

A CONSTRUÇÃO DISCURSIVA DE UM CASO SINGULAR DE ANOREXIA

THE DISCURSIVE CONSTRUCTION OF A SINGULAR ANOREXIA CASE

LA CONSTRUCCIÓN DISCURSIVA DE UN CASO SINGULAR DE ANOREXIA

*Alexandre Costa-Val**

*Vivian Andrade Araújo Coelho***

*Marília Novais da Mata Machado****

*Celina Maria Modena*****

RESUMO

Neste artigo, discutimos a complexidade das manifestações de sofrimento psíquico, tomando como referência a ideia médico-psiquiátrica de anorexia nervosa. Para isso, apresentamos um único caso cuja protagonista nomeamos Edita, nome próprio existente na língua espanhola e aqui adotado para deixar claro que examinamos não o que ela diz, mas o que dez profissionais de saúde disseram sobre (e por) ela, ao nos concederem entrevistas. As falas foram analisadas com o suporte da análise do discurso e de dispositivos da linguística, especificamente anáforas e predicções. As narrativas geradas evidenciaram como os discursos criam “uma anoréxica” que se aproxima e, ao mesmo tempo, se distancia de critérios diagnósticos objetivos, causando frustração nos profissionais. Problematizamos, por essa via, os efeitos das práticas e dos discursos protocolares no intuito de contribuir para o debate acerca das classificações e do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Saúde mental. Anorexia nervosa. Diagnóstico psiquiátrico. Análise do discurso.

ABSTRACT

In this article, we discuss the complexity of the manifestations of psychological distress, taking as a reference the medical-psychiatric idea of anorexia nervosa. For this, we present a single case whose protagonist we named Edita (Sheisaid), a proper name in the Spanish language adopted here to make it clear that we examined not what she says, but what ten

Texto recebido em 8 de julho de 2020 e aprovado para publicação em 13 de fevereiro de 2021.

* Pós-doutor, professor na Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). *E-mail:* alecostaval@yahoo.com.br

** Doutoranda, professora na Escola de Medicina da UFOP. *E-mail:* vivianaacoelho@gmail.com

*** Pós-doutora, professora aposentada pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (Fafich) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). *E-mail:* marilianmm@gmail.com

**** Pós-doutora, professora na Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área Ciências Humanas e Sociais em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas René Rachou. *E-mail:* celina@minas.fiocruz.br

health professionals said about (and for) her, in granting us interviews. The speeches were analyzed with the support of the discourse analysis and linguistic devices, specifically anaphors and predications. The generated narratives showed how the speeches create “an anorexic” that approaches and, at the same time, distances herself from objective diagnostic criteria, causing frustration in professionals. In this way, we problematize the effects of practices and protocol discourses in order to contribute to the debate about classifications and health care.

Keywords: Mental health. Anorexia nervosa. Psychiatric diagnosis. Discourse analysis.

RESUMEN

En este artículo, discutimos la complejidad de las manifestaciones del malestar psicológico, tomando como referencia la idea médico-psiquiátrica de la anorexia nerviosa. Para esto, presentamos un solo caso cuyo protagonista llamamos Edita, nombre adoptado aquí para dejar en claro que examinamos no lo que ella dice, sino lo que dicen los profesionales de la salud sobre (y por) ella, al concedernos entrevistas. Los discursos fueron analizados con el apoyo del análisis del discurso y dos dispositivos lingüísticos, específicamente anáforas y predicaciones. Las narraciones generadas mostraron cómo los discursos crean “una anoréxica” que se acerca y, al mismo tiempo, se aleja de criterios diagnósticos objetivos, provocando frustración entre los profesionales. De esta forma, problematizamos los efectos de las prácticas y los discursos de protocolo para contribuir al debate sobre las clasificaciones y el cuidado de la salud.

Palabras clave: Salud mental. Anorexia nerviosa. Diagnóstico psiquiátrico. Análisis del discurso.

1. INTRODUÇÃO

Watters (2010), embasado em pesquisas transculturais, demonstrou que as formas de adoecimento mental nunca foram as mesmas ao redor do mundo, em prevalência ou apresentação, pois são moldadas pelos costumes de seu tempo. Poder-se-ia supor, nesse sentido, que o sujeito, valendo-se de mecanismos inconscientes, teria à sua disposição, em cada cultura e época, um leque sintomatológico para a expressão de seus conflitos psíquicos.

Os transtornos alimentares não fogem a essa ordem. A anorexia nervosa, paradigma desse grupo, inscreve-se na instituição psiquiátrica desde o século XIX

(Hepworth, 1999), caracterizada inicialmente como recusa alimentar de origem nervosa, sem causa orgânica definida. Atualmente, o *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais V* (DSM V) inclui nela o desconforto com a imagem corporal, restrição no consumo de calorias e a não manutenção de um peso corporal mínimo (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Estudos apontam que ela afeta especialmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, sendo o terceiro quadro crônico mais prevalente nessa faixa etária. Entre os transtornos psiquiátricos, é o que tem maiores taxas de mortalidade (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2017). Diante desses prejuízos físicos, psíquicos e sociais, profissionais de saúde devem se preparar para acolher pessoas com essa sintomatologia (Carvalho et al., 2016). Na prática, no entanto, diagnosticar e, sobretudo, cuidar não é simples. Afinal, as manifestações podem ser polimorfos de acordo com as particularidades biopsicossociais daqueles que as apresentam.

Considerando que sintomas específicos surgem em determinados momentos socioculturais, as expressões psicopatológicas podem ser influenciadas também, talvez principalmente por aqueles que deles cuidam. Isto é, “Aqueles que prestam assistência aos enfermos mentais – sejam eles médicos, xamãs ou padres – ajudam a selecionar quais sintomas serão reconhecidos como legítimos” (Watters, 2010, p. 103), deslocando os quadros psiquiátricos de qualquer ideia de essência ou natureza. Tal proposição não desconsidera que as manifestações psíquicas se materializem nos corpos e causem sofrimentos reais, mas ressalta que, nesse processo, está em jogo uma construção que envolve disputas e negociações de atores e instituições que se inscrevem em contextos sociais, históricos e relacionais específicos (Banzato & Zorzanelli, 2014; Hacking, 2013).

