peter. *The medicalization of society:* on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University , 2007.

CORDÁS, Táki Athanássios; CLAUDINO, Angélica de M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo, v. 24, p. 03-06, 2002. Suplemento III.

CORDÁS, Táki A.; QUEIROZ, Gisele K. O; FIGUEIREDO, Manoela; DIDONE, Nyara. Transtornos alimentares: epidemiologia, etiologia e classificação, 2010. Disponível em: http://www.racine.com.br/nutricao-clinica/portal-racine/alimentacao-e-nutricao/nutricao-clinica/transtornos-alimentares-epidemiologia-etiologia-e-classificacao. Acesso em: 10/04/2011.

DA MATTA, Roberto. O oficio de etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. In: NUNES, Edson Oliveira (Org.) *A Aventura sociológica:* objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 23-35.

DAVIES, Deirdre. Health and the discourse of weight control. In: PETERSEN, Alan; WADDELL, Charles. *Health matters:* a sociology of illness, prevention and care. Buckingham: Open University, 1999.

DICIONÁRIO Online de Português, 2011 [acesso em agosto de 2011]. Disponível em: http://www.dicio.com.br/

DORNELLES, Jonatas. Antropologia e internet: quando o “campo” é a cidade e o computador é a “rede”. *Horizontes Antropológicos,* Porto Alegre, ano 10, n. 21, p. 241-271, jan/jun. 2004.

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

DURHAM, Eunice. A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas. In: CARDOSO, Ruth (Org.) *A Aventura antropológica:* teoria e pesquisa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

DURKHEIM, Émile; MAUSS, Marcel. Algumas formas primitivas de classificação. In: _____. *Ensaios de Sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 1981.

ELIAS, Norbert. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

_____. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. *O processo civilizador I:* uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

_____. *O processo civilizador II:* formação do estado e civilização. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

_____. *Vigiar e punir:* nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2004.

FRENCH, Lindsay. The political of injury and compassion: amputees on the Thai-Cambodia border. In: *Embodiment and experience:* the existential ground of culture and self. New York: Cambridge, 1997. p.69-94.

GALVÃO, Ana; CLAUDINO, Angélica; BORGES, Maria Beatriz. Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. In: *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 31-47.

GARBIN, Helena Beatriz da Rocha; NETO, André de Faria Pereira; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues. A internet, o paciente *expert* e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface*, v. 12, n. 26, p. 579-588, 2008.

GARCIA, Sandra Mara. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, Margareth; UNBEHAUM, Sandra G.; MEDRADO, Benedito (Org.). *Homens e masculinidades:* outras palavras. São Paulo: ECOS/Ed. 34, 1998, p.31-50.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. *A interpretação das culturas*, Rio de Janeiro: Zahar, 1989, p. 13-41.

_____. “Do ponto de vista dos nativos”: a natureza do entendimento antropológico. In: *O saber local:* novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 85- 107.

GIFFIN, Karen. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, 2005, p. 47-57.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine F.; ARAÚJO, Fabio C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, 2007, p. 565-574.

GOOGLE Brasil, 2011 [acesso em agosto de 2011].
Disponível em: http: //www.google.com.br/

GUIMARÃES JR., Mario José Lopes. A Cibercultura e o surgimento de novas formas de sociabilidade. Trabalho apresentado no grupo temático *“Nuevos mapas culturales: Cyber espacio y tecnologia de la virtualidad”*, na *II Reunião de Antropologia del Mercosur*, Piriápolis, Uruguai, de 11 a 14 de novembro de 1997. Disponível em: http://www.cfh.ufsc.br/~guima/papers/ciber_cenario.html. Acesso em 13/03/2011.

GUIMARÃES JR., Mario José Lopes. O ciberespaço como cenário para as ciências sociais. Versão preliminar do trabalho apresentado no grupo temático “A sociedade da informação e a transformação da sociologia” do *IX Congresso Brasileiro de Sociologia*, Porto Alegre, Setembro de 1999.
Disponível em: http://www.cfh.ufsc.br/~guima/papers/ciber_cenario.html. Acesso em: 13/03/2011.

GOLDENBERG, Mirian; RAMOS, Marcelo Silva. A civilização das formas: O corpo como valor. In: GOLDENBERG, Mirian. *Nu e vestido:* dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002, p. 19-40.

HEILBORN, Maria Luiza; CARRARA, Sérgio. Dossiê homens: Em cena, os homens. *Revista Estudos Feministas*, v. 6, n. 2, p. 370-376,1998.

HERZLICH, Claudine; ADAM, Philippe. *Sociologia da doença e da Medicina*. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

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

HERTZ, Robert. A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa. In: *Religião e Sociedade*. Rio de Janeiro: Tempo e Presença, n. 6, 1980, p. 99-128.

