

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Construindo cuidado: a relação com os profissionais da saúde nas práticas discursivas de
pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares

Laura Vilela e Souza

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das
exigências para a obtenção do título de Doutor em
Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2011

Capa: Murilo Moscheta

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE - NEPPS

Construindo cuidado: a relação com os profissionais da saúde nas práticas discursivas de
pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares

Laura Vilela e Souza

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das
exigências para a obtenção do título de Doutor em
Ciências, Área: Psicologia. Linha de pesquisa:
construção do enfrentamento no processo saúde-doença.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos
Co-orientadora: Profa. Dra. Sheila McNamee

RIBEIRÃO PRETO -SP

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Laura Vilela

Construindo cuidado: a relação com os profissionais da saúde nas práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares. Ribeirão Preto, 2011.

221 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Santos, Manoel Antônio.

Co-orientadora: McNamee, Sheila

1. Relações profissional-paciente. 2. Construcionismo social. 3. Anorexia Nervosa. 4. Bulimia.

SOUZA, Laura Vilela e

Construindo cuidado: a relação com os profissionais da saúde nas práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao GRATA por ter proporcionado meu crescimento profissional e pessoal e muitas amizades.

AGRADECIMENTOS

Fico feliz em reconhecer que muitas pessoas participaram da construção deste trabalho. Agradeço com imenso carinho:

Ao meu orientador Professor Manoel Antônio dos Santos por confiar em mim como pesquisadora, pela parceria nessa e em muitas outras conquistas, pelas portas abertas, pela aprendizagem oferecida, pela cuidadosa leitura desse trabalho e pelo apoio durante sua produção. Obrigada, Manoel, por permitir que, ao longo desses quatro anos, a feitura dessa tese pudesse dividir espaço com a busca de outros sonhos meus. Obrigada por tudo!

À Professora Sheila McNamee pela pessoa especial que é, por aceitar ser minha co-orientadora, por me receber em sua casa de forma tão acolhedora, pelo interesse sincero em ajudar sempre, pelas ótimas conversas e por colaborar de maneira profunda em meu desejo de ser uma pessoa melhor. *Thank you Sheila, for being this very special person. Thank you for being my advisor, for having me in your house, for helping me always in such a sincere way, for our great talks and for collaborating a lot in my desire to become a better person.*

A todos os participantes desse estudo pela disponibilidade.

Ao Professor José Ernesto dos Santos, que autorizou e apoiou essa pesquisa e que gentilmente se dispôs a participar da banca avaliadora desse trabalho.

À Professora Rosane Pilot Pessa Ribeiro pelo incentivo a esse trabalho e pelo modelo de seriedade profissional.

À professora Mary Jane Paris Spink, pelo aceite na participação da banca examinadora desta tese. E a todos do Núcleo de Estudo e Pesquisas em Práticas Discursivas e Produção de Sentidos da PUC-SP, pelas ricas trocas.

Agradeço à professora Marilene dos Santos Grandesso por ter aceitado participar do diálogo sobre esse trabalho.

Agradeço à professora e amiga Carla Guanaes Lorenzi pelas importantes contribuições oferecidas e pela disponibilidade para a conversa.

À professora Maria Aparecida Crepaldi, que sempre atendeu aos nossos pedidos de ajuda e colaboração.

Ao professor, amigo e colega de trabalho do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - NEPPS (USP-CNPq), Murilo Moscheta, cuja amizade me enriquece, encanta e diverte, por todas as opiniões trocadas, pela ajuda oferecida sempre, pela criatividade compartilhada e por alimentar meu desejo de muito mais. Em especial, obrigada pela linda capa desse trabalho!

Aos meus amigos construcionistas sociais, que me fazem sentir amparada e acompanhada em meus estudos: Clarissa Mendonça Corradi-Webster, Emerson Fernando Rasera, Celiane Camargo-Borges e Adriana Caldana.

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto pela possibilidade de minha formação profissional. Aos professores e funcionários dessa instituição pelo acolhimento, motivação e colaboração durante esse percurso.

À professora Eucia Beatriz Lopes Petean, coordenadora da Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP pelo apoio oferecido. Aos funcionários da Pós-Graduação, Denise, César, Maria Inês, Maria Fabiana e Jaqueline pela ajuda e disponibilidade. À Isilda pela ajuda. Às bibliotecárias Maria Cristina Manduca Ferreira e Márcia Regina da Silva.

À Universidade de New Hampshire (UNH) que me recebeu como aluna visitante. Aos professores da UNH que abriram suas salas de aula para minha participação. À Arlene Katz, pelas ótimas conversas e passeios por Boston. À Becky e família The Pines pelas minhas estadias em Durham. Ao Jack e Taylor pela companhia e acolhimento. À Mary e Ken Gergen pelas valiosas trocas na Filadélfia.

Às amigas Fabiana Elias Goulart de Andrade Moura e Paula Carolina Barboni Dantas do Nascimento pela amizade, apoio, motivação e inteligência.