Dessa maneira, nós nos perguntamos: como o discurso de profissionais da saúde constitui, nomeia e chancela como “verdade científica” a entidade clínica conhecida como anorexia nervosa? Ou, mais precisamente, o que eles falam da interação com um sujeito que apresenta uma sintomatologia que remete a esse quadro e, ao mesmo tempo, o desafia? Para evidenciar essa questão, apresentamos aqui um único caso, cuja protagonista nomeamos Edita, nome próprio existente na língua espanhola e aqui adotado para deixar claro que examinamos não o que ela fala, mas o que os profissionais de saúde de um Município próximo à Grande Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, falaram sobre (e por) ela, ao nos concederem entrevistas. Há mais de 30 anos, Edita circula pela rede assistencial municipal, despertando diferentes afetos e atuações entre aqueles com os quais estabelece algum contato. Bem conhecida na região, ela foi objeto de uma reportagem sobre anorexia em jornal local.

Mas, afinal, o que é, de fato, “uma anoréxica”? Como Edita se tornou “a anoréxica” da cidade? Movidos por essas e outras indagações, estudamos os discursos de dez profissionais de saúde que, em algum momento, tiveram contato com Edita. O objetivo foi evidenciar a construção discursiva desse caso, que, como veremos, apesar de ser nomeado como um caso de anorexia, não pode ser reduzido aos aspectos objetivos que norteiam os diagnósticos psiquiátricos na atualidade. Destacamos, também, as reações despertadas por Edita nos profissionais, assim como seu fluxo nos serviços assistenciais. Acreditamos que tais considerações possam contribuir para o debate sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares e à saúde coletiva, e para apontar limitações do discurso médico-científico dominante nas práticas em saúde, especialmente no campo da Saúde Mental.

Na época das entrevistas, o segundo semestre de 2014, atuavam no Município 20 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 3 unidades básicas de apoio, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPS Álcool e Drogas) e 1 Ambulatório de Saúde Mental. Havia reuniões periódicas de matriciamento para a integração entre as equipes da Atenção Primária e da Saúde Mental, além da presença constante, na ESF, de um profissional da Saúde Mental, que acolhia e discutia diferentes casos de acordo com a demanda territorial.

Há 30 anos, quando Edita apareceu no serviço público de saúde (história lembrada pelos entrevistados), existiam apenas alguns centros de saúde espalhados pelo território, uma Policlínica Municipal, na qual trabalhavam, entre outros profissionais, psicólogos e psiquiatras, e um Hospital-Geral. A trajetória de Edita passou primeiro por essas instituições. Nelas, ela buscou prescrições para emagrecer e, quando elas falharam, buscou prescrições nos municípios vizinhos. Quando chegou a 32 quilos, passou por uma internação um tanto e quanto compulsória. Um dia, alguém entendeu que o problema alimentar poderia ser resolvido com o uso de uma sonda nasoentérica, incorporada por Edita nos anos seguintes.

A especificidade do caso nos chamou a atenção. Bem conhecida no Município (e agora somos nós, os pesquisadores, que falamos sobre ela e por ela), Edita foi acompanhada em unidades básicas de saúde (UBS), atendida por psiquiatras e psicólogas da Policlínica Municipal e por profissionais do Hospital-Geral. Com a estruturação dos equipamentos de atenção em Saúde Mental, paradoxalmente, Edita ficou sem espaço no serviço público municipal. Foi encaminhada para Belo Horizonte e atendida, por cinco anos, no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Nesse ínterim, a rede de saúde de seu Município de origem se reestruturava: foram criados os CAPS, o Ambulatório de Saúde Mental

e 16 UBS. Edita foi então desligada do NIAB e reencaminhada para lá. Ainda era lembrada por alguns profissionais da saúde como sendo um caso complicado de anorexia. Na volta, ela começou a ser acompanhada, simultaneamente, no CAPS e no Ambulatório de Saúde Mental.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE-23492213.1.0000), feito em um Município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Entre junho e dezembro de 2014, nos locais de trabalho dos participantes, foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e minuciosamente transcritas. A escolha dos entrevistados foi intencional: todos sabiam falar algo sobre anorexia nervosa. Entre eles, selecionamos, para este estudo, os dez que interagiram com Edita e a mencionaram ao explicar esse tipo de quadro: 1 auxiliar de enfermagem, 2 enfermeiras, 1 enfermeiro, 2 psicólogas, 3 psiquiatras e 1 terapeuta ocupacional. Todos serão nomeados apenas por suas profissões, a fim de resguardar suas identidades.

Fizemos leituras seguidas das entrevistas. Chamou-nos a atenção a raridade de menções a falas diretas da paciente e a enunciação contínua do sofrimento dos próprios profissionais ligados ao caso. Eles não se mostraram objetivos. Para não cairmos na mesma falta, decidimos analisar suas falas recorrendo à análise do discurso, de inspiração especialmente pechêutiana (Lima, 1990, 2003; Maingueneau, 2000), e a dispositivos da Linguística, especificamente a anáforas e a predicções.

Segundo Maingueneau (2000), “O termo anáfora designa a retomada de um segmento por um outro situado depois (Paulo é gentil; ele me ajudou)” (p. 51). Ao localizar as anáforas, recuperamos “Edita” como sujeito da fala dos profissionais em todas as entrevistas. A título de exemplo do procedimento adotado, apresentamos um segmento de entrevista com as anáforas grifadas e as orações geradas nas quais o sujeito é Edita, seguido da predicção a ela atribuída:

Segmento de discurso:

Nesse período, ela só veio à Unidade Básica uma vez. E [ela] só tem uma consulta. E mesmo assim, ela veio por orientação, porque as meninas solicitaram uma avaliação nutricional. O psiquiatra pediu pra ela passar. Aí, eu fiz a consulta com ela, expliquei mais ou menos. Mas é muito difícil, porque ela tem um problema familiar muito grande.