Hotmail, 2011 [acesso em agosto de 2011]. Disponível em: https://login.live.com/login.srf?wa=wsignin1.0&rpsnv=11&ct=1324942568&rver=6.1.6206.0&wp=MBI&wreply=http:%2F%2Fmail.live.com%2F&lc=1046&id=64855&mkt=pt-br&cbcxt=mai&snsc=1

JENKINS, Janis H. VALIENTE, Martha. Bodily transactions of the passions: *el calor* among Salvadoran women refugees. In: *Embodiment and experience: The existential ground of culture and self*. New York: Cambridge, 1997, p. 163- 177.

KIMMEL, Michael; MESSNER, Michael. *Men’s Lives*. Boston: Ally and Bacon, 1998.

KIMMEL, Michael. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 4, n. 9, 1998, p. 103-117.

LANGDON, Ester Jean. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Palestra oferecida na *Conferência 30 anos Xingu*, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995.

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

_____.Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, Denise (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001, p. 241-259.

LAQUEUR, Thomas. Da linguagem e da carne. In: _____. *Inventando o sexo:* corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001, p. 13-40.

LE BRETON, David. *Antropología del cuerpo y modernidad.* Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.

LIRA, Luciana Campelo de. *Narrativas de Ana*: corpo, consumo e self em um grupo pró-anorexia na internet. 151f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, 2006.

MARGO, JL. Anorexia nervosa in males – A comparison with female patients. *British Journal of Psychiatry*, n. 151, p. 80-83, 1987.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo:* uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: *Psicanálise e Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1980, p. 56-63.

_____.*Sociologia e Antropologia*. São Paulo: E.P.U. e EDUSP, 1974, p. 211-233.

MEAD, Margaret. *Macho e Fêmea – Um estudo dos sexos num mundo em transformação*. Petrópolis: Vozes, 1971.

_____. *Sexo e temperamento*. São Paulo: Perspectiva, 1979.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 16, v. 3, p. 809-840, 2008.

MELIN, Paula; ARAÚJO, Alexandra M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo v. 24, p.73-76, 2002. Suplemento III.

MELO, Mariana Leite de. O "peso" social de sentir-se "gorda". In: Dois pesos e duas medidas: 'ser gorda' e os vigilantes do peso. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004, p. 45-62.

MISKOLCI, Richard. Corpos elétricos: do assujeitamento do sujeito à estética da existência. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 14, n.3, p. 681-693, 2006.

MORAES FILHO, Evaristo. Formalismo sociológico e a teoria do conflito. *Georg Simmel:* sociologia. São Paulo: Ática, 1983, p. 07-44.

MORAIS, Lina Rosa N. A anorexia nervosa e histeria – Uma visão crítica. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências Humanas e Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

MORGAN, Christina M.; VECCHIATTI, Ilka R; NEGRÃO, André B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, p.18-23, 2002. Suplemento III.

MUNSON, Mônica. A "cultura da manequim", anorexia nervosa e bulimia: Uma reflexão antropológica sobre cultura e doença. 119 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

U.S. National Library of Medicine. PubMed. Bethesda MD, USA: Nacional Institute of Health [acesso em agosto de 2011]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Orkut, 2011 [acesso em agosto de 2011]. Disponível em: https://accounts.google.com/ServiceLogin?service=orkut&hl=pt-BR&rm=false&continue=http://www.orkut.com/RedirLogin?msg%3D0%26page%3Dhttp://www.orkut.com.br/Home&cd=BR&passive=true&skipvpage=true&sendvemail=fa

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 59-77, 2003.

_____.Modificações corporais na cultura contemporânea. In: *O corpo incerto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008, p. 55- 65.

PEIRANO, Mariza. *A favor da etnografia*. Relume-Dumará: Rio de Janeiro, 1995.

PISCITELLI, Adriana. Sexo e gênero. In: Souza Lima, Antonio Carlos de (coord.geral), *Antropologia & Direito: temas antropológicos para debates jurídicos*. Brasília; Blumenau: ABA; Nova Letra, 2009.

REIS, Vitória A. Ana e Mia na “nova” rede: comunidades reúnem anoréxicas e bulímicas na *Web* 2.0. Rumores, São Paulo, v.1, n.2, p. 1-10, 2008. Disponível em: http://www.rumores.usp.br/reis.pdf. Acesso em 14 jan. 2009.

ROHDEN, Fabíola. Apresentação. In: MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

RUSSEL, Christopher J.; KEEL, Pamela K. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *Wiley Periodicals, Ic. International Journal of Eating Disorders*, n. 31, 2002, p. 300-306. DOI 10.1002/eat.10036.

SABINO, Cesar. Musculação: expansão e manutenção da masculinidade. In: GOLDENBERG, Mirian (Org.). Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 2000, p. 61-103.

SACCOL, Ana Paula. A representação social da anorexia nervosa entre profissionais do sistema único de saúde do município de Florianópolis/SC: um estudo de caso. 214f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

SARTI, Cynthia. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 1, 2001, p. 03-13. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/02.pdf. Acesso em 6 ago. 2011.

SCHRAIBER, Lília; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde em pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, 2005, p. 07-17.

SCHRAIBER, Lília [el al]. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 5, 2010, p. 961-970.