À Érika Arantes de Oliveira pela ajuda na instrumentalização dessa pesquisa.

À Thais e Felícia pelo apoio e risos contagiantes. À Leila, Denise, Luciana, Guilherme, Rida, Marina, Chris, Tatiane, Carolina Gala e Carol pelo apoio.

Ao meu pai Ignácio E. Santos e Souza, à minha mãe Maria Andréia Rossi Vilela e Souza e à minha irmã, Paula Vilela e Souza, pela torcida constante e incondicional amor familiar. Chegar até aqui seria impossível sem vocês!

Ao Heitor Parenti Junior pelo apoio em toda essa jornada, pelo incentivo ao meu crescimento, por ser o melhor parceiro possível e pelo amor generoso. Amo você!

A todos meus familiares de Ouro Fino pelo carinho. À minha família estendida de Pouso Alegre pelo apoio e torcida motivadora.

Aos amigos companheiríssimos de jornada de trabalho e viagens que são minha família em Uberaba: Fabio Scorsolini-Comin (também parceiro de trabalho do NEPPS-USP-CNPq) e Karin Aparecida Casarini! Obrigada pela generosidade de sua amizade, pela compreensão em abundância, pelo acolhimento em todas as ocasiões, pela companhia no dia-a-dia e pelo apoio nos momentos finais de confecção desta tese.

À Fernanda Kimie Tavares Mishima por permanecer como um lugar seguro no qual eu possa encontrar uma amizade sincera.

À Carolina Brunelli Alvares da Silva, cuja ajuda foi fundamental nesse trabalho. Carol, obrigada de coração! À Raquel Paschoal Sampaio, por cuidar da minha casa em Ribeirão e pelo incentivo.

À Liana Papapietro Galvão Montemor pela amizade de sempre. À Cristiane Bueno e Berenice Moraes pelos laços que permanecem.

Aos meus queridos amigos Alessandra Ferrarezi Menegario, Gustavo Menegario e Marcel C. Nardelli pela amizade e por tornarem Poços de Caldas uma de minhas casas.

A todos os amigos de infância de Bebedouro que fazem parte de minha história.

Aos ex-colegas de trabalho da Fafibe, a seus diretores e coordenadores, à Débora Paro pelo especial carinho com que sempre ouviu e atendeu minhas necessidades, aos meus eternos alunos do curso de Psicologia dessa instituição que com saudade ficam guardados em meu coração. À Albinha, Fabiana, Ana Paula, Flúvia, Rô, Taís e Gabriela, minhas queridas ex-colegas de consultório de quem eu sinto tanta falta. Em especial, um enorme obrigada à Dani que cuidou de mim e de meus ex-pacientes com tanto cuidado e de quem sinto muita saudade. Aos meus ex-pacientes, com todo o carinho do mundo.

Aos meus colegas e ex-alunos de Taquaritinga, que me ajudaram no início de meu aprendizado como professora.

Aos novos colegas de trabalho de Uberaba pelas parcerias. Em especial, meu agradecimento à Cibele A. Chapadeiro de Castro Sales, Conceição Aparecida Serralha e Helena Ornellas S. Pereira que, como coordenadoras do curso de Psicologia em diferentes momentos, apoiaram meu crescimento profissional com a finalização dessa tese. Aos alunos da UFTM pelos momentos de aprendizado conjunto.

À Sabrina Martins Barroso, pela nova amizade, pela motivação e apoio.

Aos colegas do curso de Mediação de Conflitos do Conversações e, em especial, às professoras Marisa Japur, Cristina Ruffino e Édna Costa. Muito do que aprendi com vocês está presente nesse trabalho.

A todos da SPAGESP, ao pessoal do “grupo da Alice”, à Alice pela torcida empolgada, por acreditar em mim e por ter me ensinado muito.

À Suzy, pela importante participação na minha vida.

Ao Whisky e à Frida por valorizarem o cuidado que sou capaz de oferecer-lhes.