Enunciados gerados:

Edita só veio à Unidade Básica uma vez. Edita só tem uma consulta. Edita veio por orientação, porque as meninas solicitaram uma avaliação nutricional. Edita veio a pedido do psiquiatra. Edita fez uma consulta comigo. Edita tem um problema familiar muito grande.

Os resultados decorrentes desse procedimento mostraram claramente como Edita foi predicada (Searle, 1981) pelos profissionais que a acompanharam, ou seja, como eles construíram, discursiva e coletivamente, um diagnóstico de anorexia. Todos os enunciados apresentados nas análises foram gerados com o uso das anáforas. Foi mantida a sequência de fala de cada uma das dez entrevistas. Para gerar um texto fluido, de fácil leitura, acoplamos enunciados, decidimos parágrafos, pontuamos e, algumas vezes, deixamos o sujeito da oração (sempre Edita ou ela) implícito.

Neste artigo, porém, dadas as normas editoriais relativas ao número máximo de páginas, foi necessário reduzir a quantidade de enunciados apresentados, o que foi feito, mantendo-se automaticamente dois parágrafos e cortando três, sempre conservando a sequência das falas. Como esse procedimento não foi suficiente, cortamos mais dois a cada três parágrafos. Foi conservada, assim, a lógica narrativa própria de cada entrevistado e a proporção de suas falas. Quando necessário à compreensão, colocamos entre colchetes extratos do discurso dos entrevistados que não são predicções.

3. RESULTADOS DAS ANÁLISES

3.1. A auxiliar de enfermagem do PSF fala sobre Edita

Edita é uma paciente muito bonita. Ela era obesa. Com o passar do tempo, descobriu o Dr. Y, ginecologista, que passou a receitar pra ela o Hipofagim para emagrecer. Ela começou a tomar o medicamento, a ser alimentada pelo médico com receitas, a descoordenar a quantidade. Começou a ter visões, ver bichos subindo pelas paredes, ouvia pessoas falando no ouvido dela, pessoas caminhando, seguindo ela, foi ficando cada dia pior. Aumentou a dose do medicamento, veio a emagrecer até não poder mais. Chegou a um ponto que o medicamento não fazia mais efeito.

Edita enfiava o dedo na garganta e jogava pra fora tudo o que comia. Foi reduzindo, parou de alimentar, chegou ao ponto extremo. Começou tratamento psiquiátrico, Policlínica, Hospital das Clínicas, colocou a sonda pra colocar alimentação. Edita estava internada, chegou a 33 quilos. Internada, ela ganhava uns quilinhos, porque lá não tinha como ela usar os truques dela. Em casa, era obrigada pela família a injetar o alimento que vinha balanceado, tudo bonitinho, pela nutricionista da sonda.

Edita era 135 quilos, sem gravidez! Chegava, nas gravidezes, até quase 150 quilos. Depois que teve as três filhas, foi ligada, continuou engordando, e isso começou a incomodar ela. Estava gorda demais. Aí, o que procurou? Procurou um tratamento para emagrecer, pois

este era livre. Ela encontrou um médico que alimentou esse quadro nela. Recebia três caixas de remédio [do médico], tomava em duas semanas, e voltava lá e pegava outra receita.

Edita transformou-se em um problema mental. Hoje, ela já não é mais só uma anoréxica, não. Ela tem, transformou-se em um problema mental! Se ela subir na balança e o ponteiro mexer, ela já engordou demais e ela precisa emagrecer! Ela tem NECESSIDADE de emagrecer. Quando ela é internada ou fazem qualquer coisa, ela volta desesperada, transtornada. Ela PRECISA emagrecer!

Edita foi cortada do bolsa-família. Ela tem um marido que ganha bem. Embora ela esteja na situação que está, ela não precisa do bolsa-família. Ela tem essa obsessão de . . . “Eu tenho que tá magra, que eu tenho que emagrecer”. Ela está gravemente com a saúde mental afetada. Realmente, está gravemente doente mental.

3.2. A psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental discorre sobre Edita ontem e hoje

Edita tinha todos os seus ingredientes humanos de tempo, de espaço, de organização, de família, sociabilidade, tudo muito tranquilo . . . Ela tinha uma afinidade grande demais com o pai, era a menina do pai, era adorada pelo pai. Ela era menina, companheira do pai. Era festeira, ia para as festas junto com o pai. Ela tinha uma mãe que nunca apareceu muito nas histórias. Edita narra uma cena muito paradigmática: ela tinha uns cabelos compridos, quando pequena. Ela deixava só o pai pentear, porque o pai era muito cuidadoso, não doía.

Ela está com 40 e poucos anos: não pegou [a época] do padrão cultural de magreza que é pior agora. Ela apresenta sintomas parecendo com alguma coisa histórica, tinha dificuldade de engolir, dificuldade de mastigar alguma coisa. Ela começou a se alimentar só de sopa, se sentir mal. Não conseguia o corpo [magro desejado] e não aceitava comer.

Ela não menstruava mais, tinha sangramento na gengiva . . . Edita era uma mulher que não conseguia comer. Era uma moça que estava com dificuldade de comer. Foi encaminhada por um nutricionista, lá do Biocor. Ela ia: mandava, ela vai! Manda, e ela vai! Ela foi, mas não tinha demanda! Ela disse: “Me mandaram aqui porque eu tenho um negócio difícil de engolir, não consigo engolir, eu só tomo caldo, sopa, suco, vitamina . . .”. Ela não tinha demanda, que era da irmã, do marido, do contexto do bairro em que ela morava, até dentro da Policlínica, quando o povo começou a ver a magreza dela, dos médicos.