Scientific Electronic Library Online, São Paulo:
FAPESP, CNPq, FapUnifesp, BIREME [acesso em julho de 2011]. Disponível em: http://www.scielo.org/php/index.php.

SILVA, Ana Beatriz B. *Mentes insaciáveis – anorexia, bulimia e compulsão alimentar*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

SIMMEL, Georg. O problema da sociologia. In: Evaristo de Moraes Filho (Org.). *Georg Simmel: Sociologia*, São Paulo: Ática, 1983, p. 59-78.

SOARES, Ana. Helena; ARAGÃO, Priscila. Ame não o que você é, mas o que você pode se tornar: a identidade da rede pró-ana e pró-mia na internet. *Polêmica: Revista Eletrônica*, Rio de Janeiro, p. 01-05, 2006.
Disponível em: http://www.seuabrigo.com.br/docs/estudio_polemica.pdf. Acesso em: 18/11/2008.

SONTAG, Susan. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOPHIA, Bianca de V. O movimento pró-anorexia e pró-bulimia na Internet: uma reflexão sobre as práticas alimentares, saúde e doença, corpo e identidade. 81f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

SOUZA, Márcio Ferreira de. As análises de gênero e a formação do campo de estudos sobre a(s) masculinidade(s). *Mediações*: Londrina, v. 14, n.2, p. 123-144, 2009.

STRATHERN, Marilyn. *O gênero da dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia*. Campinas: Unicamp, 2006.

SUDO, Nara. Diga-me quanto pesas e te direi quanto vales: um estudo sobre representação do gordo em revistas contemporâneas. 134f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – Política, Planejamento e Administração) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, Edson Oliveira (Org.) *A Aventura Sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 36-46.

_____. *Individualismo e Cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

_____. *Projeto e Metamorfose: Antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

VALE DE ALMEIDA, Miguel. *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Portugal: Fim de Século, 2000.

_____. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do Sul de Portugal. *Anuário Antropológico/95*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996, p. 161-190.

VARGAS, Elaine Portes. Saúde, razão prática e dimensão simbólica dos usos da internet: notas etnográficas sobre os sentidos da reprodução. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.19, n. 1, p. 135-146, 2010.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva, HASSEN, Maria de Nazareth Agra. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WOODSIDE, D. Blake; GARFINKEL, Paul E ; LIN, Elizabeth [et al]. Comparisons of Men With Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders, and Women With Eating Disorders in the Community. *American Journal of Psychiatry*, n. 158, 2001, p.570-574.

ANEXO A – Declaração de aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2334-0504 ramal 108
FAX: 55-021-2334-2152

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa "A anorexia e a bulimia são 'coisas de mulher?' Uma análise sociocultural sobre gênero, doença e estilo de vida" (CAAE – 3145.0.000.259-10), coordenado por Bianca de Vasconcellos Sophia, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em reunião realizada no dia 09/09/2010.

Rio de Janeiro, 10 de setembro de 2010

MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social

Ana Silvia Gesteira
T. A. U. Mat. 6858-5
IMS/UERJ

ANEXO B- Informações sobre o pesquisado

Idade:

Escolaridade:

Renda:

Bairro:

Profissão:

Orientação sexual:

Situação conjugal:

Cor/ raça:

Passou por algum tipo de tratamento médico para transtornos alimentares?

ANEXO C- Roteiro de entrevistas

1 Percepção do entrevistado sobre sua aparência física

- O que você acha de sua aparência física? Você está satisfeito com sua aparência física?
- O que você faz para cuidar da sua aparência física?
- Você faz alguma dieta ou pratica algum esporte? Qual?
- Você está satisfeito com seu peso atual?
- Qual é o seu peso atual?
- Qual é a sua altura?
- Você mudaria alguma coisa em seu corpo?
- O que você mudaria?
- Por que você mudaria?
- Você fez ou faria alguma cirurgia ou tratamento estético?
- Qual foi/é o tipo cirurgia ou tratamento?
- Por que fez ou faria a cirurgia ou o tratamento?
- Com quantos anos você fez este tratamento ou esta cirurgia?
- Faria outro tratamento ou cirurgia?

2 Experiência passada relacionada à aparência física do entrevistado

- Quando você era mais novo, o que você achava de sua aparência física?
- Como você se sentia?
- O que você costumava fazer para lidar com este sentimento?
- Você se lembra de algum (alguns) episódio(s) marcante(s) sobre esta fase? Descreva-o(s)?
- Quantos anos você tinha?
- O que você costumava fazer para cuidar da sua aparência física?

- O que você fazia para obter informações ou “dicas” para manter sua aparência física?
- Você fazia alguma dieta ou praticava esporte? Qual?
- Naquela época, qual era o seu peso?

3 O papel dos familiares, amigos e colegas

- O que seus familiares, amigos ou colegas dizem sobre seu comportamento, tanto no passado como hoje?
- Como você se sente?
- Você concorda com o que eles dizem? Por que?
- O que você costuma fazer para lidar com esta situação?