RESUMO

SOUZA, L. V. **Construindo cuidado:** a relação com os profissionais da saúde nas práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares. 2011. 221 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O objetivo geral deste trabalho foi compreender as práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com Anorexia Nervosa (AN) ou Bulimia Nervosa (BN) com relação a produção de sentidos sobre as relações profissional-paciente no âmbito do tratamento desses transtornos alimentares (TA), aqui considerados não como quadros diagnósticos, mas como construções sociais. Esse objetivo foi traçado no diálogo com a literatura científica na área que identifica poucos espaços de escuta dessas pessoas sobre o que elas consideram importante em suas relações com os profissionais de saúde, e no diálogo com as narrativas das participantes deste estudo que apontaram a boa qualidade do relacionamento profissional-paciente como importante na construção de um atendimento considerado satisfatório. De maneira específica, buscou-se compreender como o uso de diferentes repertórios interpretativos e discursos sociais participam da produção de sentidos sobre as relações profissional-paciente, além de investigar as implicações dos diferentes posicionamentos assumidos por ambos na coconstrução de descrições de si, direitos, deveres e lugares ocupados pelos pacientes na relação com os profissionais. Para tanto, foram entrevistadas 12 mulheres diagnosticadas com AN e BN atendidas por um serviço de assistência em TA. 5 dessas mulheres responderam de forma mais pessoal sobre o que é um relacionamento significativo com um profissional, oferecendo histórias de seus relacionamentos anteriores e atuais com os profissionais, narradas com riqueza de detalhes. Considerando-se a vasta quantidade de material a ser analisado, um recorte do material foi necessário e essa riqueza narrativa foi o critério utilizado para a seleção dessas 5 entrevistas para análise. O *corpus* de análise foi composto pelo recorte dos momentos das entrevistas nos quais o tema do relacionamento profissional-paciente estava presente. Assumindo-se uma perspectiva construcionista social sobre produção do conhecimento, utilizou-se, para a análise desse *corpus*, a Teoria relacional do sentido, a Teoria do posicionamento e a proposta teórico-metodológica das Práticas discursivas e produção de sentidos. A partir da análise desse material foi possível abordar: as implicações do uso do discurso biomédico, que entende a AN e BN como psicopatologias, para as construções de si das participantes deste estudo e para a construção de possibilidades e limites da sua participação nas decisões sobre o tratamento; o pedido das participantes para uma maior proximidade afetiva com o profissional; o lugar ocupado pelo psicólogo e pelos demais profissionais da equipe multidisciplinar frente a esse pedido; os efeitos dos repertórios interpretativos disponibilizados pela literatura da área sobre a dificuldade no relacionamento profissional-paciente para as práticas discursivas das participantes ao falarem de seus desentendimentos com os profissionais; e as implicações da eleição do tratamento hospitalar como *locus* privilegiado de cuidado dessas pessoas. Alguns aportes teóricos construcionistas sociais, como a responsabilidade relacional, o ser relacional, o diálogo transformador e a postura colaborativa foram ofertados para pensar cenários relacionais entre profissionais e pacientes que pudessem incluir: a noção de identidade como movimento e não como estabilidade; o entendimento dos sucessos e insucessos nesses relacionamentos como ações conjuntas; a defesa do paciente como agente coconstrutor de seu cuidado e a possibilidade de convivência de diferentes verdades em saúde.

1. Relações profissional-paciente. 2. Construcionismo social. 3. Anorexia Nervosa. 4. Bulimia.

ABSTRACT

SOUZA, L. V. **Constructing care:** relationships with health professionals in the discursive practices of people diagnosed with eating disorders. 221 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The general aim of this work was to understand the discursive practices of people diagnosed with Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN) in the meaning production about professional-patient relationships in the treatment of eating disorders. Eating disorders are understood here as social constructions. This objective was delineated in dialogue with the scientific literature in the field that identifies a lack of spaces to listen to these people as well as in dialogue with this study participants' narratives that associated meaningful assistance with the possibility of good quality in professional-patient relationship. Specifically, we aimed at understanding how the use of different interpretive repertoire and social discourses participate in the meaning production about the professional-patient relationship. We also tried to comprehend the implications of different positions assumed by both of them in the co-construction of self descriptions, rights, duties and places occupied by patients in their relations with professionals. In order to do that, 12 women diagnosed with AN and BN assisted by an eating disorder service were interviewed. 5 interviews were selected to be analysed considering its richness of narratives about professional-patient relationship. Interview excerpts in which the theme of professional-patient relationship was discussed were selected to compose the analysis corpus Assuming a social constructionist perspective about knowledge construction, the following theoretical and methodological resources were used: Relational Theory of Meaning, Positioning Theory and Discursive practices and production of meanings. The analysis highlighted: the implications of biomedical discourse use, in which AN and BN is understood as psychopathologies, to the self constructions of the participants of this study and to the construction of possibilities and limitations of their participation in the decisions about the treatment; the participants' request for closer and emotional relationship with professionals; the role of the psychologist and the rest of the multidisciplinary team to address this request; the effects of the use of the literature in the field that constructs the professional-patient relationships in terms of its difficulties in the discursive practice of the participants when they talked about their conflicts with professionals; and the implication of electing treatment as the privileged scenario of health care. Some social constructionist resources such as Relational Responsibility, Relational Being, Transformative Dialogue and Collaborative Partnership, were implemented to think about relational scenarios between professionals and patients that could include: the idea of identity as movement instead of stability; the understanding of the success and failure in these relationships as conjoint actions; the defense of the patient's protagonism in the construction of health; and the possibility of the coexistence of diverse realities.

