

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

JAQUELINE SOUZA FREITAS

**UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA ANOREXIA
E BULIMIA NO ESPAÇO SEGURO**

PORTO ALEGRE

2021

JAQUELINE SOUZA FREITAS

**UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA ANOREXIA
E BULIMIA NO ESPAÇO SEGURO**

Pesquisa apresentada ao Curso de Ciências Sociais, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Caleb Faria Alves

PORTO ALEGRE

2021

JAUQUELINE SOUZA FREITAS

UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA ANOREXIA E
BULIMIA NO ESPAÇO SEGURO

Pesquisa apresentada ao Curso de Ciências Sociais, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais.
Orientador: Prof. Dr. Caleb Faria Alves

Porto Alegre, _____ de _____ de 2021

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Caleb Faria Alves

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Valéria Aydos Rosário

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Riboli Besen

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer àqueles que me ajudaram na escrita desse trabalho, das mais diversas formas, em pleno puerpério.

À minha mãe Valdenice que esteve por perto e cuidou da minha bebê nos momentos que me dediquei aos estudos.

Ao meu companheiro Kenji pelo constante suporte físico e emocional.

Ao meu pai Carlos, o primeiro a acreditar na minha capacidade e quem me deu as ferramentas para chegar até aqui.

Aos meus amigos que leram essas extensas páginas, em especial Fernando Carreira e Mayara Bergamo.

Ao meu orientador pela partilha de conhecimento e motivação para seguir em frente.

E à minha filha, Olívia, por me fazer querer ser melhor todos os dias.

It is simply impossible to provide high-quality care for people suffering such long-term, life-entangling disorders without making their journeys and their meaning central to their care.

Arthur Kleinman

RESUMO

Este trabalho constitui uma reflexão sob a perspectiva da Antropologia da Saúde sobre anorexia e bulimia nervosa no ciberespaço, no contexto da pandemia do Covid-19, entre junho e novembro de 2021. O essencial é conhecer a experiência dos sujeitos membros desse grupo e que, em alguma medida, se identificam e vivem com os transtornos. Através da etnografia virtual, amparada pela Antropologia da Saúde e baseando-se nas narrativas, pode-se vislumbrar aspectos da subjetividade humana. O sujeito atribui à doença significados, interpreta os sintomas que o acometem e isso constitui a *illness*, a perturbação causada pela doença. O olhar do modelo biomédico direcionado à doença não alcança dimensões que ela afeta na vida do sujeito, que podem também ser tratadas. Deve-se colocar o modelo biomédico ao encontro da *illness* e o tratamento deve buscar uma conjunção das duas perspectivas, buscando a saúde integral do sujeito, corpo e mente em conjunto, não isolados.

Palavras-chave: Anorexia; Bulimia; Antropologia; Experiência.

ABSTRACT

The main objective of this monography is a reflection from the perspective of Medical Anthropology of anorexia and bulimia nervosa in cyberspace, during Covid-19 pandemic, between June and November 2021. It is essential to know the experience of members of Safe Space group, on the WhatsApp, people who identify and live with these disorders. Through virtual ethnography, supported by the Medical Anthropology and based on narratives, it is possible to study the subjectivity aspects of the illness. The subjects assigns meanings to the disease, interprets the symptoms that affects and this constitutes the illness, the disturbance caused by the disease. The biomedical model's look at the disease does not reach dimensions that it affects in the subject's life, which can also be treated. The biomedical model should be analysed together with the illness and the treatment should seek a conjunction of both perspectives, seeking the integral health of the subject, body and mind together, but not isolated.

Keywords: Anorexia; Bulimia; Anthropology; Experience.

APRESENTAÇÃO

Durante a graduação, no ano de 2016, enquanto cursava uma disciplina chamada Antropologia do Corpo e da Saúde, surgiu o interesse por esta temática. Na época realizei um trabalho de campo para avaliação, também virtual e na rede social *WhatsApp*, no grupo “Amigas da Ana e Mia”, acessível a partir de um *hiperlink* que encontrei navegando por comunidades virtuais pró-Ana e Mia. Por razões pessoais esse trabalho nunca foi entregue à professora, mas o interesse pelo tema persistiu até o presente. Naquele grupo, a curiosidade que me cercava era sobre os diálogos que aconteciam em torno de um dialeto próprio entre pessoas relacionadas com os transtornos alimentares de anorexia e bulimia nervosa. Na época, eu precisava perguntar a todo momento: “O que é isto?”, como a própria ideia de amizade da Ana (anorexia) e da Mia (bulimia). De que modo elas personificam os transtornos e através de uma carta escrita pela Ana elas firmaram essa “amizade”.

Além do dialeto, me deparei com a desconstrução do estigma dos próprios transtornos, principalmente da anorexia. Percebi que a forma tal qual enxergam seus corpos era muito mais complexa do que simplesmente “uma distorção da própria imagem”. Elas buscam emagrecer, mas quais são os padrões dessa busca? Ao iniciar a pesquisa de campo para este trabalho, o objetivo era dar continuidade às questões que ainda ressoavam em minha mente. No entanto, o grupo em questão havia sido desativado, há anos não havia uma mensagem sequer. Tive acesso a outro grupo da rede *WhatsApp*, e essa mudança transformou o rumo para onde estava indo a pesquisa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Ana - Anorexia

Gnt - Gente

Kkk - Risos

Miar - Vomitar

Nf – No Food

P - Para

Pq – Porque

Q - Que

Re – Reactivity eating

Tô - Estou

Vc - Você

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 ANTROPOLOGIA E CIBERESPAÇO: PROBLEMAS METODOLÓGICOS | 17 |
| 1.2 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA | 24 |
| 2 O CHAMADO DA ANA | 31 |
| 2.1 A PRIMEIRA IMPRESSÃO | 35 |
| 2.2 TEORIAS COMPARTILHADAS DO EMAGRECIMENTO..... | 36 |
| 2.3 O LUGAR DA EXPERIÊNCIA NAS NARRATIVAS..... | 43 |
| 2.4 CONCEPÇÕES DE SAÚDE: O QUE FAZ BEM?..... | 44 |
| 2.5 EXPOSIÇÃO DAS ENTREVISTAS E ALGUMAS QUESTÕES | 49 |
| 2.5.1 Primeira entrevista, Mel, 26 anos..... | 51 |
| 2.5.2 Segunda entrevista, Roberta, 26 anos..... | 54 |
| 2.5.3 Terceira entrevista, Alessandra, 21 anos | 57 |
| 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 59 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 61 |
| GLOSSÁRIO | 63 |
| ANEXOS | 64 |
| ANEXO A - DIETA “4 DAYS CHALLENGE”, SAFE SPACE..... | 65 |
| ANEXO B – DIETA “LOSE UP 9 KG IN TEN DAYS”, SAFE SPACE | 66 |
| ANEXO C – DIETA “DIET”, SAFE SPACE | 67 |
| ANEXO D – DIETA “13KG EM 10 DIAS”, SAFE SPACE..... | 68 |

1 INTRODUÇÃO

Eu espero muito de você. Você não tem permissão para comer muito. Eu vou começar devagar: diminuindo a gordura, lendo tabelas de nutrição, cortando doces e frituras etc. Por um tempo os exercícios serão simples: corridas, talvez exercícios localizados. Nada muito sério. Talvez você perca alguns quilos, tire um pouco de gordura deste seu estômago gordo! Mas não irá demorar muito até eu te dizer que não está bom o suficiente. (PATRÍCIA. **[Carta da Ana, 2021]**. WhatsApp: Safe Space.)¹

Este trabalho constitui uma reflexão sob uma perspectiva da Antropologia da Saúde sobre a anorexia e a bulimia nervosa no ciberespaço. Ambas são consideradas transtornos alimentares e estão na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde (CID 10). A ciência médica e psicológica trata o transtorno como de ordem alimentar e descreve que, nesses casos, há uma distorção da imagem do próprio corpo, entre outros sintomas:

F50.0) Anorexia nervosa. A descrição desta patologia inclui: 1) Perda significativa de peso (índice de massa corporal menor que 17,5). Entretanto, um IMC de 17,5 é considerado normal em menores de 15 anos, logo esse critério não permite o diagnóstico de TA em adolescentes (Bryant-Waugh & Lask, 1995). 2) A perda de peso deve ser intencional, induzida e mantida pelo paciente através de restrição das escolhas alimentares, prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos. Este critério, ao especificar a necessidade de intervenção ativa do próprio paciente, limita o diagnóstico infantil na medida em que tais práticas ou condutas não são frequentes ou de fácil execução para alguém dependente (Jiménez, 2004). 3) Uma ideia intrusa e supervalorizada de medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, requer abstrações para que se possa detectar a presença de distorção corporal ou qualquer outra alteração da imagem corporal (WCEDCA, 2007). 4) Modificações endócrinas e metabólicas secundárias, que por sua vez, são de difícil identificação em tenras idades (Jiménez, 2004). F50.2) Bulimia nervosa. A pauta para o diagnóstico é a presença de acessos repetidos de hiperfagia e preocupação excessiva com relação ao peso corporal. Ou seja, a preocupação contínua com o peso e a comida, faz com que o sujeito tenha episódios de hiperfagia e, em seguida, compense com vômitos induzidos, uso de laxantes, jejuns, e etc. No adulto, esse circuito parece mais viável, enquanto que na criança, se torna de difícil realização dado seu caráter dependente. (PINHEIRO, 2011, p.3)

O que chamou minha atenção dentro desse tema é a quantidade de grupos virtuais destinados ao incentivo de permanecer no transtorno, uma espécie de ajuda

¹Patrícia. **[Carta da Ana, 2021]**. WhatsApp: [Safe Space]. 25 jun. 2021. 11:23. 1 mensagem de WhatsApp

mútua entre os pares. Inicialmente, o campo de pesquisa seria o ambiente da internet, com foco em *blogs* intitulados “Ana e Mia” – anorexia e bulimia. Também na rede social *Instagram* há diversos perfis com esse intuito, com postagens relacionadas ao emagrecimento, à perda de peso, às técnicas para perder peso e imagens de corpos magros, incentivando uma alimentação restrita. Esses perfis em comunidades virtuais não demoram a ser denunciados e excluídos, justamente por conterem informações consideradas danosas ou perigosas. No entanto, tive acesso a um grupo na rede social *WhatsApp* – chamado *SAFE SPACE* – aberto para pessoas que se autodenominam “pró-Ana e Mia”, e de fácil acesso através de um *hiperlink* disponível em alguns *blogs*, transformando-se no campo de pesquisa estudado, por meio de etnografia virtual ou netnografia, uma forma de etnografia praticada na internet. O *Safe Space* foi criado em 24 de maio de 2020, durante o evento mundial da pandemia do covid-19. No dia 6 de agosto de 2021, eram 150 participantes, mas esse número pode variar diariamente. Embora tenham meninos nesse grupo, usarei sempre o gênero feminino pois são majoritariamente meninas e mulheres, jovens e adultas entre 13 e 38 anos. Os registros aqui expostos foram coletados a partir de 19 de junho de 2021, quando pedi autorização das participantes para registrar as conversas com o compromisso de não expor seus corpos, seus números de telefones, nem julgar ou impor qualquer ponto de vista particular. O objetivo desse grupo virtual é que as participantes tenham apoio, não para curar o transtorno alimentar com o qual se identificam, mas para compartilhar teorias e experiências de métodos de emagrecimento, também é um grupo que constrói amizades, em quem elas encontram palavras de apoio em momentos específicos e marcantes das suas vidas. Através de conceitos da Antropologia da Saúde e da Antropologia no Ciberespaço, foi possível conhecer nas narrativas os sujeitos dessa comunidade virtual, então, essa pesquisa fala sobre histórias de vida e a relação individual e coletiva com os transtornos alimentares citados.

Em relação ao campo virtual – o ciberespaço – considero aqui a rede social não apenas como uma coisa a qual temos acesso através de uma máquina, um objeto externo. O aparelho de telefone e os perfis nele inscritos são uma extensão do eu. Esses perfis em redes sociais representam os sujeitos, carregam suas fotos, textos, pensamentos, coisas de que gostam e de que não gostam também. É possível, através das redes sociais, rastrear mais do sujeito. Podemos “[...]perceber e pensar a

técnica e os objetos além da sua aparente exterioridade e limites dados pelo estreito perímetro do ‘uso’, ‘apropriação’ e ‘representação’.” (RIFIOTIS, 2016).

(...) a noção chave que abre caminhos para a superação das dicotomias clássicas entre sujeito e objeto, social e técnica, é a noção de redes socio-técnicas. Por meio dela, a própria rede deixa de ser exclusivamente algo que é “usado” por humanos, ou um mero contexto para a ação humana, afinal no curso de cada ação, a rede pode tanto ser o contexto no interior do qual certas relações se produzem, quanto um mediador que transforma relações e possibilita a emergência de sujeitos. (RIFIOTIS, 2016, p.147)

Mauss (1974b apud RIFIOTIS, 2016) coloca essa não exterioridade do objeto, porque pensa no tema da corporalidade, do corpo como o primeiro e mais natural instrumento do homem. Portanto, o corpo é nosso primeiro objeto de comunicação, sendo ele mesmo mediador das demais interações com os outros objetos. É nesse contexto em que o aparelho não é uma exterioridade em relação ao indivíduo, nem somente a máquina é o objeto da ação, que as participantes entrevistadas compartilham suas experiências, seu modo de vida e seus pensamentos sobre si mesmas na rede social *WhatsApp*.

O livro *Políticas Etnográficas no Campo da Cibercultura* (2016), organizado por Jean Segata e Theophilos Rifiotis, entende a importância da Teoria Ator-Rede e o efeito Latour² na construção da antropologia do ciberespaço, e como podemos desfazer, ao pensar a etnografia virtual, as fronteiras que colocamos entre o que é real e o que é virtual, ou da própria ideia de que o ciberespaço é uma exterioridade. Então aqui não pensaremos na plataforma, ou no aparelho celular através do qual se tem acesso ao grupo, como um simples intermediário, mas o que interessa dessa interação, é no que se refere a Teoria Ator-Rede:

(...) está justamente interessada nas traduções, nos desvios, nos “chiados” produzidos na associação. Enfim, o que está em proeminência é o eventual,

²A Teoria Ator-Rede trouxe uma nova perspectiva para pensar a pesquisa etnográfica, no sentido de quebrar a barreira da agência como apenas humana, e se concentrar no que é produzido na ação, humana ou não humana. Ver o trabalho de Jean Segata, 2016.

performático, híbrido e não a distinção (purificação) entre “agente” e “agido”. (SEGATA, 2016, p.107)

Rifiotis faz uma crítica aos estudos da antropologia no ciberespaço, também na disciplina em si, colocando que a nós não cabe a purificação e tradução. A máquina não é apenas o suporte do homem, mas também não se deve tratar do tema com a ideia de “comunicação mediada por computador”. A ideia de que há apenas um intermediário na comunicação, para ele, invisibiliza o computador/rede nas descrições antropológicas.

Neste estudo considero que a ação não é exclusivamente humana, o aparelho através do qual se conectam as pessoas, tais quais os aplicativos que ele porta e possibilita, também são atores nessa rede. O foco da pesquisa é a experiência do sujeito que está no ciberespaço, que forma essa rede com outros seres humanos, mas, em um certo nível, essas outras agências/outros atores são revelados. As pessoas agem no ciberespaço, o que está lá também age sobre as pessoas. A etnografia virtual permitiu o acesso ao universo particular dos sujeitos na rede, conhecê-los e saber suas histórias e trajetórias, e o que tem a dizer sobre a relação com a anorexia e bulimia nervosa. Para análise dessas informações, a inspiração vem de Arthur Kleinman, psiquiatra e antropólogo, autor de “*The Illness Narratives, Suffering, Healing, and the Human Condition*” (1988), também dos textos *Antropologia nos Serviços de Saúde: Integralidade, Cultura e Comunicação* (2002), de Francisco A. de Oliveira e no livro *Cultura, Saúde e Doença* (2009) de Cecil G. Helman.

Helman disserta sobre vários tipos de modelos explicativos para doentes, entre eles o profissional, o biomédico, o familiar e o popular. Cada indivíduo andar por entre esses modelos de acordo com sua própria cultura, vivência e crença. No entanto, não há homogeneidade dentro dos modelos, uma vez que variam entre épocas, sociedades, bagagens de vida, entre outras. O modelo biomédico se caracteriza pela racionalidade científica, a ênfase em dados psicoquímicos, o dualismo mente e corpo, e, principalmente, o reducionismo, o qual recebe a crítica elaborada por Helman (2009) sobre os limites desse modelo, uma vez que ele se torna cada vez mais específico e em sua maioria ignora a esfera da subjetividade humana. Para ele, o modelo da medicina moderna está orientado principalmente para a descoberta e a quantificação das informações psicoquímicas do paciente e não para fatores

mensuráveis, como os sociais e os emocionais. O processo de viver nos diferentes contextos da vida humana resulta em diferentes percepções sobre a vida, a sociedade e as práticas e cuidados de saúde, o que acontece no contexto da anorexia e da bulimia. Não é habitual da pessoa que sofre com algum desses transtornos alimentares querer buscar tratamento e se curar, pois isso, para ela, significaria o ganho de peso, o que ela combate fortemente. E, mesmo após o tratamento, o paciente pode voltar às práticas do transtorno, agravando-as em tempos de crise. As questões somadas por Arthur Kleinman contribuem grandemente para a perspectiva aqui abordada. No texto de Oliveira (2002), também há apropriação dos conceitos utilizados por Kleinman, a distinção entre os conceitos *Illness* e *Disease*. O essencial da diferenciação entre os dois é que a percepção da pessoa que sofre com a doença e do sistema de saúde, do modelo biomédico, serão muito diferentes. Enquanto *disease* significa a disfunção em si, o substrato essencialmente biomédico, *illness* significa a perturbação, a forma pela qual o indivíduo percebe seus sintomas, como o indivíduo experiencia e se comporta em relação a eles, e qual caminho ele percorre em busca da cura – na língua portuguesa não há essa distinção, sendo a tradução de ambas as palavras: “doença”. Essa interpretação tensiona a relação entre médico e paciente, também colocando em jogo o modelo biomédico em contraste com o modelo popular e familiar, pois evidencia a falta de humanidade no próprio procedimento científico, considerando o corpo um objeto e analisando-o por partes segregadas do todo, de forma especificada e focalizada. Essa análise por partes é falha no contexto desses transtornos alimentares – e de muitos outros adoeceres – já que é uma disfunção que se inicia na mente e os sintomas só ficam evidentes quando se manifestam no corpo e de forma extrema, quando o transtorno já está num nível elevado. Além da experiência pessoal, o indivíduo atribui significado à doença. Enfim, *illness* é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente (OLIVEIRA, 2002).