Ela ficou irritada com os passarinhos do marido. Deu um remédio desses, tipo Diazepam, e os passarinhos morreram todos. Ela falou “Eu fiz!”. Fez ruga na testa: “Eu fiz porque esses bichos estavam me irritando, aquela barulhada, aquela coisa, eu não estava aguentando, eu dei os remédios para eles ficarem calmos!”. Só que ela carregou a mão, e os bichos morreram. Ela falou: “Ah não, não vou não!” [deixar o marido ser preso pela morte dos pássaros]. “Eu sou doída! Eu vou lá na delegacia falar que fui eu!” Edita começou a consultar com o psiquiatra. “Ah não, não vou não [deixar ele ser preso]! Eu sou doída! Eu vou lá na delegacia falar que fui eu!”

Ela ia nos clínicos, no ginecologista, e eles davam os remédios que ela queria. [No hospital,] ela desligava a máquina. Administrativamente, ela teve uma alta. Ela deixou

claro: “Vou desligar!” [as máquinas de alimentação do hospital]. Ela driblava as normas do hospital de forma sutil, sem brigar. Ela fingia que não era com ela. Fingia, não. Ela não tinha essa crítica.

Ela foi para o NIAB. [Lá] ela tinha um grupo de trabalho, ela poderia falar, tentar se inscrever. Ela já estava inscrita, mas naquele corpo mortífero. Ela era tratada [no ambulatório] como [um caso de] neurose, porque tinha essa coisa do choro em relação à demanda. Edita chegava narrando “É, outro dia, o ônibus parou e perguntou ‘Por que você está com essa tromba?’ ‘Eu me sinto um elefante!’ ‘Isso aqui parece uma tromba.’” Ela falou: “Ah, não sei, não. Vou tirar isso!”.

Edita retornou, e a gente já tinha um serviço mais estruturado. Ela [deveria ser atendida] por alguém disponível para lidar com a morte. Ela [foi o caso que me fez] retornar para a análise. Ela, um dia, falou que queria que eu a atendesse. “Será que [ela] deu uma esfriada nessa morte?” Ela tem uma angústia mortífera. Ela não expressa na fala, ela não consegue. Se ela conseguisse, através da fala, dar vida a isso, a coisa poderia ser diferente. Ela gera atendimentos secos, desafia você a aceitar que, às vezes, a pessoa quer morrer.

3.3. O enfermeiro do PSF conta o que sabe sobre Edita

Edita foi a única [paciente com sintomas de anorexia] com quem tive contato. Ela diz que não se alimenta, [mas] se alimenta e retira pela sonda. [Quando a conheci], ela estava fazendo acompanhamento com a terapeuta [da Unidade Básica de Saúde]. Ela estava indo embora de uma consulta, e uma auxiliar de enfermagem chamou ela até a minha sala. Ela estava emagrecendo muito. Conversou um pouco comigo. O caso dela foi apresentado pela terapeuta e foi relatado pela equipe do Hospital das Clínicas.

Edita teve um contato tranquilo comigo. Ela falou que estava tomando medicação para emagrecer mais ainda. Ela estava tomando medicação que não havia sido prescrita por nenhum médico. Ela foi orientada por mim a não fazer uso dos chás que estava usando e a não tomar medicação sem prescrição de um médico. Ela foi bem tranquila comigo. Ela se mostrava aberta, escutou, parecia seguir as orientações.

Edita nunca veio à nutricionista [da UBS]. Ela parou o acompanhamento com a terapeuta. Teve sua medicação entregue [pela equipe da UBS] durante um tempo. Ela tem filhas que também parecem que não estão empenhadas em ajudar a mãe. Tem uma família que não consegue ver o problema dela como uma doença mesmo. Ela não é vista pela família como uma paciente doente.

Ela era mais conhecida como “Edita da sonda”. Era dita pelas pessoas, como “Edita da sonda”. Ela teve seu caso lido por mim. Fazia uso de algumas medicações. É um caso em que já se tentou de tudo, até internação. Ela, na época, não quis ir [para a internação]. Ela não foi compelida pela família até o local da internação para ver se conseguia uma abordagem melhor. Ela vinha muito aqui para olhar a sonda e, também, para olhar a questão da bolsa-família. Edita recebia bolsa-família. Ela ainda recebe, acredito.

3.4. A enfermeira do PSF fala sobre o passado de Edita

Edita é uma paciente extremamente magra que, ainda assim, se vê gorda. Ela tem esse problema com a gordura dela e com a dos outros. Vê a gordura de uma forma extremamente negativa. Ela teve um episódio: foi passar na roleta do ônibus e agarrou. Para ser tirada da roleta, ficou no ônibus, que teve que se desviar do percurso e ir até o ponto final. Ela, literalmente, agarrou na roleta. Depois disso, começou com esse distúrbio. Ela era obesa. Ela tem filhas sobrepeso. A partir daí, ela começou com esse distúrbio, de não comer nada, de burlar as dietas, uso indiscriminado de laxantes. Ela é anoréxica por causa de um trauma.

Edita já era magérrima quando eu cheguei no posto. Ela tinha 40, 45 anos na época em que eu a conheci. Ela [teve esse trauma] cinco anos antes, mais ou menos. Ela tornou-se anoréxica a partir dos 35 anos.

Edita descrevia as filhas [como] muito mais gordas do que realmente eram, como “aquelas jamantas” que iriam explodir. Ela se referia às filhas como se elas estivessem no extremo da obesidade, o que não era o caso.

Ela era um caso extremamente preocupante para a médica também. Edita perdeu o contato com a equipe médica, não tinha mais tanto vínculo com os médicos da unidade. Ela era um caso preocupante para a médica. Edita não colabora nem participa do próprio tratamento. Ela e as filhas eram obrigadas a pesar quando estavam no programa bolsa-família. Se tiver sido cortado a bolsa-família dela, ela não tem motivo nenhum para ir lá [à unidade de saúde] mais.