1. Professional-patient relations. 2. Social constructionism. 3. Anorexia Nervosa. 4. Bulimia.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	21
1.1 <i>TRANSTORNOS ALIMENTARES</i> COMO CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS	23
1.2 CRÍTICA À DESCRIÇÃO DOS <i>TRANSTORNOS ALIMENTARES</i> COMO CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS: EM DEFESA DE OUTRAS VERSÕES POSSÍVEIS ...	29
1.3 RELAÇÕES PROFISSIONAL-PACIENTE NO CENÁRIO DOS <i>TRANSTORNOS ALIMENTARES</i>	33
2 OBJETIVOS	41
2.1 OBJETIVOS GERAIS	41
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
3 UMA INVESTIGAÇÃO CONSTRUCIONISTA SOCIAL.....	43
3.1 CIÊNCIA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL: A PERSPECTIVA DISCURSIVA ADOTADA NESTE ESTUDO	43
3.1.1 Construcionismo social.....	43
3.1.2 Funcionalidade e autoreflexividade em ciência	49
3.2 GRATA COMO CONTEXTO DE ESTUDO.....	54
3.3 CUIDADOS ÉTICOS.....	57
3.4 PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO.....	58
3.5 PERSPECTIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS ADOTADAS	60
3.5.1 Teoria relacional do sentido.....	61
3.5.2 Teoria do posicionamento	62
3.5.3 Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.....	64
3.6 CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO.....	66
3.6.1 Entrevista como espaço de produção de dados.....	66
3.6.2 Construção do <i>corpus</i> de análise	69
3.6.3 Análise como produção de sentidos	71
3.6.3.1 Linguagem utilizada na análise e recursos alternativos oferecidos.....	72
4 PRODUZINDO VERSÕES IDENTITÁRIAS: AS PARTICIPANTES DA PESQUISA	75
4.1 ESTEFÂNIA	76

4.2 NATÁSSIA.....	76
4.3 TALIA.....	77
4.4 CATARINA.....	78
4.5 ILDA.....	78
5 AS ENTREVISTAS REALIZADAS	81
5.1 ESTEFÂNIA.....	81
5.2 NATÁSSIA.....	84
5.3 TALIA.....	100
5.4 CATARINA.....	117
5.5 ILDA.....	128
6 AMPLIANDO A CONVERSA	145
6.1 RELACIONAMENTO PROFISSIONAL-PACIENTE E AS CONSTRUÇÕES IDENTITÁRIAS.....	145
6.1.1 <i>Psicopatologia e construção de si</i>	146
6.1.2 <i>O uso do diagnóstico pelos profissionais</i>	149
6.1.3 <i>Alternativas construcionistas sociais para as construções de si</i>	152
6.2 PROXIMIDADE AFETIVA COM O PROFISSIONAL	154
6.2.1 <i>O lugar do(a) psicólogo(a) no campo da construção da demanda por uma relação próxima com o profissional</i>	157
6.3 DECISÕES EM SAÚDE	160
6.3.1 <i>Construção de hierarquia entre profissional e paciente</i>	160
6.3.2 <i>Negociando verdades</i>	167
6.4 HOSPITAL COMO CENÁRIO DOS JOGOS DE POSICIONAMENTO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE.....	171
6.4.1 <i>Medicalização do cotidiano</i>	171
6.4.2 <i>Tratamento como coconstrução</i>	174
6.5 CONCLUSÃO TEMPORÁRIA DA CONVERSA.....	178
7 REFERÊNCIAS	181
APÊNDICES	197
ANEXOS.....	221

APRESENTAÇÃO

Algumas histórias podem ser contadas com relação ao que motivou essa pesquisa acontecer. Por cinco anos, trabalhei como psicóloga voluntária do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Esse Serviço oferece tratamento às pessoas diagnosticadas com Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN)¹. No GRATA, iniciei como observadora do grupo de apoio aos familiares e cuidadores das pessoas diagnosticadas com Transtornos Alimentares (TA) e, posteriormente, coordenei esse grupo por quatro anos. Desde minha entrada no Serviço, senti-me acolhida pela equipe e tive espaço para ser atuante com relação às decisões sobre o trabalho lá exercido. Com os profissionais do GRATA, tenho um relacionamento de muito afeto, e muitos deles se tornaram meus amigos, pessoas de quem me sinto próxima e que participaram de momentos importantes da minha vida.

Desse relacionamento com o GRATA, nasceu meu desejo de estudar se nossa equipe estava oferecendo uma ajuda efetiva para as pessoas atendidas no Serviço, e de entender se, nas diferentes transformações do Serviço ao longo do tempo, estávamos atendendo à demanda pelo cuidado dessas pessoas.

Outra forma de contar sobre a origem desse estudo pode ser narrando sobre minha experiência de mestrado, quando estudei os sentidos produzidos pelos familiares sobre e no grupo de apoio do qual participam. Nessa ocasião, o convite feito pelo professor Manoel, de que eu observasse esse grupo para pensar possíveis temas de pesquisa, levou ao meu apaixonamento pelo grupo, por sua forma de coordenação e pelo GRATA. Assim, desde o início de minha entrada na equipe, coloco-me como psicóloga, mas também como pesquisadora, como alguém que trabalha no GRATA e estuda o GRATA ao mesmo tempo; alguém que se posiciona de maneira crítica para a compreensão de como as diferentes formas de atendimento no Serviço se estruturam, quais teorias as sustentam, quais os potenciais e limites dessas intervenções.