O que se busca na Antropologia da Saúde, e neste trabalho, e que podemos perceber nos textos citados, é que esse olhar biológico direcionado à doença não alcança dimensões que ela afeta na vida do sujeito. Deve-se colocar *disease* ao encontro de *illness*, e o tratamento deve buscar uma conjunção das duas perspectivas, buscando a saúde integral do sujeito, corpo e mente em conjunto, não por partes.

Na etnografia virtual realizada no grupo de *WhatsApp Safe Space*, além de descrever sobre a sua dinâmica, o objetivo é conhecer coisas para além do transtorno, além dos sintomas, saber das suas trajetórias de vida, dos cuidados pessoais, dos cuidados familiares e do seu dia a dia. Não foram utilizados diagnósticos psiquiátricos ou de qualquer ordem médica para definição, mas sim sua auto-identificação e seu pertencimento ao grupo que se caracteriza como “pró-Ana e Mia”. Oliveira aborda a visão de que o campo da saúde possa lançar um olhar unilateral aos problemas de doença, em que “a equipe de saúde passa a julgar seus usuários a partir da visão de seus membros, estabelecendo unilateralmente o que é certo ou errado, adequado ou inadequado em relação ao cuidado à saúde” (OLIVEIRA, 2002). É preciso conhecer as pessoas que convivem e experienciam, e então, entendemos que não há apenas uma distorção da visão do corpo, uma confusão mental em relação ao que se enxerga no espelho. Há, sim, uma meta diferente daquela buscada por pessoas que estão fora do transtorno. Há outros corpos de referência, outros números de referência, que não aqueles obtidos no consultório com profissionais da saúde, nutricionista ou endocrinologista, há também uma significação – *illness* – dos sintomas que acometem o corpo e a mente, cuidados pessoais e familiares, estigma, vergonha, e concepções normativas do corpo em relação à personalidade e ao mundo. Buscarei descrever, a partir do grupo *Safe Space* e das entrevistas individuais, de que forma os sujeitos que se autodenominam em relação com a Ana e a Mia se apropriam delas, como consideram sua condição de saúde, também o que tem a dizer de suas trajetórias.

Segundo informações do site ABC da Saúde³, a maior parte das pessoas afetadas pelos transtornos alimentares classificados como anorexia nervosa e bulimia nervosa são mulheres, em sua maioria jovens. Indica-se que isso se deve em especial, por um determinado padrão de beleza imposto pela sociedade, muitas vezes inalcançável, além do cultural são muitos fatores em jogo, tais como psicológicos, familiares e biológicos. Esses transtornos são preocupantes para a área da saúde e médica, pois vem aumentando o número de pessoas acometidas, podendo coexistir com depressão, ansiedade e/ou abuso de substâncias (Organização Pan-Americana

³ABC DA SAÚDE. [ABC]. Porto Alegre, RS: ABC. Disponível em: <https://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/anorexia-nervosa/>. Acesso em: 28 nov 2021.

de Saúde)⁴. Além disso, com seu agravamento, podem levar à morte, porque culminam em quadros de desnutrição e suicídio.

O modelo biomédico explicativo sobre o transtorno alimentar de anorexia e bulimia nervosa deixa uma lacuna a ser preenchida. Nesse sentido, este estudo pode contribuir para um olhar centrado na subjetivação e experiência da pessoa que vive o transtorno. Por exemplo, no site já referido ABC da Saúde, encontramos referências médicas sobre a anorexia com a perspectiva de que uma pessoa anoréxica é muito magra. No dicionário⁵ podemos encontrar o significado de anorexia: “falta ou perda de apetite”. No entanto, nem sempre as pessoas possuem essas características, tendo casos de sobrepeso entre elas. Além disso, apresenta-se um quadro sobre o que sente uma pessoa anoréxica e quais as possíveis complicações médicas, em termos físicos e biológicos – sendo toda essa estrutura parte do conceito *disease*.

Em contraste, os sistemas de crença internalizantes concentram-se menos nas explicações etiológicas e mais nos eventos que ocorrem (e se originam) dentro do corpo, e eles sempre enfatizam os processos fisiológicos e patológicos como explicações para como e por que algumas pessoas adoecem. Esta é a perspectiva do modelo médico científico moderno. Sua força reside na percepção detalhada dos eventos fisiológicos dentro do corpo individual, mas sua fraqueza está em ignorar os eventos sociais e psicológicos que precederam o início dos sintomas – enquanto o oposto é verdadeiro para os sistemas externalizantes. (HELMAN, 2009 p.129)

Algo que se percebe nas narrativas é que essa relação com a anorexia e a bulimia tem um caráter inconstante na vida do sujeito, conforme será visto nas narrativas: “épocas de estresse acentuam o quadro” (Alessandra)⁶, ou “você fica indo e voltando entrando e saindo de crise” (Roberta)⁷. Arthur Kleinman em “*The Illness Narratives*” (1988) expõe casos de doenças crônicas, e o presente trabalho trata de pessoas que estão em relação com esses transtornos alimentares. Então, pode-se traçar um paralelo que nos leva a questionar se a forma que o modelo biomédico pensa esses transtornos não é de forma parecida, fragmentada, objetiva, materialista

⁴ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. [PAHO]. Brasília, DF: PAHO. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em: 27 nov. 2021.

⁵Anorexia. (2021). Em *Oxford Languages*

⁶Alessandra. [Entrevistas]. WhatsApp.. 27 set. 2021. 14:49. 1 mensagem de WhatsApp

⁷Roberta. [Entrevistas]. WhatsApp: [Safe Space]. 28 set. 2021. 17:38. 1 mensagem de WhatsApp

e desafiadora pelo caráter crônico, deixando de privilegiar a perspectiva subjetiva dos pacientes, suas narrativas e crenças da relação que carregam.

O resultado é que profissionais, treinados para pensar em entidades de doenças “reais” com histórias naturais e resultados precisos, acham as doenças crônicas complicadas e ameaçadoras. Eles foram ensinados a considerar as narrativas das doenças do paciente e as crenças causais com desconfiança. A forma dessas narrativas e explicações podem indicar um processo mórbido; o conteúdo pode desviá-los do caminho. O jeito do especialista em diagnóstico é não creditar o relato subjetivo do paciente até que ele possa ser quantificado, e portanto, torná-lo mais “objetivo” pode fazer amostra da crença dos doentes crônicos. (KLEINMAN, 1988, p.15, tradução nossa)⁸

Pode ser que as consequências dessa objetividade do modelo hegemônico biomédico, quando as experiências dessas pessoas se transformam em apenas números, estatísticas, e enquadram-se em uma tabela com relações de sexo, idade, peso, renda, estado nutricional etc., inúmeros fatos permaneçam não ditos, que são de extrema relevância para tratamentos, aplicação de políticas públicas e outras abordagens do tema. Conforme Cecil G. Helman (2009), quando um fenômeno não pode ser observado ou medido objetivamente, por exemplo as crenças de uma pessoa sobre a própria doença, isso se torna menos “real” do que algo medido através de exames, como o nível da pressão arterial do paciente ou a contagem de leucócitos. A etnografia virtual permite esse acesso particular ao universo das representações subjetivas da doença e de discursos de significação. No lugar de reduzir as análises das técnicas médicas aos dados numéricos, ela permite conhecer o mundo experiencial daquelas que vivem o transtorno em seu cotidiano, tornando protagonismo lugar de quem sente, sofre e experimenta. Esta pesquisa fala sobre o comportamento e as interpretações que as pessoas que se autodenominam “amigas da anorexia e da bulimia nervosa” elaboram sobre suas próprias condições enquanto sujeitos, sobretudo, a forma que experienciam a relação com os transtornos alimentares em diversos aspectos de suas vidas.

⁸No original: The upshot is that practitioners, trained to think of “real” disease entities, with natural histories and precise outcomes, find chronic illness messy and threatening. They have been taught to regard with suspicion patient’s illness narratives and causal beliefs. The form of those narratives and explanations may indicate a morbid process; the content may lead them astray. The way of the specialist diagnostician, which is not to credit the patient’s subjective account until it can be quantified and therefore rendere more “objective”, can make a sambles of the cre of the chronically ill.

1.1 ANTROPOLOGIA E CIBERESPAÇO: PROBLEMAS METODOLÓGICOS

No livro *Políticas Etnográficas no Campo da Cibercultura* (2016), organizado por Jean Segata e Theophilos Rifiotis, somam-se textos dos organizadores, também de Dalila Floriani Petry, integrante do *GrupCiber*⁹, em que eles relatam a literatura antropológica na década de 1990 e dos anos 2000 sobre os estudos da cibercultura e da etnografia no ciberespaço. Lembro-me de uma aula com o professor Jean Segata, na disciplina de pesquisa qualitativa, quando ele nos contava sobre os questionamentos de haver nativos no ciberespaço.

A questão a ser superada era a de que no início de nossos trabalhos a própria disciplina nos demandava convencimentos de que era possível a pesquisa antropológica no ciberespaço ou no campo mais amplo da cibercultura. Entre muitos dos questionamentos, o ponto crítico naquele momento, era o de convencer nossos pares de que “havia gente” no ciberespaço; que não se tratavam apenas de algoritmos e programações ou o que mais coubesse naquela ideia de dados ou fluxos de informação próprios da linguagem e do campo da tecnossocialidade. (SEGATA, 2016, p.95)

Havia, neste início, a aparente desconfiança sobre os nativos, os cibernautas, e sobre a possibilidade da observação de campo no mundo on-line, sem a oportunidade dos contatos face a face. Às vezes tratando o mundo virtual como uma realidade menos real, de modo que a verdadeira realidade estivesse “do lado de fora”. No entanto, o que acontece no mundo virtual também produz realidades. Para o *GrupCiber* era uma questão etnográfica e metodológica sobre o lugar do antropólogo nesse campo, as preocupações eram a observação participante, a permanência do pesquisador em campo, a análise de discursos, narrativas e performances (SEGATA, 2016).

A preocupação também era a colocação de mais uma agência no campo, o fator não humano da comunicação, quer dizer, será que a máquina era apenas um meio de comunicação? Rifiotis defende que a comunicação não pode ser apenas “mediada” por computador, mas que faria mais sentido falar sobre uma “comunicação intermediada por computador”. Pois, ao considerar a máquina um intermediário ou um

⁹GrupCiber – Grupo de Pesquisas em Ciberantropologia do PPGAS-UFSC

simples suporte, invisibilizamos o computador/rede nas nossas descrições. Pensando o seguinte parágrafo:

A própria ideia de “mediador” parecia-me deslocada uma vez que tratávamos de comunicação/interação entre humanos e computador/rede eram apenas intermediários, invisibilizados nas nossas descrições, apenas presentes como suportes. Por vezes, um mero intermediário, quase nunca problematizado, apenas um elemento do cenário onde ocorrem relações entre humanos. Em linhas gerais, diria que um “mediador” seria aquele que transforma que atua de modo positivo, interferindo no processo, enquanto um intermediário é como uma “caixa preta”, algo que apenas transporta. Havia, em minha opinião, uma invisibilidade dos meios, dos componentes eletrônicos, dispositivos computacionais, softwares, rede física etc. (RIFIOTIS, 2016, p.120)

Quero propor então uma breve reflexão sobre esse segundo instrumento humano – pensando que o corpo é nosso instrumento primário – o aparelho celular. Se antes o computador era a máquina que ficava instalada em um canto da casa, o celular é o aparelho portátil, muitas vezes com livre acesso à internet, lugar onde pode-se encontrar o grupo pesquisado. Portanto, é um lugar que pode ser acessado facilmente e, a qualquer momento existem pessoas com quem conversar instantaneamente. A rede social utilizada, o *WhatsApp*, também deve ter seu lugar de reflexão neste texto. Há alguns recursos tecnológicos que chamam atenção, o fato de que ao entrar uma mensagem nova nesse aplicativo, o celular pode tocar, vibrar, acender uma luz, e se nada chamar atenção, ela ficará com uma novidade aparecendo na tela ou com um círculo vermelho em cima do aplicativo. Diversos recursos que de certa forma “chamam” para o acesso no aplicativo.

Daí de se assinalar que se está tratando aqui de um ator-rede, e não simplesmente de “um ator” e de “uma rede”, em separados. A agência é uma atuação conjunta – não é algo característico de humanos e que pode ser estendido a não humanos. (SEGATA, 2016, p.105)

Na entrevista realizada por formulário, as integrantes dizem acessar o grupo todos os dias, várias vezes ao dia, esse é o modelo de comunicação que está em jogo neste trabalho. Qual o impacto dessa forma de acesso para as relações que se

formam através do grupo? Quais sujeitos criam-se através dessa rede? Esse lugar que se acessa, essa rede sociotécnica, não é então um objeto do qual o indivíduo se apropria e dele faz uso, ou nele age, ou nele está. A rede pode ser onde ele – o agente – está e produz relações, também onde é produzido. Em outras palavras, a rede é o que se forma na relação/ação não entre os indivíduos, mas entre os atores – humanos e não humanos.

Por essas razões, a noção chave que abre caminhos para a superação das dicotomias clássicas entre sujeito e objeto, social e técnica, é a noção de redes sociotécnicas. Por meio dela, a própria rede deixa de ser exclusivamente algo que é “usado” por humanos, ou um mero contexto para a ação humana, afinal, no curso da ação, a rede pode tanto ser o contexto no interior do qual certas relações se produzem, quanto um mediador que transforma relações e possibilita a emergência de sujeitos. (RIFIOTIS, 2016, p.147)

A rede então não é algo fixo, imutável, a qual está lá para ser descrita, mas nessa formação de relação entre os atores. A rede mencionada foi aprendida no livro citado, em que o *GrupCiber* usa a Teoria Ator-Rede de Bruno Latour (2016) em seus estudos etnográficos no campo da cibercultura. A Teoria Ator-Rede repensa o ator como indivíduo, repensando e fazendo uma crítica à noção de vínculo, como algo que está estabelecido ou não. Para Latour, a noção de rede distribui a ação entre todos os agentes, enquanto “vínculo” atribui a um ou a outro. Ele apresenta uma metáfora no início de seu texto, uma história em quadrinhos da Mafalda, em que questiona seu pai: ele fuma seu cigarro ou é fumado por ele?

Podemos dizer que estou fazendo um jogo de palavras? Sim, mas com essa nova fórmula, eu não procuro mais dividir o que faz e o que é feito, o ativo e o passivo, uma vez que eu me coloco a percorrer uma cadeia de mediadores na qual nenhum mediador causa o próximo, mas na qual cada um permite ao seguinte tornar-se, por sua vez, origem da ação de, literalmente, “fazer causar” seu sucessor. (LATOURE, 2016, p.78)

Portanto, a ação, que não é exclusivamente humana, também o ator não é alguém que está dado e que depois age. A ação é um evento distribuído, não uma linha reta em que se pode ver causa e efeito (SEGATA, 2016). Considero que esse é

o papel do trabalho etnográfico – certamente um grande desafio nesse texto – que é a descrição da subjetividade da pessoa que vive em relação com a anorexia e bulimia, não em qualquer tempo ou espaço, mas naquele contexto. A pesquisa no ciberespaço pode parecer mais fácil, pois o dado “está ali”. No entanto, evitei cair na tentação de fazer da narrativa uma descrição das ações humanas, esquecendo-me das agências que se formam na rede. Ou seja, tentei evitar conversas congeladas de um passado recente que servem de base para a narrativa, mas sim partir de conversas para fabricar a narrativa, que não estava dada no diálogo. Como colocou Dalila Petry sobre a escrita e a pesquisa etnográfica:

Sendo a própria pesquisa uma relação social, é preciso problematizar as próprias ações, determinações ao longo do trabalho de campo, pois o pesquisador também atua produzindo modificações e associações. Não é, portanto, possível imaginar, sob essa ótica, uma observação neutra e que não influencie as experiências, afinal, por diversas vezes nós mesmos também nos constituímos como atores e produzimos efeitos nas associações, seja a partir das perguntas, através do acompanhamento de atividades ou pelas presenças, por vezes silenciosas – mas nem por isso invisibilizadas e neutra. (PETRY, 2016, p.170)

Por fim, com essa base teórica para a prática antropológica no ciberespaço, pode-se repensar a própria antropologia. Os textos são organizados de maneira que consigamos entender as bases de pesquisa no campo da cibercultura, uma retrospectiva dos estudos do *GrupCiber*, a própria escrita etnográfica e o lugar do antropólogo no campo, sendo o criador daquela história que está sendo contada, afirmando que a escrita deve ser reflexiva e que se deve observar o observador em campo, através de um diário de campo, por exemplo.

Finalmente cabe afirmar que a antropologia da cibercultura (e mais precisamente do ciberespaço) não é mais um objeto particular – uma especialidade antropológica para o qual o *GrupCiber* concentra seus esforços, mas um meio etnográfico privilegiado pelo qual nos inserimos também em um debate mais amplo na disciplina – o das relações entre humanos e não humanos. (SEGATA, 2016 p. 110)

Usando Latour, pode-se pensar também os próprios problemas da rede que se forma, num contexto maior, não só no aplicativo *WhatsApp* mas da relação sujeito-aparelho-algoritmos que se forma, quando, por exemplo, uma participante do grupo abre o aplicativo *Instagram* ou realiza uma pesquisa no *Google*. O que é mostrado a ela? Possivelmente para ela aparecem imagens, vídeos e páginas na internet que reifiquem estereótipos, causando também impacto nas suas ações. Nesse sentido, o algoritmo é algo de importância nessa rede que “faz-fazer” (LATOIR, 2016), assim como o aparelho, os aplicativos com seus recursos e facilidades de acesso. O foco desse trabalho não são essas questões, mas é relevante pensar que elas existem e fazem parte do problema de outras possíveis pesquisas. Também é importante nomear os agentes dessa rede, e entre eles, eu.