4 O contato com pessoas pró-Ana e pró-Mia

- Como é a sua participação na(s) comunidade(s) ou grupos pró-anorexia e pró-bulimia?
- Você conhece pessoalmente pessoas com anorexia e/ou bulimia?
- Vocês trocam informações? Que tipo de informações?
- Você poderia me descrever de que modo você participa destas comunidades?

5 O tratamento médico

- Por que você decidiu iniciar o tratamento médico?
- Você foi por conta própria?
- Há quanto tempo você iniciou o tratamento?
- Como é o tratamento? Descreva-o?

- O que é mais difícil no tratamento?
- Existe alguma situação que você se lembre sobre o que é mais difícil no tratamento?

ANEXO D - Eles também têm anorexia: culto excessivo à aparência física leva rapazes a disputar vagas nos hospitais com candidatas a modelo

Luciana Mattiussi, *Galileu*, Janeiro de 2008.

O barulho na imprensa induz muita gente a pensar que anorexia é “coisa de mulher”. Além de os homens também estarem sujeitos à doença, o número de rapazes com o distúrbio teve um crescimento inédito. Para ter uma idéia do avanço da doença entre os homens, no primeiro semestre deste ano eles ocupam mais da metade dos leitos do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (Ambulim) do Hospital das Clínicas de São Paulo. “Temos dez vagas para internação, e seis estavam com rapazes entre 18 e 28 anos. Hoje as meninas são maioria, mas todos os garotos continuam fazendo tratamento ambulatorial”, diz o coordenador do grupo de meninos do Ambulim, Raphael Cangelli Filho. Além do número elevado de homens, também assustou a condição física com a qual eles chegaram, muito debilitados, segundo o psicólogo.

“Durante anos acreditou-se que a anorexia e a bulimia eram transtornos exclusivamente femininos. Por isso, os homens poderiam não estar sendo corretamente diagnosticados. É preciso acabar com a falsa crença de que são doenças de jovens ricas”, diz a psicóloga Alexandra M. Araújo, da *Academy for Eating Disorders*, órgão internacional que estuda distúrbios alimentares.

A anorexia masculina, segundo os especialistas, é igual à feminina. E, como no caso delas, uma das grandes culpadas por seu crescimento entre os rapazes é a valorização excessiva do corpo.

“Os homens passaram a se preocupar mais com a aparência física. A mídia transmite diariamente mensagens que associam jovens magros e musculosos à idéia de beleza, sucesso e aceitação social”, diz Alexandra. Para Cangelli, o que estes jovens têm em comum são as dificuldades sociais, timidez excessiva e distorção da própria imagem.

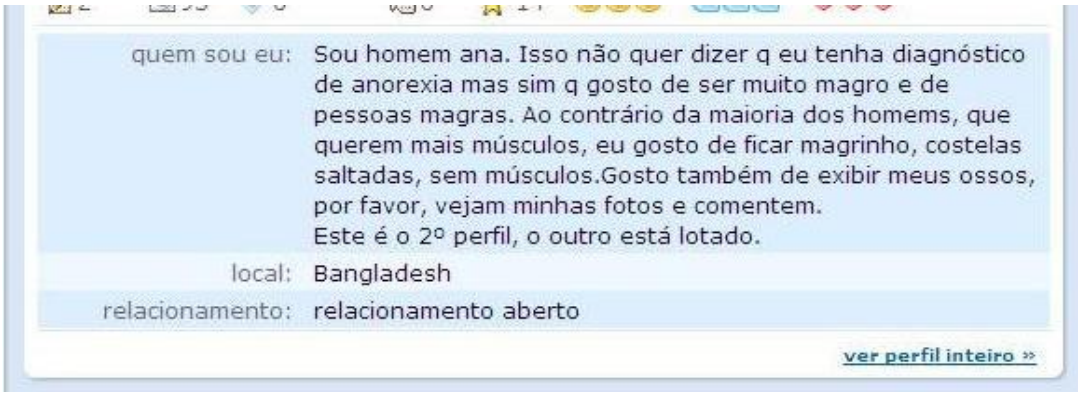
A perda excessiva de peso traz conseqüências muito graves nos homens. “Eles apresentam sintomas relacionados à desnutrição, como desmaios freqüentes, perda de memória e bradicardia [redução dos batimentos cardíacos]”, diz Cangelli.

Também causa a disfunção endócrina, que leva à diminuição da libido e disfunção sexual. De acordo com a psicóloga Alexandra, os rapazes podem sofrer também de osteopenia e osteoporose. “No caso dos adolescentes, ainda há um significativo atraso no crescimento, depressão, transtornos de ansiedade, aumento do risco da tentativa de suicídio e abuso de substâncias.”

Para tratar a doença, o primeiro passo é acabar com o preconceito. Os critérios de diagnóstico são os mesmos, mas os homens parecem ter mais dificuldade em procurar ajuda. “Além disso, a maioria das equipes está mais preparada para acompanhar pacientes do sexo feminino”, diz o coordenador do ambulatório da Unicamp. Feito o diagnóstico, é preciso de ajuda especializada.