3.5. Relato de um dos psiquiatras a respeito de Edita

Edita é o caso transtorno alimentar mais desafiador que eu já conduzi. O caso dela é conduzido por uma equipe de profissionais que tem uma dúvida em relação ao diagnóstico. Ela tem os sintomas alimentares, não resta dúvida. Tem sintomas de natureza crônica. Tem um quadro singular. Tem um quadro de uma riqueza de manifestação psicopatológica que transcende o sintoma alimentar. Ela tem um quadro que gera enorme dificuldade de condução do caso. Tem sintomas alimentares que permeiam a existência de toda a família. Tem sintomas alimentares que estão no núcleo da dinâmica familiar.

Edita é um caso de prognóstico grave. Ela é um caso em que uma série imensa de abordagens psicoterapêuticas, psicofarmacológicas já foram tentadas, sem o resultado esperado. Ela pode ter um desfecho clínico ou psiquiátrico muito negativo. Tem um quadro que impõe dificuldades. É um caso que você vai conduzir tentando construir as saídas possíveis.

Edita, no momento da internação, ficou de uma maneira, digamos assim, inesperada, envolvendo familiares. Ela já teve sua transferência do ambulatório para o CAPS discutida em vários momentos. Ela não tem um caso que configure uma crise emergencial. Ela teve seu caso acompanhado por referência técnica, no CAPS, durante algum tempo. Ela conseguiu

foi a troca dessa sonda no Hospital das Clínicas. [Ela] fez um tratamento um tempo atrás [no Hospital das Clínicas]. Foi estimulada por nós a continuar o acompanhamento nutricional aí. Ela não mais seguiu o acompanhamento com a equipe de nutrição do Hospital das Clínicas, e isso foi perdido.

3.6. A médica do PSF narra o que sabe sobre Edita

Edita só veio à Unidade Básica [de saúde] uma vez [nos últimos três anos]. Ela só tem uma consulta. Veio por orientação porque as meninas solicitaram uma avaliação nutricional. Ela tem um problema familiar muito grande.

Edita é uma paciente que eu praticamente posso dizer que eu não conheço. Ela nem retornou pra apresentar . . . exames. Ela [foi objeto de reuniões] com a psiquiatria do ambulatório, com o psiquiatra de lá, que estava conduzindo o caso. Ela mesmo.

Ela tem que chegar à unidade para um atestado de saúde. Ela realmente não vem! Ela, infelizmente, não cria vínculo. É um caso que se tenta discutir. Ela é o primeiro distúrbio alimentar que a gente vê aqui na unidade. Edita não faz vínculo. Ela tem uma família com pouco envolvimento, que não se mobiliza. Ela veio sozinha na consulta.

3.7. Psiquiatra discorre sobre a volta de Edita ao Município, depois do período no NIAB

No retorno do NIAB, Edita foi atendida por mim. Ela está voltando! Ela mobilizava o povo para recebê-la. Ela é um problema muito sério, é um problema que eu não tinha como dar a assistência que eu gostaria, com os recursos que eu tinha. Edita é paciente para o CAPS? É paciente para ser mandada para o CAPS II? Pode ser incluída no hospital de alguma forma?

Ela é um problema muito sério. Edita [pode ser vista] como alguma coisa mais próxima de um quadro psicótico. Ela distorce a imagem corporal, distorce as vivências do próprio eu, distorce vivências da própria corporalidade.

Edita estava voltando. Ela está chegando. Ela chegou . . . na rede [do Município] que ainda hoje eu não sei se está estruturada para recebê-la. Ela é uma pessoa que precisaria de uma atenção mais próxima. Ela precisaria de contatos mais próximos com a equipe. Ela é um tratamento muito difícil de ser conduzido. Demanda muito.

3.8. A psicóloga do CAPS fala sobre o tempo em que acompanhou o caso

Edita é uma paciente questionável. Ela tem um diagnóstico de psicose. Não tem uma anorexia clássica, como seria a das adolescentes, daquele período da puberdade. Edita traria um desafio para o atendimento em consultório, pois necessita de um contato entre os profissionais que a atendem.

Ela já vinha com um diagnóstico fechado, de uma psicose. Ela tinha muita coisa

sobre a histeria. [Apresentava] as atuações direcionadas para mim, as atuações na casa . . . Ela tem uma demanda de amor aí. [Ela não tem um] diagnóstico fechado!

Edita me causou, em certo momento, uma frustração, porque as intervenções que eu fazia, eu percebia que não tinham ressonância. Ela me dizia “olha, eu não pensei sobre isso!”, mas é muito raso! Ela pode até não ter pensado, mas isso não tem o menor efeito! Ela não vai pensar. Ela me traz, realmente, as coisas do presente. Edita dizia, o tempo todo, que se olhava no espelho e se imaginava imensa, gorda. Ela tem muita coisa da anorexia.

Edita passou esse período aqui no CAPS, que foi válido. Ela ter vindo foi válido. Se ela não tivesse vindo, a dúvida estaria presente. Se ela não tivesse vindo, talvez, estaria até dificultando a relação entre os profissionais [no ambulatório]. Ela ter vindo foi ótimo. Ela ter retornado [ao ambulatório] foi tranquilo.

3.9. O que fala o psiquiatra do ambulatório de Saúde Mental

Edita foi atendida por mim durante pouco tempo, no ambulatório. Ela é um caso que já tinha sido muito trabalhado. Era caso que já estava muito mexido, era um pouco mais possível pesquisar outras coisas, outras etiologias, sair desse assunto monotônico que é o quanto que você comeu, o quanto você deixou de comer, o quanto você ganhou de peso . . ., fazer o paciente deslocar disso.