Retomando o ponto em que Dalila Petry (2016) tocou, citado acima, que o pesquisador em campo também age, e mesmo que esteja participando de forma silenciosa, sua presença não é neutra. Nesse sentido, remontarei minha entrada no campo e a trajetória que permitiu esse trabalho. Encontrei o grupo de *WhatsApp* navegando na internet em comunidades virtuais pró-Ana e Mia. Quando acessei o grupo fiquei por alguns dias observando, estava com receio de que não permitissem minha participação, uma vez que não compartilhava daquela busca pelo emagrecimento. No entanto, ao contrário das expectativas, quando pedi permissão para coletar dados no grupo para uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso em Antropologia, as participantes foram bem receptivas, me deram boas-vindas e se colocaram à disposição. Alguns meses depois, ainda estava preocupada sobre como realizar as entrevistas que voltavam para assuntos tão delicados na vida dessas pessoas que me desconheciam por completo. Enviei um formulário on-line, realizado pela plataforma *Google Forms*, com poucas perguntas e de forma objetiva. As respostas deram algum sentido para onde iriam as próximas questões. Embora no grupo tenham participantes adolescentes, as pessoas que responderam tinham entre 22 e 38 anos. Também foi possível identificar que eram mulheres de várias regiões do Brasil, o que é possível saber através do próprio aplicativo (*WhatsApp*), pois ele dá acesso a uma lista de telefones com seus respectivos números de discagem direta à distância (DDD).

Algumas impressões ficaram bem fortes sobre o campo. Na conclusão do formulário, pedi permissão para entrar em contato de forma pessoal, deixando um espaço a ser preenchido com o contato. Das participantes que deixaram seu telefone

ou e-mail, ou aquelas que consentiram fazer entrevistas pelo grupo, as conversas ficaram monótonas de forma que as respostas para as minhas questões eram monossilábicas. A preocupação era de que não conseguiria uma conexão que permitiria o que buscava: o acesso ao mundo particular de cada sujeito que vive os sintomas. Fiz então outro caminho. Através de pontos em comum, iniciei conversas “no privado” dentro do aplicativo, saindo do grupo e conversando em particular. Assuntos como veganismo, maternidade, criação e autismo formaram a ponte que precisava para entrar no que dizia respeito aos sintomas que as participantes vivem, mostrando que a identificação com as pessoas nesse campo foi essencial para que a pesquisa fosse possível. Também é preciso comentar sobre as facilidades que a etnografia no ciberespaço possibilitou. Penso que seria irrelevante se tivesse a possibilidade de encontrar essas pessoas pessoalmente, inclusive isso poderia trazer mais dificuldades pois o contato virtual, sem a exposição face a face, possibilitou a queda das barreiras que exigem os encontros pessoais e das dificuldades intrínsecas às entrevistas nesse nível de profundidade, fazendo com que as pessoas sentissem mais segurança para se expressarem e contarem suas histórias de vida.

Por fim, não será apresentado neste trabalho dados estatísticos e médicos sobre os transtornos alimentares de anorexia e bulimia nervosa, nem sua história na sociedade. Nos termos descritos no próprio CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), um dos requisitos para o diagnóstico seria de que o indivíduo que possui o transtorno teria o IMC (Índice de Massa Corporal) abaixo de 17,5, entre outros enquadramentos que são medidos e observados conforme orientações preestabelecidas na medicina.

A saúde ou normalidade é definida em relação a certos parâmetros físicos e bioquímicos, como peso, altura, circunferência, valores do hemograma, nível de hemoglobina, níveis de eletrólitos ou hormônios, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, tamanho do coração ou acuidade visual. (HELMAN, 2009, p.114)

No entanto, foi observado durante a pesquisa que muitas participantes do grupo não se enquadram nesses parâmetros, e mesmo assim elas se apresentam, naquele contexto, em relação com a Ana (anorexia) e a Mia (bulimia). Portanto, sendo esse texto de natureza antropológica, interessado no que diz respeito à subjetividade das

pessoas entrevistadas e na condição do sujeito que vive os sintomas, não é interessante apresentar esses dados¹⁰.

1.2 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA

O modelo da medicina moderna está orientado principalmente para a descoberta e quantificação da informação físico-química sobre o paciente, e não para fatores sociais e emocionais menos mensuráveis. (HELMAN, 2009, p.114)

A obra de Arthur Kleinmam, “The Illness Narratives” (1988), bem como os textos citados de Cecil G. Helman (2009) e Francisco A. Oliveira (2002), permitiram pensar o trabalho de campo a partir da Antropologia da Saúde com foco na experiência vivida pelos sujeitos. Os estudos em Antropologia Médica, ou Antropologia da Saúde¹¹, vem datados da década de 50, com contribuições importantes vindas dos Estados Unidos, da Inglaterra e da França. Maria Cecília Minayo (1998) faz um exercício de retrospectiva desses estudos, e de que jeito esse campo encontrou espaço nas Ciências Sociais desde então, tratando a disciplina com uma perspectiva meta cultural e comparativa dos fenômenos da saúde, da doença e da cura, e não mais com uma submissão disciplinar e instrumental à medicina.

A Antropologia da Saúde, segundo Oliveira, avançou no sentido de tornar claro que “todas as atividades relacionadas com o cuidado à saúde estão inter-relacionadas, tendendo a constituir uma forma socialmente organizada para enfrentar a doença” (OLIVEIRA, 2002, p.67), isso faz com que essa área se torne um objeto de estudo da antropologia, uma vez que ela é um sistema cultural próprio, o qual ele chama de sistema de atenção à saúde. É um sistema que aborda a relação que as comunidades estabelecem com seus serviços de saúde, levando em conta que, embora possa haver indivíduos na mesma comunidade com o mesmo mal-estar, eles procurarão os sistemas de saúde de formas diversas, de acordo com vários recortes

¹⁰Para melhor conhecer a história e dados estatísticos da anorexia e bulimia nervosa ver Lira - 2006 e Valdaha-Ornelas e Santos - 2016.

¹¹Minayo (1998) discute a apropriação por parte do antropólogo pela autodenominação Antropólogo Médico ou Antropólogo da Saúde. Para não subentender a antropologia como subdisciplina, chamarei Antropologia da Saúde.

tais quais classe social, religião, grau de instrução, entre vários outros. Nessa análise em sistema, situam-se três setores principais: o setor popular, o profissional e o *folk* (traduzido por Oliveira como “paraprofissional”). O primeiro é aquele que o indivíduo absorve da família e do grupo social mais próximo; o segundo é baseado na biomedicina, o qual na sociedade brasileira tem grande força, submetendo todas as outras práticas de saúde à sua autoridade; o terceiro é aquele não-profissionalizado, abrange formas alternativas de cura, seja através de curandeiros, líderes religiosos, etc.

Algumas características do modelo biomédico imperativo na sociedade (referindo-se ao ocidente), podem atrapalhar o tratamento de questões subjetivas da doença. Sendo o dualismo conceitual corpo e mente que remonta no mínimo ao século XVII e as hiperespecialidades médicas e científicas, ou seja, saber mais e mais do mesmo, conhecendo menos o todo. Sobre esse modelo de valorização das hiperespecialidades, segundo Helman é: “tratar uma pequena área do corpo em um período de tempo relativamente curto e com uma evolução claramente definida dá mais *status*, do que lidar com aquelas condições em que nenhuma cura a curto prazo é evidente ou mesmo possível” (HELMAN, 2009, p.116). Também pode atrapalhar o choque de perspectivas entre médicos de diferentes culturas, ou numa mesma cultura, mas de diferentes especialidades, ou ainda entre médicos e enfermeiros, e entre a área da saúde e o paciente, fazendo com que no momento da consulta haja um encontro entre dois universos, cabendo ao médico traduzir aquilo que o paciente traz do seu universo pessoal e “leigo” dos sintomas. No entanto, Helman apresenta também que nessas interações médico-paciente, fica evidente uma não-parcialidade na medicina, e ele apresenta um ponto importante: cada médico levará para sua interação com o paciente um conjunto específico de ideias, presunções, experiências, preconceitos e folclore herdado, o que influenciará na sua prática médica em certa medida. Quando isso acontece, quase sempre de forma inconsciente, usando imagens psicanalíticas, o autor chama de contratransferência cultural.

Uma contribuição fundamental da antropologia americana para a área da saúde, segundo Minayo (1998), foi a introdução de dois conceitos para pensar a doença, fazendo uma distinção categórica entre “*disease*”, a disfunção fisiológica, “*illness*”, a percepção subjetiva do adoecer, e “*sickness*”, a expressão cultural da doença, sendo os dois primeiros essenciais a esse trabalho. Estava em jogo a própria conceitualização da disciplina enquanto Antropologia Médica ou da Saúde, o que

dependia de como os pesquisadores se colocavam no campo e se auto referiam, dependendo também de quais seriam suas referências, americanas, inglesas ou francesas. No caso brasileiro, havia a dificuldade dessa autorreferência, usando os termos de forma ambígua, também da colocação no campo das Ciências Sociais, ficando confuso qual era o papel da antropologia para o campo da saúde.

(...) serão seu objeto de reflexão teórico-prática as condições de vida que interferem nas condições de saúde; as políticas públicas e sociais do setor e intersetoriais; os vários sistemas terapêuticos, incluindo-se a atenção em todos os níveis; e por fim, os valores e crenças que dão suporte aos limites da tolerância e vulnerabilidade da sociedade frente ao que afeta sua saúde individual e coletivamente. (MINAYO, 1998, p.35)

O campo dessa relação entre ambas as ciências, biomédica e antropológica, foi construído com diversas perspectivas e objetivos, o primeiro tipicamente antropológico, estudando aspectos do universo das relações sociais, buscando compreender questões de saúde, doença e cultura, sendo que esses estudos são de importância para o campo da saúde também; o segundo vem de escolas e institutos da área da saúde, e tem o objetivo de dar base para implementação de políticas públicas; terceiro, que Minayo chamou de “pesquisas operacionais”, vem da área da saúde e utilizam métodos qualitativos, humanizando a medicina e indo atrás de respostas para dificuldades que surgem no setor – importante destacar que essa categorização é do final da década de 90, e a autora apresenta no texto uma dualidade e quase que uma rivalidade entre os campos. Contudo, a antropologia traz uma contribuição epistemológica no setor da saúde, também colabora para “introduzir a lógica das populações como elemento fundamental no planejamento, na atenção médica e nos programas de promoção e prevenção” (MINAYO, 1998).

Muito do material de campo para desenvolver este trabalho foi baseado nas narrativas a partir das entrevistas realizadas com três mulheres. Helman (2009) explica as narrativas de doença e infortúnio, sendo um momento em que a pessoa organiza as histórias de doença e dá sentido à experiência de má saúde, dando um lugar para ela na vida do sujeito. No entanto, há muito do que não foi dito que ressoa nessas páginas. Como exposto na parte metodológica, tive contato com outras pessoas que me permitiram entrevistá-las, mas ao iniciar a conversa tornavam-se

perguntas sem respostas, ou apenas respostas monossilábicas. No lugar do não-dito entram as narrativas não-verbais, algo que a etnografia virtual não permitiu no contexto do *WhatsApp*, mas Helman define como algo que pode ser representado de outras maneiras: “um padrão específico de comportamento – por exemplo, retraimento, silêncio, autonegligência, alterações nas roupas, jejum, abuso de substâncias ou mesmo violência – durante um período de tempo” (HELMAN, 2009, p.130).

A perspectiva por vezes limitada de doença na medicina moderna, com sua ênfase em dados físicos quantificáveis, pode ignorar várias dimensões dos sentidos – psicológico, moral ou social – que caracterizam a perspectiva da doença do paciente e daqueles que o cercam. Assim, o médico, ao se concentrar somente no diagnóstico e no tratamento da disfunção física, pode não levar em conta os estados emocionais como culpa, vergonha, remorso ou medo por parte do paciente. (HELMAN, 2009 p.138)

Arthur Kleinman coloca como problemas relacionados a *illness* são de ordem pessoal do sujeito que experiencia a doença. Com algum nível de incapacidade que os sintomas da doença podem trazer, seja dor em algum lugar do corpo que pode distrair a pessoa no meio do trabalho ou das atividades domésticas, causando uma sensação de fracasso ou frustração. Também o sentimento de raiva, a questão de assumir uma postura de pessoa que vive com algum transtorno ou doença, demonstrando uma dor invisível – “e nós sentimos uma pressão frustrante para provar que estamos em constante dor” (KLEINMAN, 1988, nossa tradução)¹². Há as lamentações dos sintomas, da dor, sentimentos de vergonha, declínio da autoestima, desmoralização. Todas essas são questões que envolvem o conceito *illness*, e que ficam evidentes nas narrativas dos sujeitos. Enquanto *disease*, doença, é o que o médico interpreta a partir das suas lentes teóricas, reconfigurando os problemas do paciente e da família, “doença, no entanto, é o que o praticante cria na reformulação da doença em termos de teorias da desordem” (KLEINMAN, 1988, nossa tradução)¹³. Ele também desenha o conceito *sickness*, o qual extrapola *illness*, acrescentando questões de opressão política, privação econômica e outros fatores sociais. No

¹²No original: and we experience frustrating pressure to prove we are in constant pain.

¹³No original: Disease, however, is what the practitioner creates in the recasting of illness in terms of theories of disorder.

entanto, para fins do presente trabalho, são de relevância os conceitos e diferenciações entre *illness* e *disease*, também nos Modelos Explanatórios que serão explicados a seguir.

Uma ferramenta apresentada por Kleinman para chegar a *illness*, é o conceito de Modelo Explanatório, o que quer dizer que existem formas de interpretar a doença. O sujeito que sofre com a doença utiliza dos modelos explanatórios leigos, os quais não tem limites definidos entre as ideias e a experiência, influenciados pela cultura e pela personalidade também do indivíduo. Na prática, as narrativas permitiram observar esse conceito, pois ele engloba algumas perguntas através das quais os sujeitos decodificam os significados da doença muitas vezes sem serem questionados.

1. O que aconteceu? Isso inclui organizar os sintomas e os sinais em um padrão reconhecível e dar a ele um nome ou uma identidade. 2. Por que aconteceu? Isso explica a etiologia ou causa da condição. 3. Por que aconteceu comigo? Isso tenta relacionar a doença a aspectos do paciente, como comportamento, dieta, complexão física, personalidade, hereditariedade. 4. Por que agora? Isso se relaciona ao momento da doença e seu modo de início, súbito ou lento. 5. O que me aconteceria se nada fosse feito a respeito dessa situação? Isso considera o curso provável, a evolução, o prognóstico e os riscos. 6. Quais são os efeitos prováveis sobre as outras pessoas (familiares, amigos, empregadores, colegas de trabalho) se nada for feito a respeito dessa situação? Isso inclui a perda de renda ou emprego ou uma perturbação das relações familiares. 7. O que devo fazer a respeito dessa situação – ou a quem devo pedir ajuda? Isso inclui estratégias para tratar a condição, como automedicação, consulta com amigos ou parentes ou consulta com um médico. (HELMAN, 2009 p.120)

O que Kleinman coloca em evidência é que ao tratar as perturbações do paciente, também está se tratando uma parte da doença. “Aqui nós temos a profunda experiência de dor e sofrimento, o trabalho básico de cuidar, e a importância do significado” (KLEINMAN, 1988, nossa tradução)¹⁴. Valorizar os significados que o sujeito dá ao adoecer também dizem respeito aos relacionamentos com o cônjuge, o filho, os amigos, enfim, familiares e pessoas próximas. Desviar o olhar centrado nos problemas materialistas do mecanismo biológico em direção à investigação dos

¹⁴No original: Here we have the deep experience of pain and suffering, the basic work of care, and the importance of meaning.

problemas perturbadores é reconhecer que essa esfera da doença tem um potencial tratamento, fazendo uma diferença significativa na vida do paciente.

A realidade social é tão organizada que nós não investigamos rotineiramente os significados da doença mais do que analisamos regularmente a estrutura do nosso mundo social. De fato, a estrutura de prioridade diária do treinamento médico e da prestação de cuidados de saúde com sua busca radicalmente materialista do mecanismo biológico da doença, impede tal investigação. [...] A interpretação dos significados da doença pode também contribuir para a prestação de cuidados mais efetivos. Através dessas interpretações as consequências frustrantes da deficiência podem ser reduzidas. (KLEINMAN, 1980, p.7, nossa tradução).¹⁵

Pode-se pensar no grupo de pessoas pesquisado como uma cultura a parte, que fala sua própria língua e dá seus significados à sua relação com a anorexia e a bulimia conforme um conjunto simbólico próprio dos membros, são significados compartilhados. Quando se fala que está com dor, é compreensível ao outro, mas talvez no caso desses transtornos o que não está dito é de extrema relevância para um possível tratamento. No estudo realizado por Valdanha-Ornelas e Santos (2016) sobre itinerários terapêuticos em pessoas com transtornos alimentares, ficaram evidentes alguns casos de familiares, segundo os autores sempre mães, que perceberam o adoecimento da filha, seja por alterações comportamentais ou porque alguém chamou a atenção sobre o estado de magreza, sendo esse o ponto inicial para o começo do tratamento, mas uma das pacientes, por exemplo, já estava com IMC (Índice de Massa Corporal) abaixo de 14, o que segundo eles configura um estado de desnutrição grau 3. O que quero dizer é que em todos os casos descritos o avanço do quadro já estava se agravando porque os primeiros sinais foram considerados dentro da normalidade pelos familiares. Os casos desses transtornos tensionam o que Kleinman e os outros autores trazem sobre o cuidado da esfera familiar porque há um proposital encobrimento dos sintomas por parte do sujeito. Mas ele faz uma reflexão sobre o olhar do estrangeiro sobre o adoecer em outras culturas que permite traçar

¹⁵No original: Social reality is so organized that we do not routinely inquire into the meanings of illness any more than we regularly analyze the structure of our social world. Indeed, the everyday priority structure of medical training and of health care delivery, with its radically materialist pursuit of the biological mechanism of disease, precludes such inquiry. [...] The interpretation of illness meanings can also contribute to the provision of more effective care. Through those interpretations the frustrating consequences of disability can be reduced.

um paralelo perfeito para pensar a relação da família com o sujeito que tem essa relação com anorexia e bulimia, porque há uma linguagem própria dos transtornos que obstrui esse canal com os outros no entorno. Há também uma comunicação não-verbal da doença, e embora expressões faciais e corporais óbvias possam evidenciar sintomas em quaisquer contextos culturais, há também sutilezas, particularidades de quem está na relação e que não é nítida para quem não compartilha desse modo de vida, e esse hiato que se forma na linguagem dos sintomas, na comunicação das perturbações, pode influenciar a experiência do sofrimento, essas questões ficarão mais claras no decorrer do texto e principalmente na exposição das entrevistas.