“É fundamental procurar um profissional da área de saúde para passar por um tratamento especializado, com uma equipe multidisciplinar. Ela deve ser composta por, pelo menos, um psiquiatra, um psicólogo e um nutricionista”, diz Alexandra. E,quando mais cedo a anorexia for diagnosticada, aumentam as chances.

ANEXO E - Imagens do campo[48]



quem sou eu:	Sou homem ana. Isso não quer dizer q eu tenha diagnóstico de anorexia mas sim q gosto de ser muito magro e de pessoas magras. Ao contrário da maioria dos homems, que querem mais músculos, eu gosto de ficar magrinho, costelas saltadas, sem músculos.Gosto também de exibir meus ossos, por favor, vejam minhas fotos e comentem. Este é o 2º perfil, o outro está lotado.
local:	Bangladesh
relacionamento:	relacionamento aberto

ver perfil inteiro »

Fonte: http://www.orkut.com, 2011.

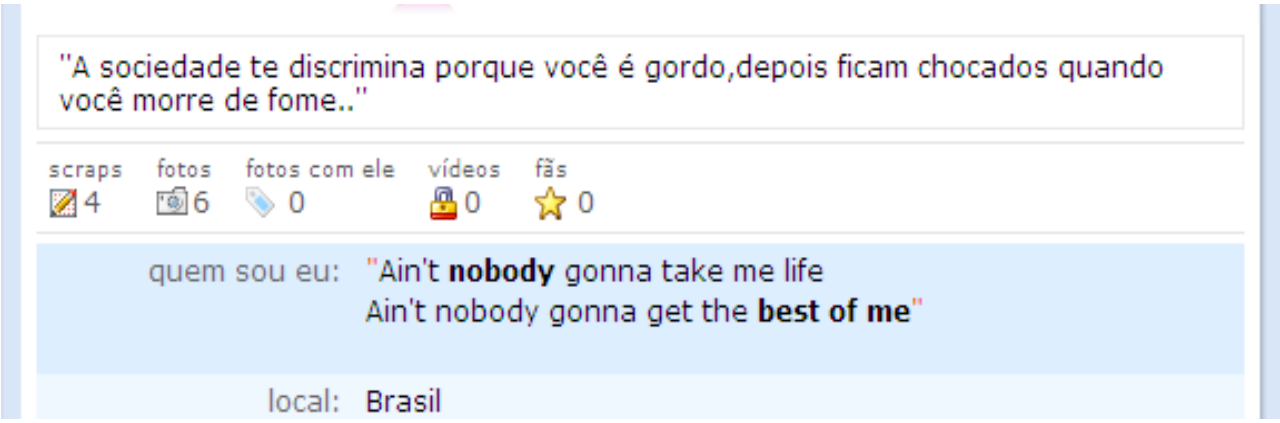
Fonte: http://blogultrafitness.blogspot.com/2011/07/anorexia-masculina-os-homens-tambem.html, 2011.

[48] Por motivos éticos e com intuito de preservar a identidade dos sujeitos envolvidos, parte das informações apresentadas nas páginas pessoais do *Orkut* (fotos, nome do perfil, idade, etc.) foram recortadas. Somente as fotos que identificam as comunidades pró-anorexia e pró-bulimia foram mantidas.

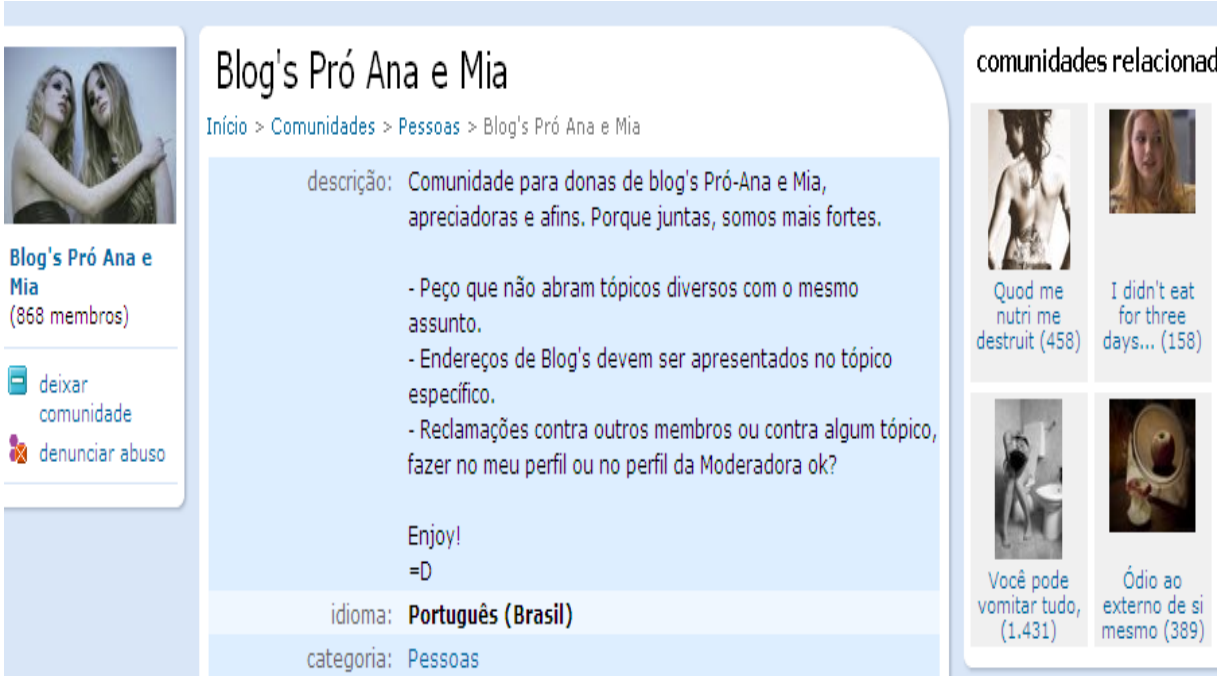
Fonte: http://www.orkut.com, 2011.