Desse relacionamento com o GRATA, nasceu a vontade de dedicar um estudo de doutorado para responder à pergunta: O que pode ser considerado útil na relação dos profissionais com as pessoas atendidas pelo Serviço?

¹ Ao longo do texto utilizaremos apenas as iniciais AN e BN para nos referirmos à Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, respectivamente. E utilizaremos TA como inicial para Transtornos Alimentares.

Uma terceira forma de relatar o nascimento dessa pesquisa pode ser contando como começou meu interesse pela perspectiva construcionista social. Aqui cabem várias histórias, uma delas é sobre meu contato com a professora Sheila McNamee. Meses antes de iniciar o mestrado, em 2004, e novamente por incentivo do professor Manoel, participei como aluna especial de uma disciplina da Pós-Graduação com a professora convidada, Dra. Sheila McNamee, da Universidade de New Hampshire (UNH), Estados Unidos. Nessa disciplina, encantei-me com as ideias apresentadas e em Janeiro de 2007, tendo já terminado o mestrado e meses antes de entrar no doutorado, Sheila me recebeu em sua Universidade e País, oferecendo ricos espaços de aprendizado e orientação para essa pesquisa.

Desse relacionamento, pude ganhar confiança como pesquisadora, interesse em aprofundar o estudo da construção social e admiração por Sheila como pessoa e profissional.

A origem deste trabalho está também relacionada à minha vontade de seguir a carreira acadêmica e com valiosas conversas com colegas, amigos, familiares, alunos e, especialmente, com meu orientador e minha orientadora. Fico feliz que esta tese seja a composição de tantos relacionamentos, encontros, multiplicação de vozes, potencialização de experiências e da fertilidade que só o relacionar-se pode trazer para qualquer ação humana.

Gostaria de fazer algumas ressalvas sobre a escrita deste estudo. Ainda que eu seja a responsável pela tese, dada minha busca pela obtenção de meu grau de doutoramento, entendo que a voz do pesquisador nunca é singular, mas povoada pelas vozes de muitos outros que participam da construção do “eu” do pesquisador. Por essa razão este trabalho foi escrito na primeira pessoa do plural.

Outro ponto, quando as palavras, *psicopatologia*, *patologia*, *doença*, *loucura*, *sintomas*, *problema* ou iniciais *AN*, *BN* ou *TA* aparecerem no texto estarão em itálico para enfatizar seu entendimento como construções sociais. Portanto, ainda que o uso dessas palavras possa convidar um leitor mais desavisado a entendê-las como a reificação de um discurso da *patologia*, espera-se que a oferta de uma concepção alternativa de linguagem garanta o entendimento de que qualquer sentido sobre o que vai ser considerado um *problema* alimentar nasce de processos relacionais. Nesse texto, saúde também está sendo entendida como construção social.

Outra ressalva refere-se ao uso do termo paciente para designar as pessoas atendidas pelo GRATA ou por qualquer outro serviço de saúde. Entendo que a nomeação “paciente” é uma das formas possíveis de descrição dessas pessoas, atrelada a uma visão tradicional que pode marcar um entendimento da pessoa como passiva na construção do que vai ser entendido como saúde. Assim, é considerada muitas vezes uma nomeação problemática. Nesse trabalho,

tal nomeação é mantida por ser o termo utilizado no contexto hospitalar, ainda que esteja sendo valorizada a ideia dessas pessoas como agentes do que vai ser considerado *doença*, saúde, melhora, cura e tratamento.

Por fim, quando estiver se falando sobre relações profissional-paciente ou relacionamento profissional-paciente não se está entendendo essas relações ou relacionamentos como entidades ou como a relação entre dois indivíduos autocontidos, mas sim como configurações relacionais. E qualquer que seja a maneira utilizada para descrever essas configurações será derivada da imersão em tradições de práticas culturais e circunscreverá algumas possibilidades. A relação profissional-paciente não existe como algo em si mesmo, mas na linguagem em uso.

Após essas considerações, é possível apresentar de que forma essa tese foi organizada.

No **Capítulo 1**, são apresentados alguns discursos sociais e teorias que povoam as construções sobre as dificuldades alimentares ao longo da História. Nesse capítulo, contextualiza-se “o nascimento” dos *TA* como categorias diagnósticas na história da Medicina e conversa-se sobre as implicações de se pensar *AN* e *BN* como construções sociais. Feministas, pós-estruturalistas e teóricos pós-modernos são convidados para essa conversa para a exploração das alternativas na produção de sentidos sobre quem são as pessoas diagnosticadas com esses *transtornos*. Considerando-se a literatura científica sobre o tratamento dos *TA*, são apresentados os principais elementos que justificam as práticas em saúde empregadas atualmente. Exploram-se as descrições presentes nessa literatura sobre o relacionamento profissional-paciente nas diferentes modalidades de atendimento e Serviços na área. Percorrendo esse caminho, o contexto de justificativa desse trabalho é construído.