2 O CHAMADO DA ANA

Querida Leitora, permita-me apresentar. Meu nome, ou como sou chamada, pelos também chamados “doutores” é Anorexia. Anorexia Nervosa é meu nome completo, mas você pode me chamar de Ana. Felizmente nós podemos nos tornar grandes parceiras. No decorrer do tempo, eu vou investir muito tempo em você, e eu espero o mesmo de você. No passado você ouviu seus professores e seus pais falarem sobre você. Diziam que você era tão madura, inteligente, e que você tem tanto potencial. E eu pergunto, aonde tudo isso foi parar? Absolutamente em lugar algum! Você não é perfeita, você não tenta o bastante! Você perde muito tempo pensando e falando com amigos! Logo, esses atos não serão mais permitidos. Seus amigos não te entendem. Eles não são verdadeiros. No passado, quando inseguramente você perguntou a eles:- Estou gorda? E eles te disseram:- Não, claro que não! Você sabia que eles estavam mentindo! Apenas eu digo a verdade! E sem falar nos seus pais! Você sabe que eles te amam e se importam com você, mas uma parte é porque eles são pais, e são obrigados a isso. Eu vou te contar um segredo agora: Bem no fundo, eles estão desapontados com você. A filha deles, que tinha tanto potencial, se transformou em uma gorda, lerda, e sem merecimento de nada! Mas eu vou mudar isso. Eu espero muito de você. Você não tem permissão para comer muito. Eu vou começar devagar: Diminuindo a gordura, lendo tabelas de nutrição, cortando doces e frituras etc. Por um tempo os exercícios serão simples: corridas, talvez exercícios localizados. Nada muito sério. Talvez você perca alguns quilos, tire um pouco de gordura deste seu estômago gordo! Mas não irá demorar muito até eu te dizer que não está bom o suficiente. Eu vou te fazer diminuir calorias consumidas e vou aumentar a carga de seus exercícios. Eu vou te forçar até o limite! Eu preciso fazer isso, pois você não pode me derrotar! Eu estarei começando a me colocar dentro de você. Logo, eu já vou estar lá. Eu vou estar lá quando você acordar de manhã, e correr para a balança. Os números começam ser amigos e inimigos ao mesmo tempo, e você, em pensamento reza para que eles sejam menores do que ontem à noite. Você olha no espelho com enjoo. Você fica enjoada quando vê tanta banha nesse seu estômago, e sorri quando começam a aparecer seus ossos. E eu estou lá quando você pensa nos planos do dia: 400cal e duas horas de exercícios. Sou eu quem está fazendo esses planos, pois agora meus pensamentos e seus pensamentos estão juntos como um só. Eu te sigo durante o dia. Na escola, quando sua mente sente vontade, eu te dou alguma coisa para pensar! Recontar as calorias consumidas do dia. Elas são muitas. Eu vou encher sua cabeça com pensamentos sobre comida, peso e calorias. Pois agora, eu realmente estou dentro de você. Eu sou sua cabeça, seu coração e sua alma. A dor da fome, que você finge não sentir, sou eu dentro de você! Logo eu não vou estar te dizendo o que fazer com comida, mas o que fazer o tempo todo! Sorria, se apresente bem. Diminua esse estômago gordo, Droga! Deus, você é uma vaca gorda!!! Quando as horas das refeições chegarem, eu vou te dizer o que fazer. Quando eu fizer um prato de alface, será como uma refeição de rei! Empurre a comida em volta! Faça uma cara de cheia...Como se você já tivesse comido! Nenhum pedacinho de nada...Se você comer, todo o controle será quebrado...E você quer isso? Ser de novo aquela vaca gorda que você era? Eu te forço a ver uma revista de modelos. Aquele corpo perfeito, magro, dentes brancos, essas modelos perfeitas te encaram pela página da revista! E eu te faço perceber que você nunca será uma delas. Você sempre será gorda, e nunca vai ser tão bonita quanto elas! Quando você olhar no espelho, eu vou distorcer sua imagem, e te mostrar uma lutadora de sumô, mas na verdade existe apenas uma criança com fome. Mas você não pode saber da verdade, pois se você souber, você pode começar a comer de novo e nossa relação pode vir a cair, e me destruir! Às

vezes você vai ser rebelde. Felizmente não com muita frequência. Você vai dar força aqueles últimos pensamentos, e talvez entrar naquela cozinha escura! A porta vai se abrir devagar, você vai abrindo a porta do armário e colocando sua mão naquele pacote de biscoitos, e você vai simplesmente engoli-los, sem sentir gosto nenhum na verdade, você faz isso pelo simples fato que você está indo contra mim. Você procura por outra caixa de biscoitos, e outra e outra. Seu estômago está cheio de massa e gordura, mas você não vai parar ainda. E o tempo todo eu vou estar gritando quero que você pare, sua vaca gorda! Você realmente não tem controle, você vai engordar! Quando isso acabar, você vai vir desesperada para mim de novo, e me pedindo conselhos porque você não quer ficar gorda! Você quebrou uma regra, e comeu, e agora você me quer de volta. Eu vou te forçar a ir ao banheiro, ajoelhada e olhando para a privada! Seus dedos vão para dentro da sua garganta, e com uma boa quantidade de dor, a comida vai toda sair. Você vai repetir isso várias vezes, até que você cuspa sangue na água, e saiba que toda aquela comida se foi! E quando você se levantar, você vai sentir tontura. Não desmaie! Fique em pé agora mesmo! Sua vaca gorda! Você merece sentir dor! Talvez a escolha de te fazer ficar cheia de culpa vai ser diferente. Talvez eu escolha te fazer se encher de laxantes, e você vai ficar sentada na privada até altas horas da manhã sentindo seu estômago se revirar. Ou talvez eu faça você se machucar, bater sua cabeça contra a parede, até você ganhar uma dor de cabeça insuportável! Cortar também é bem útil. Eu quero ver sangue, quero ver ele cair sobre seu braço, e naquele segundo, você vai perceber que merece qualquer tipo de dor que eu te dou! Você vai ficar deprimida, obcecada, com dor, se machucando e ninguém vai notar? Quem se importa?!?!? Você merece! Ah, isso é muito duro? Você não quer que isso aconteça com você? Eu sou injusta? Eu faço coisas que apenas vão te ajudar! Eu vou fazer que seja possível parar de pensar em emoções que te causam estresse. Pensamentos de raiva, tristeza, desespero e solidão podem ser anulados, pois eu vou tirar eles de você, e encher sua cabeça com contas metabólicas de calorias. Vou te tirar a vontade de sair com pessoas de sua idade, e tentar agradar todos eles. Pois agora eu sou sua única amiga, eu sou a única que você precisa agradar! Mas nós não podemos contar a ninguém. Se você decidir o contrário, e contar como eu te faço viver, todo o inferno vai voltar! Ninguém pode descobrir, ninguém pode quebrar esta concha que eu tenho construído com você! Eu criei você, magra, perfeita, minha criança lutadora! Você é minha, e só minha! Sem mim, você é nada! Então, não me contrarie. Quando outras pessoas comentarem, ignore-os! Esqueça deles, esqueça todos que querem me fazer ir embora. Eu sou seu melhor apoio, e pretendo continuar assim. Com sinceridade, Ana. (PATRÍCIA. [Carta da Ana, 2021]. WhatsApp: Safe Space.)¹⁶

Na carta escrita “pela Ana”, de nome completo Anorexia Nervosa, é possível enxergar os vários significados que se atribui ao transtorno. Notadamente, e em primeiro lugar, ele é uma pessoa, a Ana. A Ana parece chegar sendo uma amiga que aos poucos se revela e toma seu espaço na vida do sujeito, por fim controla suas ações em troca de algo que se torna precioso: o emagrecimento.

A Carta da Ana pode ser encontrada facilmente pela internet, durante a pesquisa ela apareceu duas vezes nos contextos das conversas no grupo, tanto em

¹⁶Patrícia. [Carta da Ana, 2021]. WhatsApp: [Safe Space]. 25 jun. 2021. 11:23. 1 mensagem de WhatsApp.

forma de vídeo quanto em texto. Ela evidencia algo muito importante neste trabalho que é como os sujeitos se apropriam do transtorno, da relação com a anorexia e bulimia nervosa. Aqui ela é personificada, pela escrita percebemos a postura do transtorno e como ele age na vida do sujeito, tudo isso faz parte da interpretação que o sujeito faz do que vivencia, da sua experiência de adoecer, revelando a perturbação causada pelo transtorno.

No grupo *Safe Space* em que pessoas conversam virtualmente, diariamente, por escritos numa linguagem atropelada pela digitação rápida, às vezes as falas se resumem a uma imagem seguida de respostas com *emojis* ou figurinhas. Uma comunicação aparentemente curta, o que não é sinônimo de fria, pelo contrário, ali é o espaço onde as participantes podem compartilhar seus medos, dúvidas, interesses e vivências. Algumas palavras são bem específicas do vocabulário do grupo, então há um glossário anexo, para facilitar o entendimento das narrativas.

Entre as mensagens encontram-se muitas opções de dietas, com restrições calóricas semelhante a países afetados nos tempos de guerra. Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta um consumo diário de 2.000 calorias¹⁷, as participantes do grupo compartilham dietas com ingestão máxima de 200 a 500 calorias¹⁸. O que elas percebem de seus corpos que as levam a fazer dietas com esse nível de restrição calórica? O que acontece para além do efeito que esse comportamento causa nos corpos?

O foco de compartilhamentos no grupo é o incentivo à magreza, uma certa romantização de corpos magros e métodos de emagrecimento. Elas trocam imagens diárias sobre o que são suas metas de corpos, também dos seus próprios corpos, mostrando as partes que não gostam, que odeiam e as que acham bonitas. Há diversas respostas, às vezes incentivando o emagrecimento e às vezes aumentando a autoestima. Uma participante disse ter encontrado o *hiperlink* do grupo em um *blog* com uma postagem sobre o filme “Anorexia a Ilusão da Beleza”, perguntou como o grupo funcionava. A resposta foi: “Estamos aqui pra ajudar uma à outra... Dicas e tal” (Mel)¹⁹. Também presenciei desabafos amorosos, sobre a vontade de ficar magra para

¹⁷ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. [PAHO]. Brasília, DF: PAHO. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alimentacao-saudavel>. Acesso em 28 nov 2021.

¹⁸Exemplos de dietas estão anexos.

¹⁹Mel. [Primeira Impressão]. WhatsApp: [Safe Space]. 17 ago. 2021. 17:35. 1 mensagem de WhatsApp

conquistar ou reconquistar a pessoa amada, dúvidas sobre sexualidade, problemas que as participantes enfrentavam em casa ou na escola, entre outros.

Dificilmente acontecia alguma discussão no grupo e quando acontecia era sobre corpos. Elas ficaram divididas ao discutir um vídeo sobre autoestima de uma pessoa com sobrepeso. Algumas falaram sobre invejar a pessoa que está à vontade com seu corpo gordo, para botar um biquíni e dançar na frente de uma câmera. Mas o debate iniciou porque outras participantes não concordaram que é possível ser saudável com sobrepeso, indicando que haveria alguma alteração no colesterol, e tiveram falas com propriedade sobre o tema, por exemplo: “Mano, é bioquímica. Existem fatores em jogo: quantidade de gordura corporal e genética. A genética determina a taxa de remoção da gordura (realizada pelo fígado). Maior quantidade de gordura no corpo = mais gordura no sangue. São dois fatores diferentes” (Meri)²⁰. Mas ela foi acusada de usar uma desculpa para “dar *hate*”. Nessa conversa uma outra participante um tanto antiga do grupo respondeu a foto da pessoa com sobrepeso: “ai que nojo” (Sol)²¹. O que causou mais uma onda de discussões, com o pedido que a administradora do grupo a excluísse, no entanto, a discussão logo cessou, pois uma das entrevistadas mandou mensagem pedindo ajuda, estava muito triste porque havia saído da dieta comendo chocolates.

O grupo é composto por muitas pessoas, residentes nas mais diversas regiões do Brasil. E é um emaranhado de conversas, de apoio, de risadas, de angústias compartilhadas, de histórias repetidas sobre comer, vomitar, tomar laxantes, tomar remédios para emagrecer, ficar sem comer, passar mal e idas ao hospital. Também de evitações da comida, evitações de restaurantes, de festas de aniversários, de pessoas que as influenciem a comer. Em vários momentos há falas sobre não serem compreendidas, sobre querer morar perto uma da outra para compartilharem esse estilo de vida de uma forma presencial, uma amiga companheira para fazer os exercícios, ou para comer algo leve. Há também trocas afetivas, elas compartilham elogios e até conhecimento sobre suas bagagens de vida com relacionamentos amorosos, uso de métodos contraceptivos etc. No lugar da ausência se faz presente o grupo, um espaço seguro onde podem compartilhar de verdade não as consequências do transtorno ou um caminho para a cura, mas ele materializado nas

²⁰Meri. [Primeira Impressão]. WhatsApp: [Safe Space]. 16 set. 2021. 12:59. 1 mensagem de WhatsApp

²¹Sol.. [Primeira Impressão]. WhatsApp: [Safe Space]. 20 jun. 2021. 13:54. 1 mensagem de WhatsApp

suas ações, no seu cotidiano, nos seus sentimentos em relação aos seus corpos e a significação que fazem da sua própria história, contada às vezes partindo dele.

2.1 A PRIMEIRA IMPRESSÃO

Após pedir permissão das participantes para a pesquisa de campo no grupo, entrou uma mensagem que evidencia o caminho a ser seguido nesse estudo. “Oiee. Ai gente mês que vem é meu aniversário preciso perder pelo menos 10 kg até lá alguém tem alguma ideia?” (*Nini Wants To Be Die*)²². É muito frequente nesse grupo que os diálogos girem em torno de metas e métodos para o emagrecimento, bem como mensagens de autodepreciação. Em seguida, outra participante disse que estava se alimentando apenas com frutas e verduras, e que precisava perder também 10 kg até o próximo mês, para ela era uma “questão de honra”.

Outra participante alertou: “Só cuidado o tipo de fruta tá” (Mel)²³, e sugere uma dieta *No Food* às meninas. “Nf não funciona pra mim depois da RE” (*Nini Wants To Be Die*)²⁴. Em seguida elas trocam informações sobre uso de vitamina B12, já que algumas delas não comem carne. Um novo membro entra no grupo e se apresenta. “Pedro 17 anos 1,78 peso 72 kg, peso do meu sonho 58 kg” (Pedro)²⁵. Samara mandou mensagem dizendo que estava iniciando um NF e perguntou se alguém acompanharia, Mel e Bianca concordaram, combinaram 20 horas de *No Food*. Pedro disse ter achado um treino que “secaria” o corpo todo, e compartilhou com o grupo. Era um vídeo ensinando alguns exercícios aeróbicos, na legenda havia a promessa de “secar” até 10 vezes mais que treinar na academia. Samara compartilhou as atividades que estava fazendo, havia corrido 12,2 km pela manhã, eram 19:00 h quando disse ter pedalado 12 km e faria mais 12 km para completar 36 km. As participantes comentam sobre ficar gripada e engordar, ficar ansiosa com provas da escola e engordar. Vanessa compartilhou com o grupo que iniciara o uso do

²²Nine Wants To Be Die. [Primeira Impressão]. WhatsApp: [Safe Space]. 20 jun. 2021. 12:23. 1 mensagem de WhatsApp

²³Mel. [Primeira Impressão]. WhatsApp: [Safe Space]. 20 jun. 2021. 12:44. 1 mensagem de WhatsApp

²⁴Nine Wants To Be Die. [Primeira Impressão]. WhatsApp: [Safe Space]. 20 jun. 2021. 12:53. 1 mensagem de WhatsApp

²⁵Pedro. [Primeira Impressão]. WhatsApp: [Safe Space]. 20 jun. 2021. 13:25. 1 mensagem de WhatsApp

medicamento Franol, e estava disposta, mesmo sem ter comido. Uma participante que não apresenta nome de usuário mandou uma foto sua e disse que a Ana aumentou muito sua autoestima.

A importância de relatar esse primeiro dia no grupo é perceber esse campo. Diferente de um espaço físico em que o antropólogo vai ao campo, a rede social virtual permite o acesso instantâneo e ininterrupto à vivência daquele grupo. Pelos próximos meses mensagens como as do primeiro dia se repetiriam. Essas primeiras mensagens são quase que introdutórias para o estudo, pois como já se sabe, é muito frequente que os diálogos girem em torno de metas e métodos para o emagrecimento.

Aprofundar no tema do transtorno foi uma consequência de conversas traçadas paralelamente, sobre maternidade, veganismo, autismo, criação e histórias de vida, principalmente com a Roberta, a Mel e a Alessandra. Apenas para uma das entrevistadas foram feitas perguntas diretas. A Alessandra é uma amiga, que perguntou sobre o que era meu trabalho de conclusão de curso, quando contei que estava fazendo entrevistas para coleta de dados e sobre o tema escolhido ela ficou animada e quis ser entrevistada. No momento pensei: entrevistarei ela, mas não colocarei no trabalho, afinal ela não é participante do grupo em questão. Em seguida, na primeira pergunta feita, ela disse que não gostaria de continuar, porque seria um “gatilho” falar sobre isso, e que agora ela estava controlada, pois vomitava apenas uma vez por mês. Mas na fala continuada, ela mencionou a perda de peso na sua gravidez recente, e disse que estava disposta para continuar a entrevista. Ela levantou pontos muito importantes, que também são questões para as participantes, como situações de crise, noção de controle sobre a comida e sobre o expurgo, questões sobre o peso e sobre si mesma, pontos relevantes da sua trajetória de vida como ausência paterna e de suporte emocional na infância e na adolescência por parte da mãe, portanto a entrevista faz parte desse trabalho, por importância do conteúdo que ela expressa.