Edita [me fez enfrentar] uma questão de “Não, a gente tem que fazer alguma coisa!”. Ela [dificulta] que outras coisas passem nessa história. Ela tem que comer! Se ela vai mastigar e engolir ou se vai passar por uma sonda, [não importa], ela tem que comer! Ela tem que comer! Se ela não está comendo em casa, vamos internar! Ela não come, então a solução [prática] é só comer.

Edita [não] trazia um sofrimento psíquico intenso. Ela tinha [o ambulatório] como referência. Trazia questões que não tinham a ver com alimentação. Tinha relação com o marido. Ela tinha relação com a feminilidade, ela tinha relação com as relações sexuais, tinha relação com as filhas.

Edita tem outras questões a serem trabalhadas. Ela está estável desse jeito, nessas questões de alimentação. Ela começava a trazer outras questões. Tinha uma posição de mulher com o marido. Ela falava se tinha tido relação [sexual], [ou] se não tinha. Ela falava do medo que tinha [da relação sexual], porque o marido era um homem grande, obeso. Ela tinha medo do peso do marido em cima dela. Ela falava se teve relação [sexual] ou não teve . . . Ela trazia [a realização da relação sexual] como uma vitória. Ela falava: “Olha, rolou! Eu tive uma relação com ele!”. Ela demonstrava mais afeto com isso [quando se referia a essas questões sexuais].

Ela é um caso grave? Ela é um caso [que me fez pensar, se] eu não estudo o suficiente, de eu acho que devia estudar mais . . . Ela é um caso que já tinha sido estudado, já tinha artigo publicado. Ela não havia desestabilizado. Edita é um caso que desafia quem está atendendo a se desangustiar. Ela é um caso que desafia quem está atendendo saber que há alguma coisa que é o possível para ela. Ela dá conta de algo. Ela toca vários pontos que são clássicos. Ela toca a questão da aparência física. Ela toca a questão do suicídio.

3.10. Terapeuta ocupacional, gerente do ambulatório de Saúde Mental, fala sobre Edita

Edita tem coisas que são características de seu caso. Ela tem um transtorno. Não quer só ser magra. Ela é um caso que envolve outras coisas para além do próprio desejo dela. Para a família, às vezes, ela faz aquilo porque ela não quer melhorar, ela não quer modificar isso. Ela não consegue comer, não quer comer, quer comer e vomitar.

Ela tem dificuldade de se perceber doente. Demora a identificar que tem alguma coisa errada realmente. Edita tem que identificar que tem alguma coisa errada realmente, pra fazer algum esforço pra sair dessa situação. Ela tem outro transtorno associado, uma psicose, alguma outra coisa, ela não consegue fazer a crítica em relação especificamente ao transtorno alimentar. Ela tem uma imagem dela distorcida. Não vê que aquilo ali está sendo um adoecimento pra ela. Ela realmente se enxerga gorda. Não percebe [que distorce a imagem de si própria]. Não tem realmente esse olhar. Como se fosse um delírio, uma alucinação mesmo, ela não se vê, não se vê! Ela dificilmente entende que está com essa autoimagem completamente distorcida.

Edita está viva. Está cadavérica. Está vivendo com pouquíssima ingestão. Ela não passa por uma internação clínica. Ela interna, vamos supor que internasse. Ela ganha peso, através de uma alimentação parenteral. Ela pode ter uma maior estabilidade clínica, aí ela não vai ficar internada *ad eternum*, né? Ela, uma hora, vai sair. Edita é uma paciente que não tem crítica sobre seu adoecimento. Ela é uma paciente pra qual se suspeita de uma psicose, né? Ela não tem esse *insight* todo. Vai continuar sem comer. Vai sair da internação e vai voltar. Até que ela vá embora, faleça, o ciclo vai se repetir, o tempo inteiro.

4. ENTRE OS FUIROS DO SISTEMA: O QUE SE DEDUZ DAS ANÁLISES DOS RELATOS DOS PROFISSIONAIS

Ao longo de cerca de 30 anos, os profissionais de saúde do Município consolidaram uma narrativa cuja protagonista é Edita. Ela havia sido uma mulher obesa, bonita e feliz. Um dia, ficara presa na roleta de um ônibus, acontecimento inaugural que, juntamente com a pressão social em relação à sua obesidade, fez com que ela se decidisse a emagrecer. Para isso, buscou receitas de remédios. Passou a burlar as prescrições, não seguia as recomendações, fazia o que queria.

Frustração, raiva e indignação foram os afetos mais comuns que ela gerou entre os profissionais que pareceram, finalmente, desistir de acompanhá-la. Já magra, alguém (personagem indefinido, silenciado) colocou-lhe uma sonda, a fim de controlar sua alimentação. Edita não mais ficaria sem a sonda, ainda que não tivesse qualquer indicação clínica para tal. Ela comia escondido, tornou-se “rasa”, talvez fosse uma falsa que tentava iludir os outros. Negava, voluntariamente, qualquer traço de feminilidade: não usava adornos, não conseguia varrer a casa, cuidar das filhas, nem mesmo se deitar com o marido. Os profissionais não

entendiam como ela estava viva até então. Uma verdadeira morta-viva! Mas estava bem assim.

Como explicar a persistente magreza gritante de Edita, sua história de vida e sua obstinação em se manter abaixo de um peso ideal? Sua história construída discursivamente foi contada, recontada e compartilhada entre os profissionais, perplexos e impotentes diante do caso. Coincidentemente, os relatos foram tecidos de forma a concordarem com a narrativa clássica da anorexia estabelecida no campo médico-psiquiátrico por Willian Gull e Charles Lasègue. Esses dois médicos que, no século XIX, disputaram a “descoberta” da anorexia, associaram-na rapidamente a um estado de perturbação mental relacionado à ideia, sustentada pelo discurso científico da época, de que a mulher era portadora de uma natureza irracional que a predispunha a toda sorte de loucura. Desde então, a aliança entre loucura, feminilidade e anorexia está presente em uma narrativa que pouco se deslocou ao longo do tempo (Hepworth, 1999).