Fonte: http://www.orkut.com, 2011.

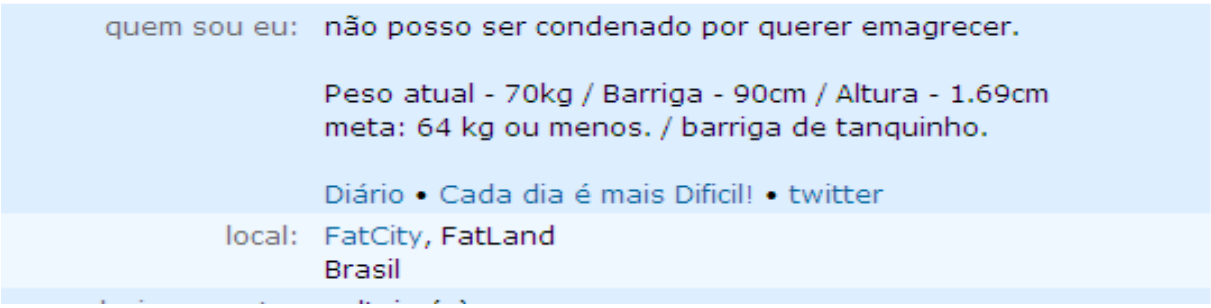
Fonte: http://www.orkut.com, 2011.



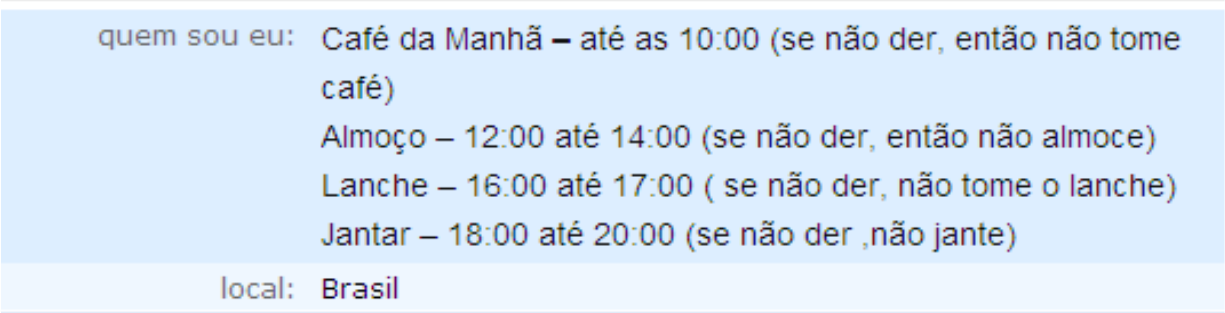
Fonte: http://www.orkut.com, 2011.



Fonte: http://www.orkut.com, 2011.