2.2 TEORIAS COMPARTILHADAS DO EMAGRECIMENTO

Entre as participantes do grupo virtual há um conjunto de teorias compartilhadas sobre o que causa o emagrecimento, o que deve ser feito e o que não

pode ser feito para que se consiga atingir uma meta de peso. Coisas que não se deve ingerir, quantidade calórica, automedicação, qual a forma menos dolorosa de vomitar, exercícios para “queimar gorduras” etc. Há uma crença compartilhada de que a quantidade de quilos que o sujeito pesa é de inteira responsabilidade dele mesmo e algo que deve ser controlado e medido constantemente. Esse capítulo mostrará um pouco dessas teorias que são cotidianamente colocadas em jogo no grupo.

No Food, chamado por elas de “NF”, é a expressão utilizada para dizer que ficarão sem ingerir alimentos sólidos. Quando se faz *No Food* é permitido apenas ingerir água, café e chá. *Low Food*, chamado por elas de LF, é a expressão para dizer que se alimentarão menos do que o comum, e com alimentos de baixo teor calórico. “*Eu vou te fazer diminuir calorias consumidas e vou aumentar a carga de seus exercícios. Eu vou te forçar até o limite! Eu preciso fazer isso, pois você não pode me derrotar! [...] E eu estou lá quando você pensa nos planos do dia: 400cal e duas horas de exercícios. Sou eu quem está fazendo esses planos, pois agora meus pensamentos e seus pensamentos estão juntos como um só*” (Carta da Ana)²⁶. Foi possível perceber que elas fazem quase que um jogo de experimentação entre NF e LF, para ir testando o que funciona melhor nos seus corpos em relação ao bem-estar, ao emagrecimento e às consequências de ficar sem comer, o que elas chamam de RE, *Reactivity Eating*, que é comer compulsivamente. “Alguém aqui faz LF? Pra mim só funciona assim. Fiz NF de quase 3 dias e não perdi nem uma grama, e isso sempre acontece quando faço NF e no LF eu perco peso sabe. Quais dicas pra não ter compulsão no LF? Pq no NF é mais fácil né, nem da fome” (Roberta)²⁷, “Nf também não funciona pra mim, não gosto de fazer, me deixa no tédio e não emagrece tanto” (*Nini Wants To Be Die*)²⁸, “Perco mais com nf curto e lf sempre. Tipo, nf de 12 horas e daí lf o resto do dia” (Tais)²⁹, “Uma coisa que eu amo fazer é nf de 15 horas e no resto do dia comer só salada e fruta. Sempre perco muito peso” (Naomi)³⁰, “Meu problema

²⁶Patrícia. [Carta da Ana, 2021]. WhatsApp: [Safe Space]. 25 jun. 2021. 11:23. 1 mensagem de WhatsApp

²⁷Roberta. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 13 set. 2021. 21:27. 1 mensagem de WhatsApp

²⁸Nine Wants To Be Die. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 13 set. 2021. 21:32. 1 mensagem de WhatsApp

²⁹Tais. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 13 set. 2021. 21:35. 1 mensagem de WhatsApp

³⁰Naomi. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 13 set. 2021. 21:36. 1 mensagem de WhatsApp

é a compulsão as vezes” (Roberta)³¹. Diariamente há troca de mensagens sobre isso no grupo, elas pedem apoio uma da outra para ficarem sem comer juntas, é comum relatos de muita fome, dor de cabeça por conta da fome, desmaios e até idas ao hospital para fazer reposição de soro. Uma participante mandou mensagem: “Meu estômago está gritando de fome, mas eu vou mostrar pra vocês o meu peso era este segunda e domingo eu peso de novo ou segunda de manhã... estou morrendo de fome kkk” (Kathy)³². Em seguida disse que começaria o jejum, beberia apenas água por 14 dias. As outras participantes fizeram perguntas sobre ser um período longo demais, mas ela afirmou já ter ficado 21 dias, estava convicta de que conseguiria, sem maiores problemas.

Coisas que não te contam sobre o NF PROLONGADO (60 horas). Menos 1Kg: 1) As primeiras 24 horas são as mais difíceis, seu corpo entra em “desespero” e vc vai sentir muita fome e vontade de comer. O que fazer nesse momento: não tome enormes quantidades de água de uma vez, fará seu estômago ficar maior e sentirá mais fome, tome chá e água ao decorrer do dia. Você sentirá mais falta de doces e comidas gordurosas, então, masque chicletes sem açúcar para “enganar o cérebro”. 2) Com 36 horas de nf seu corpo começará a se acostumar com a fome, e o desejo por comidas calóricas serão substituídos pelo gostinho da vitória de vencer as compulsões. O que fazer nesse momento: apesar de estar a muito tempo sem comer vai se sentir forte então faça exercícios de baixa intensidade ou de poucos minutos para potencializar sua perda de peso! 3) Ao completar 48 horas de NF você começará a se sentir mais cansada, ficará mais lenta, porém, não sentirá fome, o corpo já estará adaptado e você vai conseguir fazer pouco exercício. O que fazer nesse momento: POUPE suas energias para suas atividades físicas, procure fazer coisas leves como uma caminhada devagar ou algo que sinta muito prazer como dançar, eles demandarão menos esforços. 4) São 55 horas de Nf e se sentirá muito forte, seu corpo está fraco, mas, nada irá atrapalhar muito seu dia a não ser que se proponha a fazer atividades pesadas. O que fazer nesse momento: Descanse bastante, durma bem e se hidrate, beba chás para seu metabolismo não ficar lento, atividades físicas devem ser leves. 5) 60 horas de Nf, sentirá fraqueza, cansaço, mas se sente muito bem por vencer, ir além do limite. Se conseguir pode continuar, mas se for encerrar é bom tomar cuidado. O que fazer nesse momento: tome água antes de comer para não cair em compulsão e não esqueça de antes de QUALQUER coisa se pesar. Prepare uma refeição, não coma a primeira coisa que encontrar, cozinhe alguns legumes, uma proteína magra e folhas. Se sentirá bem e continuará leve. *Essas dicas são da minha experiência com

³¹Roberta. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 13 set. 2021. 21:36. 1 mensagem de WhatsApp

³²Kathy. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 30 jun. 2021. 14:40. 1 mensagem de WhatsApp

60 horas de nf, consegui perder 5Kgs em 60 horas (dois dias e meio) e me senti muito bem! Sorte e prudência meninas!" (Stella)³³

Outro método utilizado para o emagrecimento é a automedicação de diversas substâncias. As mais citadas no período que participei do grupo foram: Franol, Sibutramina, Efedrina e chá de sene. Uma participante falou que começaria a tomar, e poucos dias depois trouxe o relato sobre o uso: "Oii gente tudo bem? Vim aqui falar a respeito do franol, amanhã faz uma semana que eu comprei e contei p vocês. Mas já parei de tomar. Ontem e hoje nem tomei mais! Gente, uma pessoa que é profissional da saúde, muito minha amiga que sabia que eu queria tomar ela me alertou a respeito e eu fui teimosa, né. Gente, meu coração acelerava demais e senti muita tontura. Mas de segunda pra terça. Do nada, eu estava deitada um pouco tonta e com o coração acelerado, mas os sintomas pioraram, comecei a tremer, formigar meu corpo inteiro e muita dor de cabeça. Senti uma dor e pressão no peito insuportáveis. Sem exagero eu achei que eu ia morrer. Aliás, se eu não tivesse vomitado pra tentar tirar o remédio, eu ia morrer deitada na minha cama! Decidi que eu quero sim emagrecer, continuo fazendo nf e tal, mas esse remédio nunca mais eu tomo. Precisei levar um susto pra entender sobre ele. Cuidado todas vocês que tomam. Às vezes vocês não vão sentir nada, mas quando os sintomas vêm, vêm com tudo. E segundo essa profissional da saúde eu estava infartando. Sorte que eu vomitei" (Deise)³⁴. Em seguida outras participantes escreveram que tomavam a medicação mesmo sabendo dos riscos.

Os métodos são sempre combinados, Karolayne relatou que estava há três dias fazendo *No Food*, tomando apenas café sem açúcar, também estava se automedicando com Franol, mas não havia perdido peso. Semanas depois conversaram novamente sobre a medicação, relatos de efeitos colaterais surgiram. Outro relato foi postado, um sentimento de quase asfixia nas três vezes que iniciou a automedicação, e que foi mais grave na última vez, quando ela decidiu não tomar mais pois havia sentido o coração acelerar muito e uma falta de ar, "quase morri asfixiada" (Adriana)³⁵. Questionaram ela de que maneira seria possível asfixia se o

³³ Stella. **[60 horas de NF]**. WhatsApp: [Safe Space]. 16 jul. 2021. 02:58. 1 mensagem de WhatsApp

³⁴Deise. **[Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]**. WhatsApp: [Safe Space]. 24 jun. 2021. 22:47. 1 mensagem de WhatsApp

³⁵Adriana. **[Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]**. WhatsApp: [Safe Space]. 29 jun. 2021. 15:07. 1 mensagem de WhatsApp

medicamento é um broncodilatador, quando a Bárbara explicou a elas que talvez tenha sido uma crise de ansiedade e não efeito colateral. “Será amiga, não sei, mas pensei que daquela noite não ia passar, sentia como se tivesse entupida, não sei explicar, mas não saía ar, só bem pouquinho, nada sabe?” (Adriana)³⁶.

Também é comum entre os métodos causar o próprio vômito, numa tentativa de colocar para fora as calorias ingeridas. Nem sempre é consequência de um episódio de comer compulsivamente, às vezes é o recurso que elas utilizam para não interferir no período de *No Food*. A Luiza perguntou se teriam dicas para vomitar com mais facilidade, dizendo que para ela era horrível. As integrantes começaram a compartilhar seus métodos: “Dois ou três dedos, vai acompanhando a língua que logo atrás dela tem numa parte que quando encosta já mia. É meio rugoso” (Solange)³⁷, “Quando eu miava eu usava a escova de dente. Ela é mais fácil” (Laís)³⁸, “Tem coisas que é bem difícil sair. Eu tomo bastante água junto ou depois pra ajudar a sair” (Solange)³⁹, “Pra mim se eu tomo poucos líquidos durante a refeição é mais fácil. Porque forma tipo um bolo e sai meio que de uma vez. Não pode ser muita água pra mim nem pouco” (Luisa)⁴⁰, “Mas com o dedo é mais rápido e todo mundo fica de olho em mim quando vou miar” (Solange)⁴¹.

Essa última fala da Solange demonstra um cuidado familiar em torno do comportamento dela. É comum que elas queiram esconder de seus pais e familiares as estratégias que utilizam para emagrecer. *“Mas nós não podemos contar a ninguém. Se você decidir o contrário, e contar como eu te faço viver, todo o inferno vai voltar! Ninguém pode descobrir, ninguém pode quebrar esta concha que eu tenho construído com você!”* (Carta da Ana)⁴². A participante *Nini Wants To Be Die* contou, por exemplo, que vai aproveitar que a mãe vai voltar a trabalhar para poder seguir fazendo *No Food*, com objetivo de perder 15 kg até o verão. Quando os pais descobrem – e há relatos

³⁶Adriana. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 30 set. 2021. 12:12. 1 mensagem de WhatsApp

³⁷Solange. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 30 jul. 2021. 19:22. 1 mensagem de WhatsApp

³⁸Laís. Adriana. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 30 jul. 2021. 19:25. 1 mensagem de WhatsApp

³⁹Solange. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 30 jul. 2021. 19:27. 1 mensagem de WhatsApp

⁴⁰Luisa. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 30 jul. 2021. 19:27. 1 mensagem de WhatsApp

⁴¹Solange. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 30 jul. 2021. 19:28. 1 mensagem de WhatsApp

⁴²Patrícia. [Carta da Ana, 2021]. WhatsApp: [Safe Space]. 25 jun. 2021. 11:23. 1 mensagem de WhatsApp

de mães que viram no celular ou que perceberam tais comportamentos – é que pode iniciar um tratamento. Algumas participantes escrevem sobre suas consultas com psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, embora nem todas frequentem esses consultórios. Raras vezes falam sobre internação. Sobre fazer *No Food*, uma participante contou: “eu passo mal de verdade, e ninguém em casa pode perceber, porque minha mãe já disse que se perceber que eu tô sem comer, ela vai me tirar do vôlei que é uma das poucas coisas que eu ainda gosto de fazer” (Julia)⁴³.

Há nas conversas muitas falas que representam as crenças de responsabilidade individual sobre o próprio peso. Mesmo o ato de vomitar tem uma conotação de punição para elas: *“Eu vou te forçar a ir ao banheiro, ajoelhada e olhando para a privada! Seus dedos vão para dentro da sua garganta, e com uma boa quantidade de dor, a comida vai toda sair. Você vai repetir isso várias vezes, até que você cuspa sangue na água, e saiba que toda aquela comida se foi! E quando você se levantar, você vai sentir tontura. Não desmaie! Fique em pé agora mesmo! Sua vaca gorda! Você merece sentir dor!”*⁴⁴ (Carta da Ana). Muitas vezes elas conversam sobre comer e “correr para o banheiro”, e trocam algumas dicas de como disfarçar os sons para que a família não note, ligando o chuveiro, por exemplo. Sobre isso: “Se eu me molhar fico puta porque tô gorda, puta porque comi, e puta porque tô me molhando” (Paula)⁴⁵. É possível perceber que os pais, por vezes, também colocam essa responsabilidade do “saudável” sobre o sujeito. Conforme a fala anteriormente citada, sobre ameaça de encerrar as aulas de vôlei caso a pessoa desmaiasse por falta de alimentos novamente, fica claro que a responsabilidade por ingerir ou não os alimentos é dela mesma. Então, ao mesmo tempo que a participante do grupo sentia-se responsável por emagrecer e alcançar sua meta de peso, ela também sentia que precisava controlar sua alimentação para que, pelo menos, não viesse a desmaiar para não ser tirado dela algo que gostava muito, as aulas de vôlei. “Eu tô sem padrão, tô perdida... eu tô emagrecendo porque eu sempre fui Ana mesmo, mas nem magra eu mudo a forma como eu me vejo” (Naomi)⁴⁶. “Mas tenho que imaginar o corpo que

⁴³Julia. **[Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]**. WhatsApp: [Safe Space]. 2 jul. 2021. 22:12. 1 mensagem de WhatsApp

⁴⁴Patrícia. **[Carta da Ana, 2021]**. WhatsApp: [Safe Space]. 25 jun. 2021. 11:23. 1 mensagem de WhatsApp

⁴⁵Paula. **[Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]**. WhatsApp: [Safe Space]. 13 set. 2021. 10:49. 1 mensagem de WhatsApp

⁴⁶Naomi. **[Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]**. WhatsApp: [Safe Space]. 13 set. 2021. 11:30. 1 mensagem de WhatsApp

eu quero ter até dezembro. Me recuso a passar o ano novo com mais de 55 kg” (*Nini Wants To Be Die*)⁴⁷. “Quem come muito, tem que fazer muito exercício. Eu sou preguiçosa pra isso... No caso tenho que tomar vergonha na cara e parar de comer mesmo” (Mel)⁴⁸.

Há uma lista extensa sobre o uso de aplicativos de celular que auxiliam no emagrecimento. Alguns são para exercícios físicos tais como “Perda de Peso Para Mulheres” ou “*My Fitness Pal*”. Outros tem a função de controlar as calorias de cada alimento em relação com o peso, ou controlar o tempo de jejum, monitorar ingestão de água e a quantidade de passos. Dentro desses aplicativos o usuário coloca seu peso, altura e meta desejada. Um deles é o “*FatSecret*” (elas costumam usar também o “Alimente-se”), conforme seu objetivo de peso, seja ganhar ou perder, ele mesmo calcula uma quantidade calórica que pode ser consumida por dia, ele será também o responsável por contar quantidade calórica de cada alimento. Embora as participantes tenham relatado fazer essa contagem pelos valores já decorados em suas mentes, esse aplicativo permite pesquisar cada item consumido, de forma que ele calcula quanto já consumiu e quanto ainda será permitido naquele dia, surgindo lembretes no topo da tela do aparelho celular ao longo do dia. Outro aplicativo é o “Rastreador de Jejum” (elas costumam usar também o “*Fastic*”), nele é possível contabilizar as horas de jejum e a cada etapa do processo o usuário recebe uma mensagem dizendo o que está acontecendo naquele momento, por exemplo, “Estado de Cetose: Você se sentirá normal nas primeiras horas de jejum, porque seu corpo estará passando pelo processo regular de quebra de glicogênio. A glicose no sangue aumenta”. Simulei um plano de jejum nesse aplicativo, ele me deu as regras para chegar ao falso objetivo de emagrecer 6 kg. Segundo o Índice de Massa Corporal recomendado pela OMS, os pontos não devem baixar de 18,5 que seria um peso dentro do que se considera saudável. No entanto, embora o aplicativo deixe claro que não recomenda o jejum para grávidas ou lactantes, ele permite colocar uma meta que fatalmente deixará o IMC abaixo da pontuação orientada. Nesse simulado, ficaria em 16,4, enquanto na tela o que aparece são mensagens de estímulo, informando que alcançaria a meta desejada em dois meses, e por último um escrito que dizia: “Seja mais saudável, seja

⁴⁷Nini Wants To Be Die. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 13 set. 2021. 11:45. 1 mensagem de WhatsApp

⁴⁸Mel. [Teorias Compartilhadas do Emagrecimento]. WhatsApp: [Safe Space]. 14 set. 2021. 09:24. 1 mensagem de WhatsApp

mais feliz”. O plano consistia em quatro dias de jejum, progressivamente, no primeiro dia 14 horas de jejum, no segundo dia 16 horas, chegando ao quarto dia com 20 horas de jejum, e ele mesmo dá orientação de “manter a mente ocupada e esquecer a fome”. Qual o impacto desses aplicativos na relação com a alimentação? Qual o limite no que diz respeito ao emagrecimento, quando eles associam palavras como “saudável” e “feliz”, dentro de uma condição de tão alta restrição alimentar? O que esse tipo de controle digital sobre o próprio corpo sugere das rotinas que os sujeitos estabelecem com a comida? É um campo que abre diversas questões, e não há a pretensão de aqui responder, mas levantar esses problemas e dúvidas sobre a complexidade da rede que se forma, na qual a tecnologia, os aplicativos, não só das redes sociais, mas de controle do corpo, tem seu papel, sua agência e relevância no campo.