No **Capítulo 2**, o objetivo geral e os objetivos específicos dessa pesquisa são apresentados.

O **Capítulo 3** convida o leitor a se aproximar do discurso construcionista social em pesquisa e conta dos posicionamentos assumidos pelos autores desse trabalho com relação a seus investimentos e relações com essa pesquisa. Além disso, nesse capítulo são apresentados os cuidados éticos tomados nos diferentes momentos da pesquisa, os critérios para participação no estudo e o percurso metodológico realizado. A Teoria relacional do sentido, de Gergen (1997), a Teoria do Posicionamento, de Harré e Van Langenhove (1999) e a perspectiva teórico-metodológica das Práticas discursivas e produção de sentidos, de Spink e Medrado (2000) são introduzidas como os referenciais para a realização das entrevistas neste estudo e para sua análise. Nesse capítulo, é explicitado o passo-a-passo da elaboração do

roteiro de entrevista, a seleção de material para a análise e as ferramentas analíticas escolhidas.

No **Capítulo 4**, a descrição das participantes da pesquisa é feita.

O **Capítulo 5** discorre sobre as entrevistas selecionadas, com sua análise a partir dos aportes teóricos e dos passos metodológicos previamente escolhidos. Ao longo desse capítulo antecipam-se algumas discussões sobre o uso de discursos sociais, de sentidos de si e de formas de posicionamentos do paciente na relação com o profissional que serão ampliadas no capítulo seguinte.

Portanto, no **Capítulo 6**, discute-se de que forma o discurso biomédico legitima algumas descrições de si das pessoas diagnosticadas com *TA*, convida a determinadas ações e constrói determinados contextos de direitos e deveres no relacionamento profissional-paciente. São abordados: a relação entre a crença na existência de uma *psicopatologia* e as construções identitárias presentes nas entrevistas, o uso do discurso biomédico pelos profissionais de saúde, o modelo ideal de relação com o profissional segundo as entrevistadas, a construção dos lugares ocupados por pacientes e profissionais nas decisões em saúde e as consequências de um movimento de medicalização da vida. Algumas alternativas construcionistas sociais para pensar esses cenários relacionais são oferecidas como forma de convidar outras vozes para a conversa.

Desejo a todos os leitores desse trabalho uma boa leitura!

Laura

1 INTRODUÇÃO

Quando essas palavras alcançarem sua consciência não estarão elas definindo quem você é nesse momento? Não são elas nesse momentos **suas** palavras? Ou eram elas suas desde o início? No momento da leitura, então, as palavras não pertencem nem a você, nem ao livro, nem a mim (GERGEN, 2009b, p. 29, tradução nossa, grifo do autor).

As mudanças paradigmáticas em ciência disponibilizam novas inteligibilidades sobre o mundo. Gergen (1997) define um núcleo de inteligibilidade como um corpo de proposições teóricas, metateóricas e metodológicas que são comuns entre os membros de uma dada comunidade, como, por exemplo, uma comunidade científica. A partir da circunscrição de uma inteligibilidade, algumas certezas sobre as coisas são compartilhadas. Nas trocas realizadas nesses núcleos, ontologias são defendidas e sistemas de entendimento dessas ontologias são criados. As convenções discursivas tendem, segundo o autor, a sedimentar e limitar as práticas sociais, devendo os pesquisadores estar sensíveis às consequências dessas convenções. Movimentos de questionamento do *status quo* promovem a construção de inteligibilidades alternativas, e pesquisadores buscam validar as diferentes realidades, verdades e versões que indicam a multiplicidade de construções de mundo possíveis (GERGEN; GERGEN, 2007).

Participa desse esforço de valorização da multiplicidade o reconhecimento dos diferentes discursos utilizados pelas pessoas em interação para construírem seus objetos (FOUCAULT, 1972). Discursos, como escreve Spink (2004), falam do “uso institucionalizado da linguagem” (p. 40), e dessa forma, a Psicologia, a Medicina, a Biologia, a Nutrição, entre outras disciplinas, podem ser consideradas domínios do saber com formas discursivas particulares de entendimento do mundo. Para Foucault (1972), um certo discurso pode ser dado como óbvio e naturalizado como verdade, de modo a criar essências, porém essas essências só existem a partir de sua matriz relacional de produção.

Nesse trabalho, buscamos explorar quais os efeitos de considerar *TA* como construções sociais e, dessa forma, entender que práticas sociais sustentam seu entendimento como quadros *psicopatológicos* e que alternativas são construídas por diferentes discursos e teorias sobre comportamentos alimentares. Portanto, colocamos o discurso biomédico, que considera *AN* e *BN* como *TA*, como uma das possibilidades de entendimento sobre o que seria um comportamento alimentar adequado ou inadequado. Ao mesmo tempo, em um exercício

de desfamiliarização (SPINK; FREZZA, 2000) do que é dado como óbvio nesse campo de assistência em saúde, abriremos espaço para outras construções, entendendo as verdades produzidas pelos discursos como verdades locais e não como verdades absolutas.