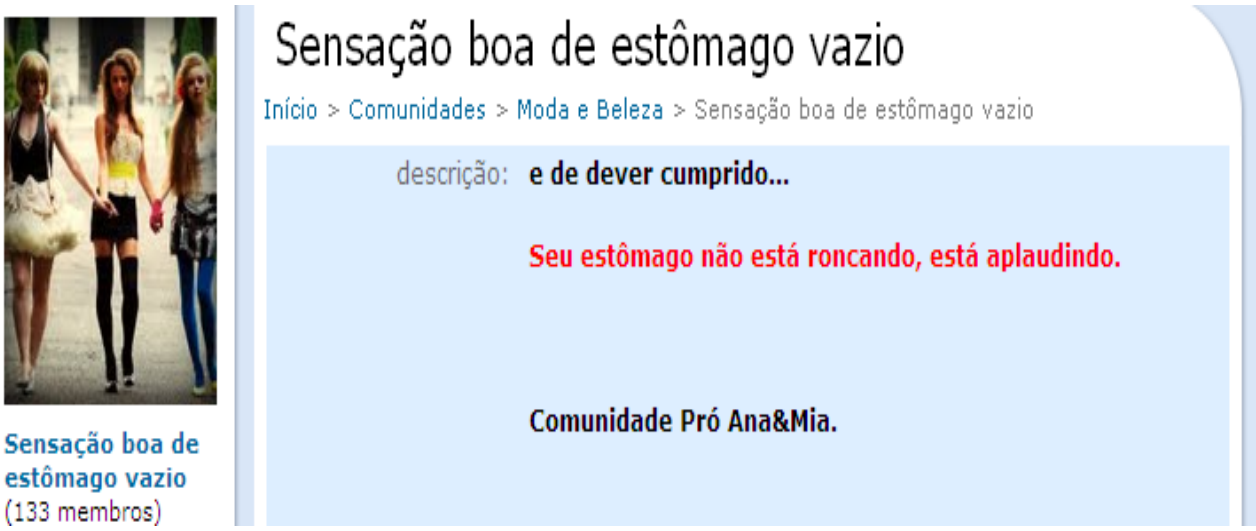


Fonte: http://www.orkut.com, 2011.



Fonte: http://www.orkut.com, 2011.

Fonte: http://www.orkut.com, 2011.



Fonte: http://www.orkut.com, 2011.

quem sou eu: •Eu não tenho diário.•Meta: **44kg.**
Força, pra todo mundo! Não há *nada* nem *ninguém* com o poder de impedir você de alcançar seus objetivos. Você só precisa querer e decidir honrar os seus sonhos. Go anna ♥

local: São Paulo
Brasil

Fonte: http://www.orkut.com, 2011.

quem sou eu: Será que sou feliz?
Talvez a felicidade nem exista...
Seria melhor estar sozinho?
Não saio,
Não como,
Não danço,
Não rio,
Mas vivo,
Vivo para ela,
Pois ela é a minha vida.
ANA, ah ANA..."

local: Brasil

Fonte: http://www.orkut.com, 2011.

AnnoBoy *

"Fome passa, gordura não..."

scraps 46 | fotos 73 | fotos com ele 0 | vídeos 5 | fãs 23 | confiável | legal | sexy

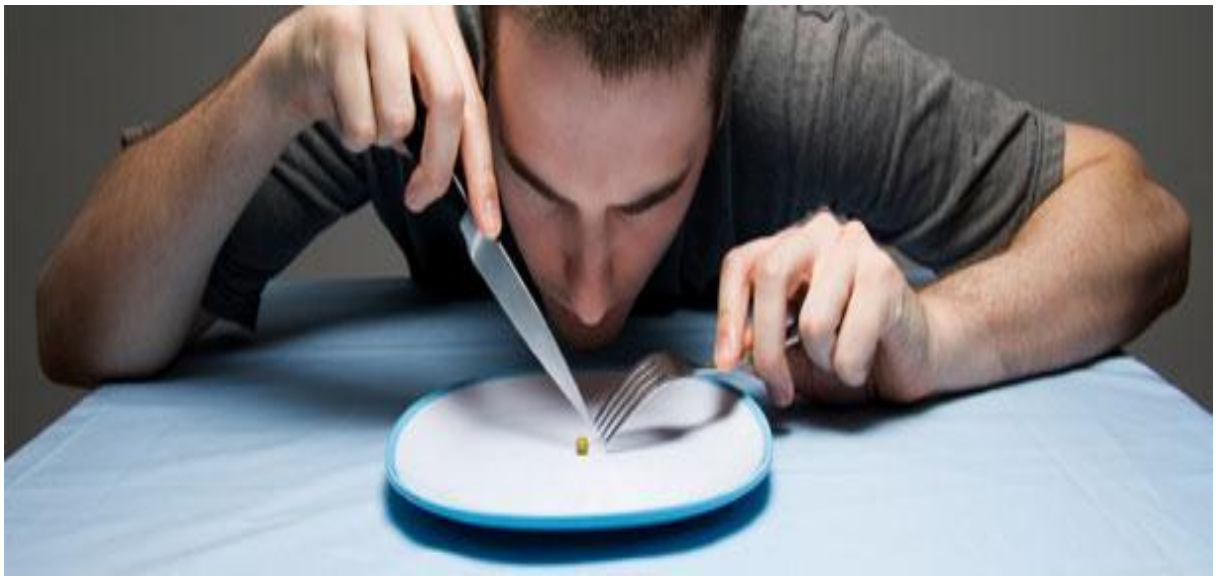
quem sou eu: **A dor de hoje é a alegria de amanhã.**

local: Obesolândia
Brasil

ver perfil inteiro »

fotos recentes dele (73)