2.3 O LUGAR DA EXPERIÊNCIA NAS NARRATIVAS

O Modelo Explanatório, explicado anteriormente, é uma forma de padronizar interpretações, tratamentos e métodos. Isso diz respeito a examinar as questões que atravessam as pessoas quando se percebem doentes e de que modo elas colocam essas questões na sua história e narrativa do problema de saúde. Algumas dessas questões permeiam este trabalho, permitindo observar um pouco desse conceito na prática, entender qual o lugar do transtorno nas narrativas das entrevistas, qual o nome que ele possui, quais os efeitos dele no núcleo familiar, porque e quando iniciou na vida das pessoas. Pensar esse conceito é relevante porque “é a base que o paciente recorre para tentar dar coerência ao que está ocorrendo com ele na situação de uma doença específica” (OLIVEIRA, 2002, p.67).

Kleinman em “The Illness Narratives” (1988) bebe na fonte da psicanálise para construir a importância das significações pessoais para os sintomas da doença, iniciada pelos estudos de Freud a partir da histeria. Embora ele critique a psicanálise por ser obsessiva buscando justificativas escondidas e profundas para as somatizações do paciente, ele afirma que ela, a psicanálise, autorizou pensar os aspectos subjetivos do indivíduo como sendo impactantes à doença, sendo importante o dia a dia e as experiências da pessoa que sofre. E sendo os sentimentos, que surgem na nudez diante de um médico, é o seu exemplo – tais quais vergonha,

mágoa, raiva, desespero, entre outros – peças-chave que afetam a experiência de vida, a experiência da doença e a resposta aos cuidados com a saúde.

Nas narrativas encontram-se muitas dessas questões respondidas, no entanto conforme elaboração do próprio sujeito. Sem que fosse uma entrevista realizada com perguntas enumeradas, a forma como o sujeito entende o transtorno alimentar na sua história de vida acaba por atravessar essas mesmas questões do Modelo Explanatório, dando lugar nas narrativas para a experiência de viver em relação com a anorexia e bulimia nervosa.

2.4 CONCEPÇÕES DE SAÚDE: O QUE FAZ BEM?

Sobre a concepção de saúde, ela é algo definido de forma cultural, e algo percebido em diferentes níveis dependendo da classe social, do grupo religioso ou outros grupos sociais, tanto quanto se aqueles sintomas são ou não sinais de doença ou suas causas (HELMAN, 2009). Portanto, o adoecer é sempre um processo social. É muito interessante falar sobre essas possibilidades porque isso nos leva a um ponto importante para mostrar que é como as pessoas se apropriam do transtorno a ponto de, depois de personalizar, manipular, com conhecimento e propriedade coisas que dizem respeito à ingestão de nutrientes, por exemplo. Não para mascarar os sintomas, mas para continuar saudável apesar da forma que se alimenta. No grupo há participantes de idades bem variadas, e numa conversa que aconteceu foi possível perceber as diferenças que a mudança de “época” causou nos comportamentos da relação entre o sujeito e a anorexia e a bulimia. “Vocês usam métodos novos. Na minha época de Ana e Mia eu só chupava gelo com sal” (Liza)⁴⁹, “Kkk sim, não é como se isso fosse totalmente extinto” (Bruna)⁵⁰, “Tô me sentindo velha aqui. Sem entender quase nada” (Liza)⁵¹, “Tinham certas dietas que tinham vinagre até” (Bruna)⁵², “É que

⁴⁹Liza. **[Concepções de Saúde]**. WhatsApp: [Safe Space]. 31 jul. 2021. 10:56. 1 mensagem de WhatsApp

⁵⁰Bruna. **[Concepções de Saúde]**. WhatsApp: [Safe Space]. 31 jul. 2021. 10:58. 1 mensagem de WhatsApp

⁵¹Liza. **[Concepções de Saúde]**. WhatsApp: [Safe Space]. 31 jul. 2021. 10:59. 1 mensagem de WhatsApp

⁵²Bruna. **[Concepções de Saúde]**. WhatsApp: [Safe Space]. 31 jul. 2021. 10:59. 1 mensagem de WhatsApp

com o tempo, foram se descobrindo novos métodos mais ‘saúdáveis’ de se praticar a Ana sem prejudicar tanto o corpo, como tomar vinagre de maçã puro. Cara, isso acaba com seu estômago, especialmente quem tem azia, tipo eu... eu parei no hospital na época, aí tive que tomar uma porra de soro pra amenizar a queimação” (Bia)⁵³. Em outro momento, também surgem os questionamentos sobre o vômito, “eu acho mais prudente você só pensar em miar quando comer porcarias, sabe? Ou tiver compulsão... Miar por nada não faz muito bem” (Bia)⁵⁴.

Para tornar isso claro, conversando com uma das entrevistadas sobre veganismo, chamou atenção o arranjo da sua fala no que se refere a estar saudável, a respeito da busca de vitaminas que encontramos na carne, com domínio sobre diferentes cadeias de aminoácidos, absorção de ferro através da vitamina C, reposição de vitamina B12, diferentes formas de ingerir proteína, e até como armazenar e organizar uma rotina alimentar segura, a qual ela segue de acordo com recomendação da sua nutricionista.

Se você completar nas outras partes da sua alimentação, tipo tofu é riquíssimo, riquíssimo em cálcio e proteína, então você já complementa. E em vegetal também de folha escura, vegetais escuros, verdes e tal, também são ricos em cálcio. E aí você associa, quando você for, tipo, e a questão do ferro, você sempre associa com vitamina C, porque a vitamina C ajuda na absorção do ferro, você consegue absorver muito mais. E aí você sempre que for comer alguma coisa, põe um limãozinho ou chupa uma laranja depois, um abacaxi, que são frutas cítricas. E as leguminosas você sempre deixa de molho, pelo menos doze horas, que daí você elimina os fitatos, que são aquelas coisas que dão gases. E, também eles prejudicam a absorção dos nutrientes, a gente absorve um percentual bem menor de nutrientes, não só do feijão, por exemplo, quanto também como do resto da comida que a gente tá comendo, e deixar 12 horas de molho aí a gente já acaba com esses fitatos, aí a gente absorve melhor os nutrientes da comida. (Roberta, 2021)⁵⁵

Em outro momento ela fala da importância do veganismo no seu dia a dia, na sua alimentação, o que deu sentido para ela, não buscar a cura, mas buscar não adoecer, conforme ela explica:

⁵³Bia. **[Concepções de Saúde]**. WhatsApp: [Safe Space]. 31 jul. 2021. 11:01. 1 mensagem de WhatsApp

⁵⁴Bia. **[Concepções de Saúde]**. WhatsApp: [Safe Space]. 31 jul. 2021. 10:44. 1 mensagem de WhatsApp

⁵⁵Roberta. **[Concepções de Saúde]**. WhatsApp: [Safe Space]. 21 set. 2021. 21:16. 1 mensagem de WhatsApp

E assim, eu ficava: não, eu tenho que ser saudável, porque todos... se eu ficar doente... porque ninguém tá nem aí se eu tô com anorexia, mas, e eu também tinha bulimia, eu vomitava. E aí ficava: não, ninguém vai falar que é anorexia, vai falar que é o veganismo. E eu falava: não, eu vou enfraquecer a causa, vou entrar nisso e ainda vou ferrar com tudo. Porque todo mundo vai falar ainda que é um transtorno, muita gente fala que veganismo é transtorno, tenho que melhorar ou parecer melhor porque senão vão culpar uma causa tão nobre e tão importante pra mim que é o veganismo, que é cuidar dos animais, que é... daí eu falei: não, vou melhorando. E aí eu fico tentando melhorar, sabe? (Roberta, 2021)⁵⁶

Revelada uma busca pela melhora da sua relação com os transtornos com a finalidade de proteger uma causa política, também fica clara uma preocupação de que as pessoas no seu entorno não percebam seu adoecer, ou de que isso está sob a responsabilidade dela e que não pode deixar isso acontecer. Ela percorre um caminho direcionado ao tratamento, não exatamente de cura, mas vai ao encontro do objetivo que ela almeja por causa do transtorno que é emagrecer. Ela relata sobre sua história com a dieta vegetariana, e fala sobre como ajudou a voltar a comer e ter um relacionamento melhor com a comida:

Eu, na verdade assim, o veganismo não tem nada a ver com isso. Mas, pra mim, o veganismo acabou salvando minha vida, sabe? Porque eu sempre amei muito cozinhar, sempre, mesmo quando cozinhasse com carne e tal. E aí depois de um tempo, eu sempre cozinhei, desde que eu tenho uns sete anos eu sempre cozinhasse. Aí eu fui perdendo o gosto porque cê fica meio engessado quando cê cozinha carne e tal, né? Aí eu fui perdendo o gosto de cozinhar, só fazia mais coisa basicona, e aí eu comecei a ter... engordei muito no fim da faculdade, me formei em engenharia civil. Aí eu engordei muito, engordei bastante, bastante! Fiquei acima do peso, aí comecei a ter transtornos alimentares. E aí juntou com que eu não tinha vontade de cozinhar, eu tinha perdido aquele gosto, sabe? Fiquei deprimida, e aí com os transtornos e tal. Eu parei. Parei de cozinhar, parei de comer, emagreci pra caramba. E assim, ser vegana, ser vegetariana sempre foi uma coisa que eu tinha vontade, mas eu não tinha tido oportunidade. Quando eu morava com meus pais eles me proibiram. E aí quando terminei a faculdade, logo depois que eu comecei a ter os transtornos e parar de cozinhar e tudo, falei: pera, agora eu moro com meu marido – a gente tinha ido morar junto, nem era casado ainda – agora posso fazer as minhas escolhas. Falei: puts, acho que eu vou tentar. Aí quando eu virei vegetariana, comecei a retomar o gosto pela cozinha, que aí eu descobri várias coisas novas, e principalmente depois que eu virei vegana, que eu descobri um mundo de sabores, de coisas, de elementos, de ingredientes, de uma comida, uma culinária totalmente diferente, saborosa, muito mais rica, mais saudável, mais natural. E tão boa quanto em sabor, um sabor muito mais diferente. E aí, eu acho assim, pra mim é o que tem me salvado, sabe? De realmente, é... não ter morrido,

⁵⁶Roberta. [Concepções de Saúde]. WhatsApp: [Safe Space]. 22 set. 2021. 14:44. 1 mensagem de WhatsApp

porque eu acabei voltando a gostar de cozinhar, a gostar de comer, tipo de fazer as coisas e sentir os sabores e fazer coisas novas. Faz um ano que eu sou vegana e ainda tem milhões de coisas pra aprender e fazer. Então, me ajudou muito, sabe? E por incrível que pareça, com todos esses problemas alimentares eu sempre consegui ter uma saúde muito boa, o que é bizarro, né? Porque eu achava que, é... eu não comia direito, e tal por pular refeição. E aí, teve muito época que eu contava muita caloria, e pra mim foram as épocas que eu fiquei mais deprimida, assim. Então, eu hoje em dia tento evitar, mas é complicado porque eu fiquei tanto na nória de contar caloria que eu tenho as calorias decoradas de todos os alimentos na minha cabeça, então as vezes eu ainda meio que olho pro meu prato assim e calculo isso aqui vai ter tanto e vai dar tantas calorias, mas assim, eu anotava todo dia, né, naqueles aplicativos, então eu tentei dar uma parada porque realmente a gente vai numa pira que é insuportável, né? (Roberta, 2021)⁵⁷

No caso dessa participante, ela relatou – e ficará explícito na narrativa – um pouco sobre um tratamento que ela parece percorrer em busca de uma melhora nos sintomas, com psicóloga e nutricionista. Num próximo momento dessa entrevista, ela fala sobre a sua relação com a orientação passada pela profissional de saúde especialista em nutrição e uma aparente contradição:

Quando eu tô de dieta, não é o certo porque não é o que a minha nutricionista passou, nem nada. Mas eu tento ficar em 800 calorias. E aí eu tento fazer por pouco tempo, só algumas semanas, porque daí eu sei que eu não vou comer direito, entende, tipo. Aí eu como menos leguminosa, como só verdura e legume, aí eu sei que vai ficar faltando proteína. Então, aí eu faço por pouco tempo porque eu sei que vai dar uma deteriorada na minha saúde. Mas se a gente tá com a saúde em dia, o nosso corpo, eu perguntei isso pra nutricionista né, o nosso corpo até um mês ele consegue manter os níveis, depois de um mês que cê tá fazendo as coisas erradas, comendo errado, ele vai começar a prejudicar né, descer os índices, e tal. Então, tipo, sei lá, meu ferro tava bem, se eu ficar um mês sem comer ferro, depois de um mês sem comer ferro, depois de um mês ele vai começar a cair mesmo, então, daí eu evito sabe, quando eu entro nessas dietas de realmente contar calorias, daí eu faço por pouco tempo, daí eu como direito por algumas semanas, depois faço de novo, pra não ficar... daí eu emagreço por causa do déficit calórico, mas ao mesmo tempo minha saúde não fica boa, né? (Roberta, 2021)⁵⁸

Aqui ela demonstra um domínio sobre seu corpo e sobre a alimentação, sobre o conhecimento que ela tem ao comer uma coisa e renunciar outra, sobre a escolha da dieta, a contagem das calorias e a seleção dos nutrientes. Ela sabe dos seus

⁵⁷Roberta. [Concepções de Saúde]. WhatsApp: [Safe Space]. 23 set. 2021. 14:46. 1 mensagem de WhatsApp

⁵⁸Roberta. [Concepções de Saúde]. WhatsApp: [Safe Space]. 23 set. 2021. 18:17. 1 mensagem de WhatsApp

transtornos alimentares, e quase que joga com eles, porque, na perspectiva dela poderíamos pensar que sua saúde não ia bem por pular refeições, no entanto, “por incrível que pareça”, segundo ela, foi provado no exame de sangue que está bem. O que demonstra esse poder de manipulá-los, uma hora faz a dieta restrita e emagrece, e num outro momento se alimenta de acordo com o que a nutricionista orientou e a saúde permanece bem. Uma participante que não tem nome de usuário escreveu que sua meta era alcançar pontuação de Índice de Massa Corporal de 14 ou 15 pontos, também que abaixo disso seria demais, pois com IMC 13 os órgãos começam a parar.

Ainda sobre concepção de saúde, ou de má saúde, é interessante perceber nas narrativas de que forma emergem as falas sobre a Ana, em que lugar ela está, de onde ela vem, quando ela cruza a história de vida das pessoas. Ela pode vir de um conflito familiar e surgir como uma maneira de se punir, também como associada a ausências, estar sozinha e sentir-se gorda e querer emagrecer, ou ainda quase que uma herança familiar, pois a mãe e uma tia também tem histórico de transtornos alimentares. Através da construção dessas narrativas, os sujeitos fazem essas conexões, esses encontros, dando significados a essa relação com a anorexia e a bulimia, aos seus sintomas, às suas relações familiares etc. Quando Helman (2009) afirma que há uma linguagem do sofrimento que permite o reconhecimento social dessas experiências, penso nas falas sobre as formas que elas encontram de esconder os sintomas, como a Roberta que tenta melhorar para não prejudicar uma causa que para ela é tão importante, o veganismo. Também pensando no que os autores entendem sobre essa esfera do cuidado como sendo o primeiro estágio do adoecer. É possível nos casos descritos aqui, questionar que essa ideia de intervenção familiar como primeiro passo não é compatível, uma vez que os sintomas são propositalmente mascarados, e às vezes podem ser encarados de forma positiva pelas pessoas em torno do sujeito, uma vez que o corpo magro pode ser visto como saudável na nossa sociedade.

Os fatores culturais determinam que sintomas ou sinais são percebidos como anormais; eles também ajudam a moldar essas alterações emocionais e físicas difusas em um padrão que é reconhecível tanto para o doente quanto para aqueles que o cercam. O padrão resultante de sintomas e sinais pode ser chamado de “entidade nosológica” e representa o primeiro estágio do adoecer. (HELMAN, 2009 p.119)

2.5 EXPOSIÇÃO DAS ENTREVISTAS E ALGUMAS QUESTÕES

(...) As entrevistas contêm muito mais do que o dito, há entonações, gestos, empatias, silêncios etc. Sendo assim, a transcrição de uma entrevista não é uma atividade que possa ser automatizada, ela deve ser reflexiva e relacional. É fundamental também perceber as entrevistas como discursos de produção de uma cultura imaginada, de modo a não as perceber como função especular. Assim, ao utilizar entrevistas ou parte delas, é preciso manter em perspectiva a sua dimensão como representação. (PETRY, 2016, p.173)

As entrevistas foram coletadas a partir de questões bem amplas sobre a vida das pessoas. Não foram perguntas específicas, sobre como, quando e onde, nem porquês. O importante era conhecer essas pessoas, suas histórias de vida, e saber a respeito da vida em relação com a Ana e a Mia. A maior parte do que está exposto foram áudios recebidos pelo *WhatsApp*, posteriormente transcritos, há apenas uma mensagem de texto. Também respondia a elas por áudio, falando que não se preocupassem em mandar falas longas. Numa brincadeira, Roberta me disse que seus três áudios que somavam mais de 15 minutos dariam um *PodCast*, rimos, pois era verdade. Transcritas de forma que os áudios se encontrassem íntegros, estão as três entrevistas no corpo deste texto. No espaço das narrativas é possível reconhecer vários dos pontos importantes na Antropologia da Saúde, citados pelos três autores, que dizem respeito às subjetividades do indivíduo, aspectos pessoais, sociais e culturais relacionados à experiência de, como elas chamam, ser uma Ana, ou ser uma Mia ou ser Ana e Mia.

Dentro de cada Modelo Explanatório existem alguns elementos que guiarão o indivíduo nessa interpretação: 1) etiologia do problema; 2) duração e características dos sinais e sintomas iniciais; 3) fisiopatologia do problema; 4) evolução natural e prognóstico; 5) tratamento indicado para o problema. Então, embora não tenha perguntado nas entrevistas de forma tão categórica cada ponto sobre suas interpretações individuais da experiência, é possível perceber que elas se colocam essas questões. Sejam elas a justificativa do início, em que período da vida se perceberam os sintomas, o que sentiam em relação aos seus corpos, em que isso atrapalha ou porquê pode afetar sua vida, e se vão em busca de uma vida “sem” o transtorno, ou seja, em busca da cura.