Lasègue (1873/1998) descreveu com precisão a evolução do quadro: uma mulher jovem experimentava uma emoção, confessa ou dissimulada, que a levava restringir a alimentação. Inicialmente, com uma postura de docilidade e entusiasmo, ela justificava a restrição por dores ou dificuldade de deglutição. Aos poucos, desenvolvia uma obstinação irreduzível que caracterizava o estado de “perversão mental”. Nesse momento, ainda que as pessoas ao seu redor ficassem extremamente angustiadas diante de sua magreza, ela permanecia com uma postura de “quietude”, “quase um contentamento verdadeiramente patológico” (p. 165), que lembrava a postura dos alienados mentais. Não adiantava insistir ou prometer a cura: “O excesso de insistência evoca um excesso de resistência” (p. 164). Os sintomas de desnutrição ficavam mais visíveis, aumentando, paulatinamente, o desespero dos amigos e familiares.

Embora Lasègue não acreditasse na possibilidade de cura, ele ressaltava que, naquele momento, diante da tristeza que a rodeava, a mulher poderia, por ela mesma, buscar alguma melhora, mesmo que “dissimulada”. Essa discreta mudança subjetiva poderia, finalmente, permitir alguma atuação do médico pela via do “tratamento moral”. Esse tipo de abordagem, defendida tanto por Gull quanto por Lasègue, consistia basicamente em afastar a mulher da família e persuadi-la a comer (Hepworth, 1999).

Essa descrição foi, posteriormente, arrematada por Jean Martin Charcot, que detectou um elemento psicopatológico fundamental para o estabelecimento do quadro: a ideia fixa de obesidade (Cordás & Claudino, 2002). A partir daí, a distorção da imagem corporal se tornou o aspecto central da narrativa sobre o que seria “verdadeiramente” uma anorexia. Mesmo com um intenso debate a

respeito de sua etiologia (Costa-Val et al., 2019), a sistematização psicopatológica do quadro pouco mudou desde então.

De fato, se examinamos manuais contemporâneos médico-psiquiátricos, percebemos que os critérios estabelecidos para o diagnóstico se assemelham à caracterização cunhada por Gull e Lasègue. As descrições desses manuais, no entanto, são mais objetivas, marcadas por uma linguagem científica aparentemente neutra e sem qualquer agenda ideológica. Essa perspectiva, na verdade, ao aproximar a objetividade do diagnóstico psiquiátrico da objetividade do substrato físico das doenças orgânicas, adota claramente uma teoria fisicalista do sofrimento psíquico, trazendo de volta a Psiquiatria para o seio da Medicina. Trata-se de uma proposta que se integra à lógica da racionalidade médica atual, para a qual as leis universais são mais importantes que singularidades, sujeitos e contextos sócio-históricos (Russo, 2017). Na prática, no entanto, casos reais como o de Edita revelam as limitações desse tipo de discurso no campo da Saúde Mental.

A despeito do estranhamento que essa mulher causava, não tardou para que a equipe se autorizasse a predicá-la como uma “anoréxica”. Ainda que o diagnóstico tivesse sido mantido inconcluso, pouco nomeado, citado diretamente apenas quatro vezes pela equipe (acrescido 2 vezes pelo diagnóstico de histeria, 1 vez pelo de perversão e 4 vezes pelo de psicose), não resta dúvida que ele serviu como norteamento para a condução do caso. Não por acaso, Edita foi sempre lembrada pelos profissionais quando lhes perguntamos sobre anorexia nervosa. Para muitos, aquela mulher encarnava a complexidade desse tipo de quadro que, por não encontrar suporte em um substrato orgânico concreto ou em uma terapêutica bem definida, tornava-se enigmático e, por vezes, ilegítimo. O sofrimento de Edita, contudo, era real e, para ganhar alguma inteligibilidade e ser abordado no campo da saúde, acabava sendo diagnosticado (Hacking, 2013) por um saber que não recobria por completo as singularidades do sujeito.

Tendo em vista que a lógica desse tipo de nomeação se sustentava em uma leitura focada no indivíduo, distanciada de aspectos sociais, históricos e psíquicos, a abordagem era muito próxima daquela preconizada por Gull e Lasègue: o “tratamento moral”. Ou seja, um tratamento de cunho pedagógico que visava a ensinar como o sujeito devia se comportar (Hepworth, 1999). Nesse momento, já não importava mais se Edita era louca, anoréxica ou um pouco das duas coisas: “Ela tem que comer!”. Seu corpo devia ser docilizado a qualquer custo para que ela voltasse a ser a mulher “gorda, bonita e feliz” que era antes de desenvolver aquele quadro.

A conexão da questão objetiva do corpo e do ato de comer a elementos mais fluidos, como “beleza” e “felicidade”, reflete uma tendência da psiquiatria

contemporânea de acionar certos valores e afetos nas descrições de seus quadros e de suas propostas terapêuticas. É o caso, por exemplo, das propagandas da indústria farmacêutica que, apesar de sustentarem suas intervenções a partir do apelo organicista dos neurotransmissores, mobilizam categorias morais que cativam seus consumidores (Azize & Gama, 2019).

Edita, por sua vez, não se deixava capturar por aquela malha discursiva, subvertendo qualquer ideal de saúde, felicidade, beleza ou feminilidade e provocando cansaço, frustração e raiva nos profissionais de saúde. Ao terem a racionalidade biomédica que amparava suas práticas questionada e desafiada, muitos acabavam desistindo do caso. Nesse momento, a construção de explicações permeadas por julgamentos de valor, que interligavam dieta, saúde e conduta social ou moral (Azize & Gama, 2019), foi algo patente: “Ela finge que não come”, “Ela engana todo mundo”, “Ela come e tira pela sonda”. Tais falas, no entanto, não são suficientes para diminuir a perplexidade dos trabalhadores: como Edita está viva? Como aquela mulher, com um corpo cadavérico, não tem quaisquer alterações nos exames laboratoriais? Caber-nos-ia perguntar, finalmente, quem seria o morto-vivo desta história.