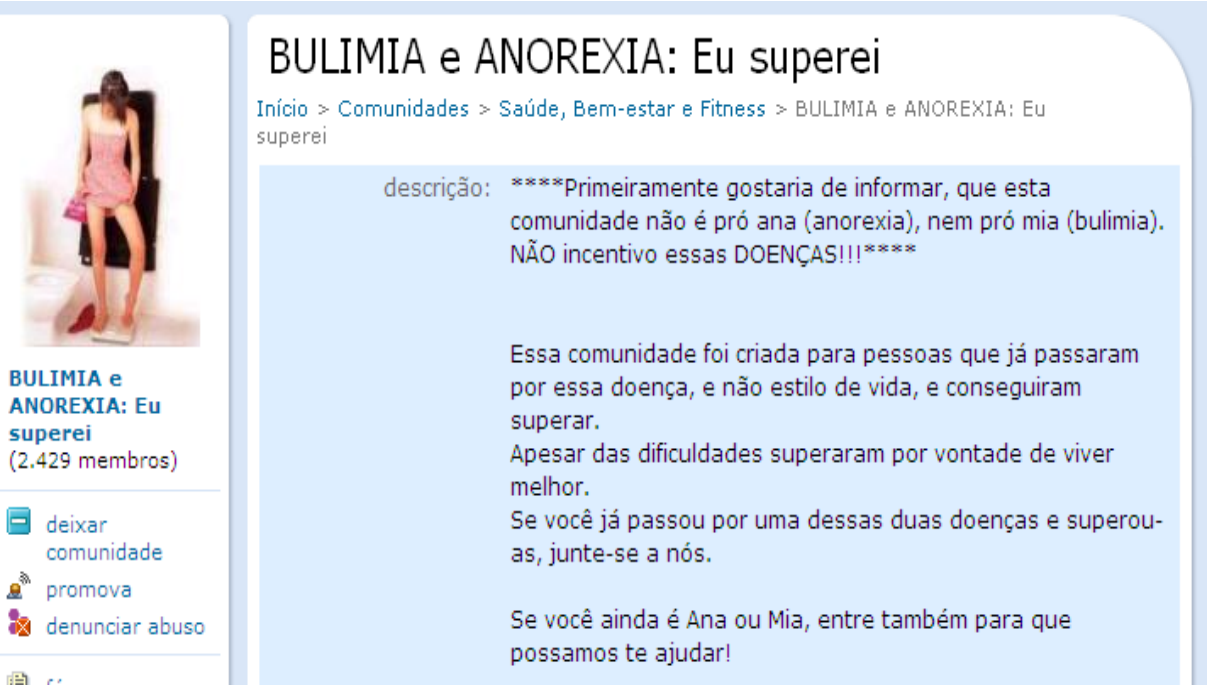
Fonte: http://www.orkut.com, 2011.



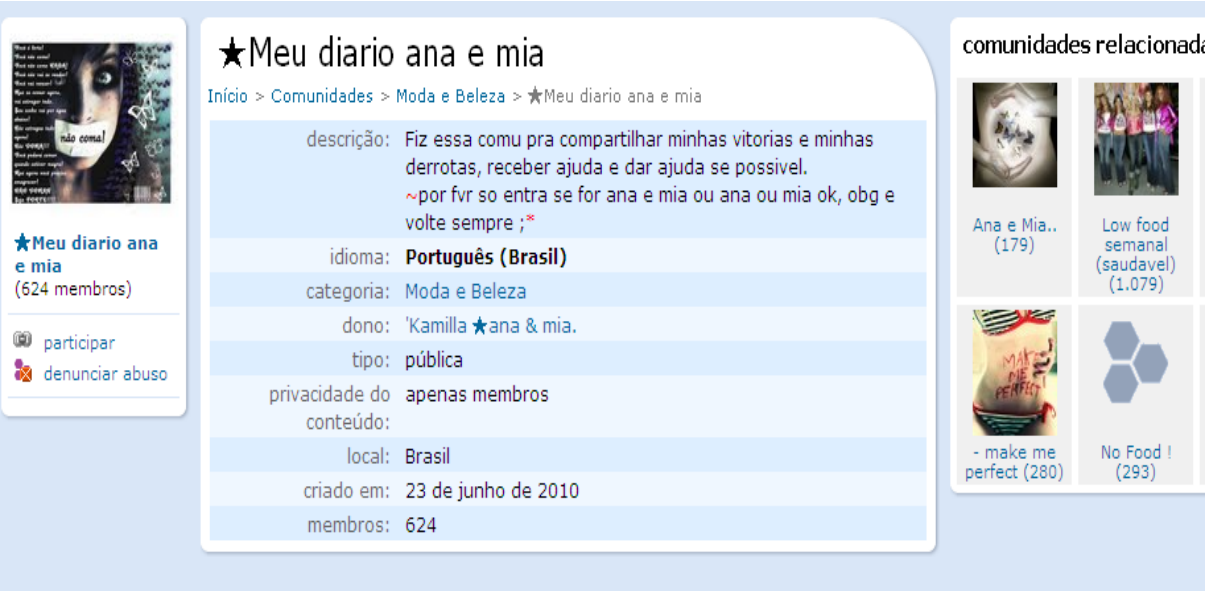
Fonte: http://www.familyinsights.net/wp-content/uploads/2011/02/eating-men-disorders.jpg, 2011.

Fonte: http://www.women-n-nutrition.com/images/manstaringatfood.jpg, 2011.

Fonte: http://www.orkut.com, 2011.



Fonte: http://www.orkut.com, 2011.



Fonte: http://www.orkut.com, 2011.

Fonte: http://www.almabranca.com.br, 2011.

Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.

Chico Xavier