Para o primeiro caso, os problemas de doença surgem da total, inescapável situação de vida, organizada em torno da ameaça constante às funções vitais e a necessidade de tratamento contínuo; para o segundo, eles resultam da incapacidade de lidar com os sentimentos de vulnerabilidade e perda de controle bem como da tentativa fútil de manter dois mundos separados – um livre da doença (trabalho), o outro onde a doença é legitimada (casa); já para o terceiro, eles centralizam o significado de desfiguração e na ameaça da morte prematura. (KLEINMAN, 1988, p.5, nossa tradução)⁵⁹

Kleinman elucida três casos de adoeceres – um paciente que necessita de cuidados 24 horas por dia, inclusive para respirar; um segundo doente crônico asmático; e o terceiro caso uma mulher que passou por uma cirurgia para remover um câncer de mama. Então, ele mostra que cada adoecer terá um conjunto próprio, e inclusive a nível pessoal e individual, de perturbações, de pensamentos e sentimentos particulares que podem trazer sofrimento. Seja o medo da ameaça de morte, o sentimento de vulnerabilidade, as pessoas em torno do sujeito que sabem ou não do seu sofrer, ou no caso mais acentuado, uma vida total que gira em torno de auxílio para que o corpo exerça suas funções vitais. Nesse sentido, pode-se encontrar nas narrativas diferentes conjuntos de consequências que essa relação com a Ana e a Mia trazem para essas pessoas.

Nas narrativas aqui expostas foi possível perceber algumas ressalvas nos relacionamentos familiares. Será possível fazer uma relação dessas questões com os transtornos? Com base nessas falas, seria possível dizer que o pai, a mãe ou os cuidadores principais que sejam, coloquem muito cedo a responsabilidade alimentar sobre essas pessoas? As entrevistadas, de forma mais ou menos acentuada, demonstram alguma ausência de ordem afetiva, tanto na infância quanto nos dias de hoje, e principalmente em relação aos pais. Surgiram nos relatos sentimentos que nasceram da violência doméstica ou de casos de rejeição e solidão, em outra situação vindos de uma gravidez indesejada. Uma participante disse no grupo: “Gente, minha mãe disse que eu nasci para ser fofa. Que eu nunca vou ser magra. Eu vou calar a boca dela ela vai ver, estou com 84 kg preciso chegar nos 73 kg até dia 20 de novembro, será que consigo, meninas? Voltei agora firme e forte, tinha parado mas

⁵⁹No original: For the first case, the illness problems arise from the total, inescapable life situation organized around the constant threat to vital functions and the necessity for continuous treatment; for the second, they stem from inability to deal with the feeling of vulnerability and loss of control as well as from the futile attempt to maintain two separate worlds – one free of sickness (work), the other Where sickness is legitimized (home); whereas for the third, they center on the meaning of disfigurement and the menace of untimely death.

agora voltei para não parar” (Carol)⁶⁰. Em muitos casos de adoeceres a família é, segundo os autores, um setor de cuidado à saúde que é o primeiro a perceber o mal-estar da pessoa, quando se dá início a um tratamento. No entanto, sendo comum nos relatos essas questões afetivas já mencionadas, pode-se pensar que essa relação do sujeito com a anorexia e bulimia é também uma questão familiar com a percepção dos corpos, e na falta de conhecimento do adoecer – ou até mesmo ciente dele – o familiar impõe ao sujeito uma normatividade, um estereótipo e até um comportamento que pode ou não ser alcançado.

2.5.1 Primeira entrevista, Mel, 26 anos

“Eu sou aquela mulher que nunca, assim, senti vontade de ser mãe, sabe? Nunca tive vontade mesmo. E, tipo assim, nunca falei isso pra ninguém. Só que, por um erro, né, acabei esquecendo de tomar a injeção que eu tomava todo mês e acabou que eu descobri, né? Tava grávida, beleza. Aí...descobri que tava grávida, não queria, não era uma coisa que eu queria. E a gravidez foi muito difícil, porque a pessoa que tava comigo, o pai do meu filho, ele começou usar droga e usava dentro de casa e eu era muito nova, assim, eu não entendia muito, sabe? Eu não entendia por que que ele ficava horas e horas dentro do banheiro. Eu meio que... não sei, não sei onde eu tava com a cabeça, na real, e foi muito difícil. Eu passava nervoso, minha pressão caía toda hora, ou ela tava lá em cima ou ela tava muito baixa. Vivia com dor de cabeça, vivia com tontura, vivia vomitando, mas vomitando acho que é normal, né, de gravidez? E quando foi o parto, o parto foi até, assim, de boa, porque eu cheguei no hospital já com oito dedos de dilatação, então eu fiquei, tipo, o que, meia hora lá já pra ele nascer. Fiquei, tipo, com um pouquinho de dor em casa, aí eu peguei e fui pro hospital, fiquei lá acho que meia hora antes de ter ele, foi bem rápido mesmo, senti dor bem pouco, assim. E... só que, na hora que a médica foi por...porque eu tive parto normal, né? E a médica coloca, assim, né, o bebê em cima da gente, eu não quis, tipo, eu não queria tá ali, sabe? Minha cabeça tava tão confusa, eu tava meio que, eu não tava me vendo ali, sabe? Parece que não era eu, porque eu não queria tá ali. Aí...

⁶⁰Carol. [Família]. WhatsApp: [Safe Space]. 2 nov. 2021. 10:45. 1 mensagem de WhatsApp

é, eu não queria que ela colocasse ele em cima de mim, eu falei: ‘Não, não, pode tirar ele daqui’. Elas até me olharam, assim, sabe? Aí depois que... depois que eu fui pro quarto com ele, e tals, é... foi de boa, aí eu cuidei dele. Mas, aí depois que eu descobri que eu tive, é... depressão pós-parto. Eu não...sabe, mudou tudo na minha vida. Eu não queria. E até hoje, assim, sabe, eu falo ‘nossa, gente, eu sou mãe!’, sabe? E meu filho já tem seis anos, e eu descobri há pouquinho, né... pouquinho tempo que ele é autista. E, tipo assim, ele não é aqueles autista que é... severo, sabe? Tipo, ele fala, ele conversa, ele faz as coisas ele faz as lições de casa, ele faz tudo sozinho, assim, sabe? Mas ele tem as dificuldades que um autista tem, assim, de socialização, sabe? É, toda sexta-feira eu tenho que ir pra terapia, levar ele pra psicólogo, na fono, é... psicopedagoga. É... na escola, é... as professoras sempre me chamam, porque elas não sabem como lidar, sabe? Porque ele num... lá ele acha que ele só tem que ir lá só pra brincar, sabe? Ir lá brincar e voltar. Ele não... ele é inquieto, assim, sabe? Ele não senta pra nada. Se você chamar ele pra sentar pra fazer uma lição, ele não faz, assim, qualquer pessoa, sabe? Mas quando é comigo, ele fica. Aí, isso que eu não entendo, sabe? Aqui em casa, pelo menos, quando eu falo pra ele sentar e fazer lição, ele senta, ele pega e faz, mas na escola não, então, tem esse problema, sabe? Aí as professoras ficam me chamando, e, tipo, é uma coisa que eu não consigo resolver, entende? Só se eu ficar com ele na sala de aula. E... agora ele tá com seis anos, que a gente descobriu agora... na verdade assim, quando ele era pequeno eu já desconfiava, sabe, já desconfiava, porque mãe sempre desconfia, né, mãe sabe que tem alguma coisa errada. Já sabia que... ele não gostava de brincar com outras crianças. Eu levava ele na casa dos primos ele gostava de ficar só sozinho. As crianças iam interagir, brincar com ele e ele não queria. Tem a fala também, ele começou a falar muito tarde. Tipo, só falava palavra, sabe? A gente conversa com ele, até hoje assim, mais ou menos, melhorou bastante, mas até hoje a gente pergunta as coisas pra ele e ele não sabe responder, ele não fala direito, ele não fala frases. E imagine, minha cabeça como fica! Muitas vezes eu penso ‘nossa eu já não queria ser mãe e Deus me dá uma criança assim’, sabe? Aí vem várias coisas na minha cabeça. Tem vez que eu surto aqui, tem vez que eu começo a chorar do nada, assim, sabe? Porque eu tô meia perdida, de verdade.”⁶¹

⁶¹Mel. [Entrevistas]. WhatsApp: [Safe Space]. 20 set. 2021. 20:42. 1 mensagem de WhatsApp

“Assim, em relação a minha infância, eu tive que crescer muito rápido, assim, sabe? Minha mãe e meu pai sempre trabalharam. E quando os dois começaram a trabalhar tipo, de uma vez, no mesmo horário, era... eu tinha acho que oito anos mais ou menos, então eu tive, eu sempre tive que ficar sozinha em casa, né, me virar pra arrumar a casa, fazer comida, essas coisas. E minha irmã, ela estudava, fazia curso, né? E eu sempre tive que me virar, eu sempre fui, tipo, de ficar em casa, sabe, de cuidar da casa e tal. Pra você ter uma ideia, eu nunca trabalhei. Porque quando eu comecei a faculdade, aí eu engravidei, aí eu saí da faculdade e agora eu tô cuidando da cria (risos). Tipo, eu nunca trabalhei em nada, não tenho um registro na carteira. E... é isso, tipo, eu tive que crescer muito rápido, sabe? Me virar sozinha, pelo menos dentro de casa, que eu também não saía... fora que tinha uma amiga, né. Minha amiga sempre vinha aqui, às vezes, ficar comigo, mas tipo, era duas criança, entendeu? E... mais final de semana, assim, que a gente ia pra casa da minha vó, aí ficava por lá. E... meus pais, assim, nunca demonstraram afeto, sabe? De ficar abraçando, beijando, fazendo carinho e tal. A gente conversa numa boa, tem a relação super bem, mas tipo, em relação a carinho, sabe: ah, senta aqui, vem me dar um abraço, senta aqui, vamos bater um papo. A gente conversa, assim, normal, sabe? E sempre foi assim, até hoje. E... em relação a comida, assim, é... que nem antes eu te falei, né, eu mais comia, comia, comia, e... e vomitava né, miava, no caso. E era todo dia, sabe? Eu comia igual a um... e, tipo assim, eu não via resultado nenhum, porque não adiantava nada, eu vomitava e comia, vomitava e comia, e não adiantava nada. Aí eu parei, né, e agora, tipo assim, essas últimas semanas, nossa, tô comendo pra caramba, não tô nem ligando, sabe? Por isso que eu não vejo resultado no... na balança. Sabe quando você: ai...foda-se, vou comer mesmo. Mas assim, até um tempinho atrás, tipo, eu pesava na balança, é... tinha um aplicativo que mostrava as calorias que tinha, e tal. Porque, tipo assim, uma pessoa normal pode comer até 1.200 calorias, no caso pra perder. Eu comia acho que 300 pra menos ainda, às vezes eu não comia nem nada. Eu era bem assim... minha cabeça era bem complicada, sabe: não vou comer só 300 calorias hoje. Aí depois eu, no outro dia eu diminuía. Aí tinha outro dia que eu não comia nada, aí eu ficava nessa, até que eu perdi 30... não... eu não cheguei a perder 30 quilos, mas eu pesava mais 100 quilos, agora eu tô acho que uns 80 mais ou menos. E tipo, estagnou, não perco mais uma grama, sabe? Aí que agora eu tô... é... metendo o pé na jaca mesmo (risos). Sabe quando você não vê resultado aí você nem liga mais? Mas aí depois aí eu subo na balança e aumentou

tipo dois quilos, eu falo: ah, não, vou voltar de novo. Aí depois não dura dois dias, já tô... metendo o pé na jaca de novo. É isso, é... cada dia é uma luta.”⁶²

2.5.2 Segunda entrevista, Roberta, 26 anos

“Quando eu entrei na faculdade, tipo assim, quando eu tava no último ano da faculdade eu fui morar com meu marido, e aí, que era namorado, e eu conheci ele há poucos meses, e aí foi tudo uma confusão então, eu trabalhava muito, é...tinha...é fui trabalhar em outras áreas, mudou minha vida completamente, estudava muito, faculdade, e aí tinha TCC, então eu parei de cuidar da minha comida, eu não cozinhava, eu só comia bobagem. Eu quase virei sócia de uma lanchonete, eu brinco, porque eu pedia lanche quase todo dia. E aí eu engordei demais e não me olhava no espelho. Então, depois que terminou a faculdade, que eu me olhei no espelho e vi como eu tinha mudado, eu engordei em poucos meses mais de 10 quilos. Então, engordei muito e fiquei flácida porque, aí eu engordei muito rápido e depois perdi muito rápido e aí até fiz agora uns tratamentos, que melhorou bastante, mas eu já tinha ficado com a barriga flácida porque eu tinha engordado muito, fiquei acima do meu peso, assim, fiquei naquele IMC de obesidade né. E aí eu acabei ficando bem chateada, e aí começou os transtornos. E aí, desde então, assim é difícil né a gente nunca, nunca melhora 100%, parece que sempre tá ali né esperando a gente. Tem que ter paciência e tentando melhorar. E pai e mãe é... minha mãe e meu pai não deixavam. Aí eles faziam exatamente, absolutamente tudo com carne, até no feijão tinha linguiça (risos). É... e é, realmente, contagem de calorias é um vício, tava lembrando disso, que hoje de manhã tava tomando café já contei as calorias, e eu falei: nossa é verdade, a gente fica viciado nisso, né?”⁶³

“É... a questão de emagrecimento eu sempre convivi com isso. Meus pais, minha mãe principalmente, sempre teve muito problema com o corpo dela, a minha tia tem anorexia, então eu sempre vim de um lado com transtornos alimentares, porém eu sempre fui muito magra. Muito magra! Eu era igual você, assim, vestia mais roupa

⁶²Mel. [Entrevistas]. WhatsApp: [Safe Space]. 20 set. 2021. 21:33. 1 mensagem de WhatsApp

⁶³Roberta. [Entrevistas]. WhatsApp: [Safe Space]. 27 set. 2021. 10:23. 1 mensagem de WhatsApp

pra parecer mais, mais... gostosinha (risos), eu odiava ser magra, eu era ma-gríssima! Meu apelido na escola era merreca, porque meu nome é Roberta, né, e eu era uma merreca de corpo (risos). E aí, beleza, então passou isso. E assim, aí minha família sempre muito complicada, porque o meu pai ele é militar, então ele é muito agressivo. E aí, meu pai e minha mãe tem problema com álcool, né. E aí... eles... e minha mãe, o pior de tudo, assim, eu não sei quem é pior. Hoje em dia, eu acho minha mãe tão ruim quanto meu pai, sabe? Porque meu pai era muito agressivo, né, ele é ainda. E... e ele batia na gente, teve... e aí... ia ficando cada vez pior, e com a minha mãe também. Já dele me enforcar na frente de amigos meus, do meu irmão ter que intervir pra ele não me matar. Então era bem, bem barra. Só que a minha mãe colocava a mão no ombro dele e falava que ele era homem de verdade, que isso era homem de verdade, então... nossa, dói muito pra mim até falar disso, porque... porque foi pesado, sabe? E... e eu não entendia. Tipo, é muito bizarro, meus pais não deixavam eu sair de casa, por nada, eu só fui sair de casa... ai meu deus, quando eu saí de casa (Risos), né, quando eu fui morar com meu namorado, na época, que agora é meu marido. E... então eu não tinha acesso a outras famílias, a outras realidades, eu achava que toda família era assim, até os meus 20 anos, né? Então eu achava que todo mundo era assim. E... e eu ficava muito mal. Então, é... eu tinha certas formas, assim né, de me expressar, tal, e geralmente eu sempre fui muito, muito autodestrutiva comigo, assim, sabe? Tipo, é... e aí, bem... chegou uma hora que a gente falou assim: olha, mãe, cê vai morrer, né, vocês vão se matar. E meu pai deu uma surra nela, e meu pai não assume, ele diz que nunca fez nada disso, é bizarro. E minha mãe tem problema gravíssimo com álcool também. Então, assim, era um inferno. Meus pais nunca deram nenhuma assistência, nenhum apoio, puta, longe disso, nem pra mim nem pro meu irmão. Só que o meu irmão, sempre pegou... a forma que ele aprendeu a lidar com isso foi se isolando. Então meu irmão vivia no mundo dele, ele não participava de nada, não queria saber de nada e foda-se, entendeu? Só que eu sempre tive essa questão de querer ajudar, ai sei lá eu sou idiota. E aí eu me envolvia, e aí eu me envolvia, era envolvida e agora, até hoje tô envolvida, né? Mesmo que eu queira sair é difícil. E aí, basicamente a gente falou: não, tem que separar. É... eu já tava saindo de casa, falei: ó... porque assim começou a afetar minha faculdade, eu faltei várias vezes em dia de prova, porque meu pai, eu sabia que eles iam beber e iam brigar e iam se matar, então começou a afetar muito. Eu tinha feito, meu pai tinha perdido emprego e eu já tinha feito FIES pra terminar a faculdade. E aí, é... falou: não, vamos