Edita, de fato, ao subverter as normas e os protocolos, parecia mais viva que os profissionais, encerrados em rotinas, práticas e racionalidades que não comportavam a “verdadeira vida”, ou seja, aquilo que aparecia inesperadamente às margens do sistema preestabelecido do saber médico-psiquiátrico contemporâneo. Rancière (2018) esclarece esse ponto ao afirmar que a “verdadeira vida” é “Uma vida que, precisamente, não tem margem, contrariando assim o princípio aristotélico de toda ficção: o de ter começo, meio e fim e dirigir-se do primeiro ao último elemento por um encadeamento combinado de causas e efeitos” (p. 80). Há, nesse sentido, algo de inefável no “viver verdadeiro” que deveria ser contemplado nas práticas em saúde, para estimular a capacidade de cada um inventar suas histórias e soluções para sustentar suas próprias existências.

Se, por um lado, as classificações são importantes para a constituição do saber médico-psiquiátrico, por outro, devemos ter em mente que os quadros psiquiátricos “não são categorias delimitadas, com condições internas necessárias e suficientes para seu diagnóstico” (Banzato & Zorzanelli, 2014, p. 109). Suas descrições, portanto, são sempre parciais e dependem da indissociável relação entre natureza e propósitos humanos (Hacking, 2013). A inexistência de um recorte psicopatológico verdadeiro ou definitivo impõe, nesse sentido, uma postura de abertura permanente na prática clínica, para que ocorra um verdadeiro encontro com as singularidades de cada caso.

Os entrevistados falaram muito sobre vínculo, relação e acolhimento. No entanto, essas menções se mostraram, na maioria das vezes, meramente retóricas,

distanciadas de um discurso que pudesse efetivamente sustentar ações. Sabemos que a ideia de vínculo se refere à construção de relações de afeto e confiança entre o sujeito e o profissional que viabiliza a corresponsabilidade, a continuidade e a longitudinalidade da assistência. O sujeito, assim, torna-se protagonista de seu próprio cuidado (Barbosa & Bosi, 2017). Seguindo essa perspectiva, como dizer que Edita “não cria vínculo” ou que “não colabora nem participa do próprio tratamento”, sendo que ela circulava incessantemente pelos equipamentos de saúde, mantendo uma relação com essas instituições havia mais de 30 anos? Ao que tudo indica, a dificuldade de se estabelecer uma ligação estava mais do lado dos profissionais do que do lado de Edita, que, ao desafiar a lógica biomédica prescritiva, acabou se tornando insuportável: “Ela começou a fugir de mim quando eu comecei a pegar demais no pé dela. Edita estava em uma situação que eu não aguentava mais ver”.

Ora, se a vida é justamente aquilo que acontece às margens, nos furos, é importante que os profissionais estejam dispostos a se aventurarem em um processo contínuo de invenção que, diferentemente da aplicação repetitiva de ideias e protocolos, possa sustentar algumas hiências de onde o sujeito e a vida possam emergir (e circular). Essa ideia pode, igualmente, ser aplicada na própria concepção de rede assistencial que, em vez de ser um sistema fechado, com soluções prontas, deveria se constituir a partir de buracos que comportassem as mais variadas formas de existência. Esse tipo de deslocamento nos parece menos mortífero para casos que, como Edita, nos ensinam que a essência da vida se encontra onde menos imaginamos.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM V*. (5a ed.). Artmed.
- Azize, R. L., & Gama, B. K. G. (2019). “Doenças da civilização: você pode curá-las?”: representações sobre cidade, natureza e saúde entre classes médias urbana. *Argumentos*, 16(21), 30-49.
- Banzato, C. E. M., & Zorzanelli, R. (2014). Superando a falsa dicotomia entre natureza e construção social: o caso dos transtornos mentais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(1), 100-113.
- Barbosa, M. I. S., & Bosi, M. L. M. (2017). Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis*, 27(4), 1003-1022.
- Carvalho, M. B., Val, A. C., Ribeiro, M. M. F., & Santos, L. G. (2016). Itinerários terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2463-2474.
- Cordás, T. A., & Claudino, A. M. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(Suppl. 3), 3-6.
- Costa-Val, A., Coelho, V. A. A., Machado, M. N. M., Campos, R. T. O., & Modena, C. M. (2019). Sobre anorexias e bulimias: concepções e suposições etiológicas na perspectiva dos profissionais de Saúde. *Interface*, 23, e170293.
- Hacking, I. (2013). Construindo tipos: o caso de abusos contra crianças. *Cadernos Pagu*, 40, 7-66.
- Hepworth, J. (1999). *The social construction of anorexia nervosa*. Sage.
- Lasègue, C. (1998). Da anorexia histórica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(3), 158-171. (Trabalho original publicado em 1873).
- Lima, M. E. A. T. (1990). *A construção discursiva do povo brasileiro do discurso de primeiro de maio de Getúlio Vargas*. Editora Unicamp.
- Lima, M. E. A. T. (2003). Análise do discurso e ou análise do conteúdo. *Psicologia em Revista*, 9(13), 76-88.
- Maingueneau, D. (2000). *Termos-chave da análise do discurso*. Editora UFMG.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. National Guideline Alliance.
- Rancièrè, J. (2018). O desmedido momento. *Serrote*, 28, 77-97.
- Russo, J. (2017). Do psíquico ao somático: notas sobre a reconfiguração do *self* contemporâneo. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 24(Suppl. 1), 157-169.
- Searle, J. R. (1981). *Os actos de fala: um ensaio de Filosofia da Linguagem*. Almedina.
- Watters, E. (2010). A americanização da doença mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 102-115.