Iniciaremos essa apresentação com a exploração da construção histórica dos *TA* e da forma como o discurso biomédico passou a compor o cenário de produção de verdades sobre o que vai ser considerado *patológico* ou não. Como o contexto de produção desta pesquisa foi um serviço hospitalar de assistência em *TA*, apresentaremos a definição médica atual da *AN* e *BN*, as explicações encontradas na literatura da área para sua etiologia e as formas de tratamento mais utilizadas. Entendemos que esses elementos são importantes de serem reconhecidos porque fazem parte das práticas discursivas de profissionais e das pessoas atendidas pelo serviço na produção de sentidos sobre o qual é o *problema* alimentar e o que é necessário para seu tratamento. Todavia, outras versões de mundo compartilham espaço com esses sentidos e, dessa maneira, convidamos para agregarem-se a essa arena conversacional teóricos que tecem a crítica à hegemonia da visão biomédica sobre *AN* e *BN* e que propõem entendimentos alternativos. Essa crítica nos ajudou a fomentar um diálogo sobre as diferentes formas possíveis de pensar o cuidado em saúde quando se fala em *TA*. Considerando o propósito desta tese, de investigar como as pessoas diagnosticadas com *AN* e *BN* compreendem suas relações com seus profissionais cuidadores, recuperamos o que a literatura na área aponta acerca do relacionamento profissional-paciente.

Na forma tradicional de conceber ciência, a descoberta científica – o que a ciência produz – e o contexto da justificativa – os argumentos que mobilizam a produção científica – são vistos separadamente. Essa separação garantiria a neutralidade científica. A justificativa de uma pesquisa, dentro dessa inteligibilidade, tem relação com um conhecimento que ainda não foi alcançado, com a procura por uma peça do quebra-cabeça que, quando completo, revelaria uma ou mais verdades sobre o mundo. É a clássica ideia positivista do conhecimento científico como cumulativo. Para a perspectiva em pesquisa aqui adotada, a justificativa para uma investigação científica é entendida de forma distinta. Considera-se que as justificativas para a produção científica são culturalmente e historicamente construídas. Como afirmam Hosking e McNamee (2011), a escolha do tema e a construção do projeto de pesquisa não são atos individuais, mas ações conjuntas, que nascem dos diálogos do pesquisador com as comunidades relacionais das quais ele participa e que, por sua vez, dão sentido a essas escolhas. A forma como organizamos esta introdução fala dessas ações conjuntas, quando propomos ao leitor um caminho pela literatura na área que o possa ajudar a compreender nossas escolhas e os argumentos por nós construídos neste trabalho. É um convite para o

leitor aproximar-se de nossas comunidades discursivas para entender esse trabalho como uma alternativa possível.

Uma ressalva deve ser feita antes de iniciarmos. Não estamos considerando que existe um “algo” que é chamado de *TA*, nem estamos, ao apontar para a construção histórica desses assim chamados *transtornos*, dizendo que existe um “algo” que hoje recebe esse nome e que, séculos atrás, era nomeado e entendido de outra forma, como propõem alguns autores (WEINBERG; CORDÁS, 2006). Tampouco estamos dizendo que existe um “fenômeno” que é chamado de *TA* pelo discurso biomédico e designado de outra forma pelas teóricas feministas, por exemplo. O que quer que seja que existe só passa a existir para alguém na linguagem em uso e esse é o nosso foco. Como argumenta Spink (2010), devemos ter o cuidado de alertar o leitor de que não estamos considerando que existe uma única realidade sendo estudada – em nosso caso, “a realidade dos *TA*”, com diferentes descrições *dessa* realidade. Tal postura é designada por Mol (1999) de *perspectivismo* (ou *perspectivalism*, no termo originalmente em inglês), uma alternativa filosófica ao empiricismo que defende que a construção do conhecimento se dá a partir do ponto de vista de cada pessoa ao olhar *o mundo*. No *perspectivismo* não se multiplicam as realidades, mas sim os olhares sobre uma única realidade, mantendo um viés realista. Consideramos neste trabalho a possibilidade de convivência de realidades, no plural, realidades que, como afirma Mol (1999), são atuadas e e não observadas e descritas. Dessa forma, não estamos falando de um único objeto que é visto de diferentes vértices, nem de diferentes facetas de uma única realidade, mas de múltiplas formas de realidade em si mesmas.