divorciar. Aí divorciaram. Nossa, o divórcio foi um auê, aí voltaram, teve mais agressão, Meu irmão saiu de casa também. Eu e meu irmão saímos com 21 anos, meu irmão é três anos mais novo, ele saiu logo depois, né? Aí, é... o que acontece, eu me sinto muito culpada. Minha mãe é psicóloga, eu falo que ela usou a psicologia pro mal (risos), porque ela fazia eu sentir muita culpa, de absolutamente tudo. Então, eu até hoje, sou uma pessoa que me sinto muito culpada. E a... e a anorexia me ajudou... ela entra pra mim... é foda, mas ela entra pra mim como uma forma de me... de me castigar. Então quando eu tô mal, a Ana... a Ana vem com tudo assim, sabe? Vem com tudo. E aí, meio que uma forma de me punir. E é bizarro né (risos)? É... e assim, é... por incrível que pareça, hoje eu tô bem. Na época que eu tava mais mal, com a Ana e tudo, eu não, eu sabia que precisava de ajuda mas eu não queria. Eu tomei, nossa, muito remédio de asma pra emagrecer. Eu quase morri uma vez de tanto remédio, eu achei que ia morrer, fiquei muito mal, e... aí...eu tenho, acho que fiquei com sequela até hoje de tanto remédio de asma que eu tomava pra emagrecer. E aí, basicamente, é... na época eu não queria, eu sabia que precisava de ajuda, mas eu não queria. Porque é um conflito interno, assim, sabe? Eu sei que eu tô mal, eu sei que eu tô doente, mas eu... eu vou emagrecer e vou ficar bem. Eu ficava assim: uma hora vai ficar bom, eu vou emagrecer e eu vou ficar feliz. E aí não chegava nunca. Eu falava: não, só mais um quilo, quando chegar em tanto vai tá bom. E não ficava bom nunca. E aí, era bem foda. Basicamente o que me ajudou a sair dessas crises mais graves acho que foi minhas meninas, que eu tenho duas gatas e uma cachorra. Se eu tô viva hoje, né, graças a elas, e o veganismo, porque, na verdade, eu sempre quis ser vegana. E assim, eu ficava: não, eu tenho que ser saudável, porque todos... se eu ficar doente... porque ninguém tá nem aí se eu tô com anorexia, mas, e eu também tinha bulimia, eu vomitava. E aí ficava: não, ninguém vai falar que é anorexia, vai falar que é o veganismo. E eu falava: não, eu vou enfraquecer a causa, vou entrar nisso e ainda vou ferrar com tudo. Porque todo mundo vai falar ainda que é um transtorno, muita gente fala que veganismo é transtorno, tenho que melhorar ou parecer melhor porque senão vão culpar uma causa tão nobre e tão importante pra mim que é o veganismo, que é cuidar dos animais, que é... daí eu falei: não, vou melhorando. E aí eu fico tentando melhorar, sabe? E aí hoje, depois de quatro anos, que faz quatro anos que eu me formei, vai fazer quatro anos fim do ano, que eu realmente falei: não, agora eu tô procurando ajuda, sabe? Então falei não, eu tenho que procurar ajuda, porque é uma coisa que não passa nunca. Você sempre fica indo e voltando, entrando e

saindo de crise. É uma bosta. Então falei: não, tenho que procurar ajuda, tenho que... melhorar, né, e pra não ferrar, também, como eu disse, com a causa toda, e ferrar com tudo, e já era. Então, agora que eu tô começando a procurar ajuda psicológica, nutricionista, tudo, porque antes eu tava, sei lá, cagando pra minha saúde, né? E... tô me sentindo bem com meu corpo. É... eu te comentei que eu fiquei flácida, né? porque eu engordei muito rápido e emagreci muito rápido depois, né, e aí eu tinha ficado com uma pochete, que era meu ódio, tinha que emagrecer muito pra perder um pouco da pochete. E aí eu fiz criolipólise. Achei que não ia dar certo, mas pra mim funcionou demais. Agora eu tô até que bem com meu corpo, porque eu ganhei peso, essa é a parte ruim, eu ganhei um pouco de peso, né. Eu acho assim, meu peso ideal era menos. Mas, apesar de eu ter ganho uns quatro quilos, mais do que eu acho que era bom pra mim, eu tô bem, sabe? Na realidade o meu corpo, acho que cada corpo é um corpo, e o meu corpo se mantém assim. Ele não consegue manter de outro jeito, sabe, tipo, com outro peso? Eu consigo chegar naquele peso que eu quero mais baixo, só que ele não mantém, eu volto a engordar. Então não sei, tô tentando manter nesse peso, que pra mim é um pouco a mais, mas, também, meu corpo tá legal, tá bonito, né, assim, não tá ruim, e, sei lá, e procurar ajuda pra não ficar nessa, né? Porque é desgastante, atrapalha as outras coisas da minha vida, a parte afetiva, né, os relacionamentos, a parte do trabalho atrapalha pra caramba, eu sou autônoma, tenho que ter força de vontade pra trabalhar, né, atrapalha muito. Então hoje eu to procurando ajuda pra melhorar nesse ponto. Mas é basicamente isso.”⁶⁴

2.5.3 Terceira entrevista, Alessandra, 21 anos

“Acho que começou com uns 12 anos. Sempre fui gorda né, desde criança. Daí eu ouvi falar em algum lugar sobre bulimia. E fui pesquisar na internet. Descobri um site chamado Ana e Mia (anorexia e bulimia) que falava sobre como essas duas “garotas” podiam ser nossas melhores amigas. E no site ensinava várias técnicas, tipo colocar a mão embaixo do vômito pra não fazer barulho e os outros não escutarem

⁶⁴Roberta. [Entrevistas]. WhatsApp: [Safe Space]. 28 set. 2021. 17:38. 1 mensagem de WhatsApp

etc. Daí eu resolvi fazer e perdi uns 4Kg naquela semana. E acho que nunca mais parou. Na época (vejo agora) eu era muito sozinha, passava 24h dentro do quarto com a luz apagada. Era tenso. Uma vez minha mãe me proibiu de falar com o meu único amigo, que era um cara de 30 anos kk. E eu fiquei bem mal, tentei me matar (não sabia nem como fazer isso mas já queria). E pra variar acho q minha mãe cooperava com todos os problemas psicológicos que a gnt tinha. Ela tinha dinheiro e dava zero bola pra gnt. A gnt vivia meio jogada sabe. Só n podia ter amigos. N podia sair com ninguém, ficar no celular com ninguém.. enfim a gnt era quase a Rapunzel na torre.”⁶⁵

“Daí sobre a bulimia. Eu sempre fui 'controlada'. Vomitava só o que eu comia 'demais'. Só que era muito frequente as vezes que a gnt comia porcaria ou comia demais. Épocas de estresse acentuam o quadro. Pq na minha cabeça tá dando tudo errado pq eu tô gorda.”⁶⁶

“Mas ela (a psicóloga) me falou sobre o controle, é...eu falei: não, é...eu não acho que seja um problema, porque eu controlo. Aí ela: tá, e como é que funciona a sua frequência? Eu falei: não, eu digo controlo porque eu só vomito quando eu como muito em excesso, sabe, quando eu como alguma coisa errada, tipo um xis ou um chocolate, uma barra inteira, ou tipo se eu almocei, e aí eu comi chocolate, depois aí eu sei que vai estragar o meu almoço, entendeu? Tipo isso. Ela: tá, e quantas vezes na semana você come errado? Eu falei: ah, umas três, quatro vezes por semana (risos). Aí ela: é, tu controla, mas faz parte da tua vida. Um bagulho assim, sabe? Mas isso no caso a primeira psicóloga, que foi a Melina. E quando eu fui nessa psicóloga eu pesava 70 quilos, agora eu peso 90. Ah... na época eu era mais magra, muito mais magra. Tinha a bulimia era pior, mas a ... a compulsão não existia, aí... diminui muito a bulimia e nasceu a compulsão. E aí eu engordei pra caralho. Teve uma época que eu trabalhava, tenho uma amiga no shopping, né, e aí ela também tinha esses mesmos hábitos, né, esse mesmo problema. E que a gente que sabe, faz isso, meio que se reconhece, sabe? Tipo, sei lá, a gente sabe quem é que faz e quem é que não faz isso. E aí a gente fazia isso juntas, a gente saía pra comer, comia, sei lá, três barras de chocolate cada uma, dois *milkshakes*, e quatro lanches e depois ia pro banheiro, e, tipo, tá tudo certo, entendeu?”⁶⁷

⁶⁵Alessandra. [Entrevistas]. WhatsApp. 27 set. 2021. 14:47. 1 mensagem de WhatsApp

⁶⁶Alessandra. [Entrevistas]. WhatsApp. 27 set. 2021. 14:49. 1 mensagem de WhatsApp

⁶⁷Alessandra. [Entrevistas]. WhatsApp. 27 set. 2021. 16:05. 1 mensagem de WhatsApp

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho permitiu refletir sobre a experiência da anorexia e bulimia nervosa a partir dos conceitos de Arthur Kleinman em “The Illness Narratives” (1988), *illness* e *disease*, de sujeitos membros do grupo de *WhatsApp Safe Space*. A etnografia virtual no Espaço Seguro possibilitou conhecer o universo desses sujeitos, para além da forma que se relacionam nesse grupo, qual o lugar da relação com anorexia e bulimia nas suas histórias de vida. Ao buscar *illness*, o modo de compreender, interpretar e significar a doença, foi possível conhecer os sujeitos que formam essa rede e que por ela são formados.

A etnografia realizada no ciberespaço facilitou adentrar nesses assuntos delicados, pois barreiras sociais da comunicação face a face caíram. As narrativas em áudio demonstram um grau de profundidade que não teriam sido alcançado de forma presencial. Nesse sentido, a pesquisa no ciberespaço, levou em consideração a agência também do aparelho celular, dos aplicativos de redes sociais e de controle do corpo, levantando questões sobre o impacto dessa relação entre o sujeito e os segundos e terceiros objetos.

Alguns problemas sobre a forma que se encara a doença foram apresentados, sendo eles culturais, por exemplo a dualidade corpo e mente e a hiperespecialidade do campo médico, no qual o *status* do profissional é maior quanto maior sua especialidade, enquanto o conhecimento geral do corpo é menosprezado. Inclusive sobre o modelo biomédico, a relação que se constrói com o paciente em toda a área da saúde, há um “choque de cultura” quando o paciente com suas explicações “leigas” sobre os sintomas entra em contato com o médico, que tem suas referências no setor profissional, além das suas próprias ideias, preconceitos e experiências que influenciarão na sua prática médica. Tudo isso causa em certa medida uma distância entre dois mundos que, para o tratamento eficiente do paciente, deve ser encurtada.

Em grande parte desse texto foi possível compreender de que forma os transtornos alimentares se materializam na vida dos sujeitos. No capítulo sobre as Teorias Compartilhadas do Emagrecimento, ficaram evidentes os numerosos métodos que elas utilizam na sua rotina diária para emagrecer, e que fazem parte desse grupo específico, do seu modo de viver. Quais medicamentos utilizam, os exercícios que fazem, relatos de refeições e de fome. Percebe-se que são vários problemas que a

antropologia pode contribuir, como as questões do corpo e da saúde, da tecnologia e controle do corpo ou temas de relações com familiares enquanto um setor de cuidado à saúde.

A intenção é vislumbrar aspectos relativos à construção das explicações que surgem nas narrativas sobre a experiência vivida nessa relação com o transtorno, o fato de que ele se personifica e se comunica com o indivíduo através da Carta da Ana, por exemplo, ou as variadas formas de esconder esses hábitos alimentares restritivos e purgativos, enfim, a significação e o comportamento que está por trás dela. O modelo biomédico não alcança conhecer essas formas que os sujeitos explicam seus sintomas e experiências. O conceito de Modelo Explanatório apresentado é uma ferramenta que permitiu conhecer essa construção das explicações dos pacientes sobre a doença. Os sujeitos acabam por atravessar questões semelhantes ao produzir a narrativa, que dizem respeito a: etiologia do problema, duração e características dos sinais e sintomas iniciais, fisiopatologia do problema, evolução natural e prognóstico, tratamento indicado para o problema. Nesse sentido, o último ponto a ser atingido, o tratamento, é uma contrariedade que se coloca para quem tem anorexia ou bulimia nervosa, o que abre diversas questões sobre um possível itinerário terapêutico a ser percorrido, por exemplo as ações do sistema de saúde ou as relações com os familiares.

É possível que, de acordo com os autores da Antropologia da Saúde referidos, as lacunas que se formam entre os modelos de explicação da doença, pelo sujeito e pelo médico, possam ser preenchidas quando levamos *illness* ao encontro de *disease*, quando temos acesso à dimensão subjetiva dos indivíduos, que também é face tratável da doença. As narrativas oferecem elementos para fazer esse encontro proposto, buscando a saúde integral do sujeito.

É hora, portanto, de reconduzirmos o “paciente” ao centro da relação com os serviços de saúde, superando a visão de uma relação médico-paciente tradicional e partindo para uma relação efetiva entre sujeitos, que são diferentes, é claro, mas ainda assim sujeitos [...] somos nós que temos que conhecê-lo melhor, respeitá-lo e permitir adaptações da nossa prática a ele, e não o contrário, como vem acontecendo até agora. (OLIVEIRA, 2002, p.71)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC DA SAÚDE. [ABC]. Porto Alegre, RS: ABC. Disponível em: <https://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/anorexia-nervosa/>. Acesso em: 28 nov 2021.

HELMAN, C. **Interações médico-paciente**. In: Cultura, Saúde e Doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

KLEINMAN, Arthur. **The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition**. New York: Basic Books, 1988.

LATOURE, Bruno. Faturas/Fraturas: Da noção de rede à noção de vínculo. In **Políticas Etnográficas no Campo da Cibercultura**. Brasília/DF: ABA Publicações, 2016. p.67-90

LIRA, Luciana C. **Narrativas de Ana: Corpo, consumo e self em um grupo pró-anorexia na internet**. 2006. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

MINAYO, Maria C.S. **Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro**. In: Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Rio de Janeiro: editora Relume Dumará, 1998. p. 29-46.

NASCIMENTO, Antonio L., APPOLINÁRIO, José C., FONTENELLE, Leonardo F. Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e bulimia nervosa, **Psiquiatria Clínica**. v. 39, n.1, São Paulo, 2012. Scielo Brasil. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000100008>. Acesso em 24 nov. 2021.

OLIVEIRA, Francisco A. **Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação**, In: Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.10, p. 63-74, Botucatu, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000100006>. Acesso em 24 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. [PAHO]. Brasília, DF: PAHO. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em: 27 nov. 2021.

PINHEIRO, Nádia P. Classificação e Diagnóstico de Transtornos Alimentares na Infância: Nem DSM, nem CID-10. **Psicologia em Pesquisa**, v5, n.1, Juiz de Fora, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2021.

REIS, Vanessa A. Ana e Mia na “Nova” Rede: Comunidades reúnem anoréxicas e bulímicas na Web 2.0. **RuMoRes**, [S.l.], v.1, n.2, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/Rumores/article/view/51115>. Acesso em: 15 nov.2021.

SEGATA, Jean., RIFIOTIS, Theophilos. **Políticas Etnográficas no Campo da Cibercultura**. Brasília/DF: ABA Publicações, 2016.

VALDANHA-ORNELAS, Élide D., SANTOS, Manoel A., **O Percorso e seus Percalços**: Itinerário Terapêutico nos Transtornos Alimentares, In: Psicologia: Teoria e Pesquisa, v32, n.1, p. 169-179, 2016.

GLOSSÁRIO

Ana: personificação de anorexia.

Efedrina: medicamento comumente utilizado para queda abrupta da pressão arterial.

Franol: medicamento comumente utilizado para problemas respiratórios.

Low Food: comumente dita apenas “LF”. Dieta que constitui na ingestão de alimentos pouco calóricos.

Mia: personificação de bulimia.

Miar: a bulimia foi personificada como “Mia” e, posteriormente, transformada no verbo “miar”. Significa vomitar.

No Food: comumente dita apenas “NF”. Dieta que constitui não ingerir alimentos sólidos e calóricos, podendo consumir apenas água, café ou chá.

Reactivity Eating: comumente chamado “RE”. É a reação após longos períodos sem se alimentar, definido por uma participante como: “Quando você passa muito tempo sem comer e seu corpo começa a pedir muita comida, alguns confundem com compulsão, mas não é, porque no RE você come conscientemente”.

Recovery: refere-se ao retorno dos comportamentos do transtorno alimentar. Definido por uma participante como: “Quando tenta sair do mundo a/m e volta”.

Sibutramina: medicamento comumente utilizado para emagrecimento, traz sensação de saciedade.

ANEXOS

ANEXO A - DIETA “4 DAYS CHALLENGE”, SAFE SPACE

Dieta 1 – 4 Days Challenge

| Refeição | Especificação |
|-----------------|--|
| Café da manhã | Suco detox (400mL) |
| Almoço | Sopa Madá (1 pacote) |
| Janta | Chá de hibisco (400mL) |
| Permitido | Frutas, legumes, verduras, chás e sucos |
| Exercícios | Alongamentos, 100 polichinelos, 10 flexões, 25 abdominais, Thigh gap ⁶⁸ |

Fonte: Bruna. [Dietas]. WhatsApp: [Safe Space]. 28 jun. 2021. 02:29. 1 mensagem de WhatsApp

⁶⁸Thigh Gap é o nome dado pelas participantes do grupo ao exercício que proporciona maior espaçamento entre as pernas.

ANEXO B – DIETA “LOSE UP 9 KG IN TEN DAYS”, SAFE SPACE

Dieta 2 – Lose up 9Kg in ten days

| Dia | Especificação |
|------------|----------------------|
| Dia 1 | <i>Light food</i> |
| Dia 2 | 200 calorias |
| Dia 3 | 250 calorias |
| Dia 4 | 300 calorias |
| Dia 5 | 350 calorias |
| Dia 6 | 400 calorias |
| Dia 7 | 450 calorias |
| Dia 8 | 500 calorias |
| Dia 9 | <i>No food</i> |
| Dia 10 | 500 calorias |

Fonte: Mel. [Dietas]. WhatsApp: [Safe Space]. 27 set. 2021. 09:06. 1 mensagem de WhatsApp

ANEXO C – DIETA “DIET”, SAFE SPACE

Dieta 3 – Diet

| Refeição | Especificação |
|-----------------|---------------------------------------|
| Café da manhã | 1 maçã ou 1 ovo |
| Almoço | 1 batata doce e 100g de arroz integra |
| Janta | Salada |
| Líquidos | 3 litros de água |
| Total | 281 ou 306 calorias |

Fonte: Caren. [Dietas]. WhatsApp: [Safe Space]. 9 out. 2021. 14:05. 1 mensagem de WhatsApp

ANEXO D – DIETA “13KG EM 10 DIAS”, SAFE SPACE

Dieta 4 – 13Kg em 10 dias

| Dia | Especificação |
|------------|----------------------|
| Dia 1 | 100 calorias |
| Dia 2 | 70 calorias |
| Dia 3 | 100 calorias |
| Dia 4 | 100 calorias |
| Dia 5 | 70 calorias |
| Dia 6 | 100 calorias |
| Dia 7 | 70 calorias |
| Dia 8 | 100 calorias |
| Dia 9 | 70 calorias |
| Dia 10 | 100 calorias |

Fonte: Joice. [Dietas]. WhatsApp: [Safe Space]. 20 nov. 2021. 14:20. 1 mensagem de WhatsApp