1.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES COMO CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

Em meados de 1870, William Withey Gull e Ernest Charles Lasegue escreveram sobre uma condição clínica na qual mulheres se impunham, de maneira consciente, extrema restrição alimentar. Tratada como uma *patologia*, a *AN* foi primeiro descrita por esses profissionais, creditados por alguns autores como os descobridores desse *transtorno* (HEPWORTH, 1999). No entanto, Vandereycken e Van Deth (1994) afirmam que Morton (1637-1698), foi o médico britânico que primeiro ofereceu uma descrição médica detalhada da *AN*.

As primeiras explicações dessa *patologia* feitas por Gull influenciaram a forma como essa condição passou a ser interpretada nos hospitais da época na Europa. A década seguinte foi marcada por publicações desses e de outros autores sobre o assunto e a interpretação

médica e científica sobre o comportamento de algumas mulheres que se recusavam a comer passou a ser a forma predominante de entendimento. Gull tentou achar uma causa orgânica para *AN* utilizando-se do modelo médico tradicional. Não conseguindo definir o *problema* por meio desse modelo, passou a investigar se a causa não seria de origem psíquica. Lasegue também interpretava a *AN* a partir de causas psicológicas, relacionando a origem da *patologia* com a natureza emocional instável das mulheres. Em muitos textos desse autor aparece a relação entre *AN* e histeria. Desse modo, o “estado mental” das pacientes passou a ser o centro da explicação dessa nova *psicopatologia*. Nessa época, fins do século XIX, a disciplina médica da Psiquiatria estava se desenvolvendo rapidamente e o domínio psicológico foi construído como alvo de procedimentos médicos. O olhar psiquiátrico passou a ser o foco para o planejamento do diagnóstico, intervenção e tratamento da *AN*. Ao final do século XIX a *AN* foi formalizada como uma condição psiquiátrica (HEPWORTH, 1999).

Blankart foi o inglês que, em 1708, utilizou pela primeira vez o termo *Bulimia* para a definição de uma *patologia*. Essa primeira definição foi elaborada em termos de pessoas com “apetite extraordinário” e “fraqueza de espírito”. Apenas em 1979, a *BN* foi descrita como uma entidade nosológica distinta, por Russel, que a definiu a partir da comparação com a *AN* (VINDREAU, 2003). Os critérios utilizados por Russel para elaborar essa definição foram, segundo Vindreau (2003, p. 83): “necessidade intensa e irresistível de se sobrealimentar”, evitação do aumento de peso, por meio de vômito e laxantes e medo mórbido de engordar.

A etiologia psíquica passou a ser defendida e, a partir de então, a relação entre *BN* e os *sintomas* depressivos passou a ser recorrente nos estudos publicados. Até o século XX, casos masculinos de *BN* eram relatados, sendo que, posteriormente, passou a ser considerada uma *psicopatologia* predominante em mulheres (COUVREUR, 2003). Muitas referências à *BN* foram feitas no século XVIII e na primeira metade do século XIX, mas poucas vezes a *BN* foi mencionada na literatura médica a partir da segunda metade do século XIX. Apenas na literatura francesa encontravam-se escritos sobre o assunto, sendo o pesquisador Paul Francois Blachez o principal responsável por eles (COUVREUR, 2003). Com o lançamento do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III* (DSM-III, APA, 1980) o termo *BN* começa a aparecer na literatura médica norte-americana.

AN e *BN* são consideradas, atualmente, pelo discurso biomédico como *psicopatologias*, que podem ser diagnosticadas a partir do reconhecimento de alguns critérios. Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV Revised* (DSM-IV-R, APA, 2000), os critérios diagnósticos para a *AN* são: recusa na manutenção do peso corporal saudável; medo intenso do ganho de peso ou de se tornar obeso; distúrbio na maneira de

perceber a forma física e o peso corporal (distorção da imagem corporal) ou negação da seriedade da atual perda de peso; em mulheres, a presença de amenorréia (ausência de menstruação). De acordo com esse Manual, a *BN* pode ser diagnosticada a partir do preenchimento dos seguintes critérios: episódios recorrentes de *binge-eating* (comer compulsivamente em menos de duas horas uma quantidade maior de comida que uma pessoa normal conseguiria ingerir, acompanhado de uma sensação de perda de controle durante esse período); comportamento inadequado recorrente para evitar o ganho de peso (como vômitos, uso de laxantes e diuréticos, excesso de exercícios físicos ou jejum); comportamentos purgativos com frequência de ao menos três vezes por semana; auto-avaliação excessivamente influenciada pelo próprio peso e forma física. A divisão do diagnóstico em *AN* ou *BN* é questionada por alguns autores, que pontuam que, na maior parte das vezes, *sintomas* dos dois quadros *psicopatológicos* aparecem intercalados em um *continuum* de tempo em várias pacientes (BULIK et al., 1997). Esses mesmos autores citam que cerca de 50% das pessoas diagnosticadas com *AN* evoluem com *sintomas* ditos “bulímicos”.

Considerada como uma *psicopatologia*, os pesquisadores e teóricos buscam elucidar sua etiologia, sendo que tal busca tem sido considerada como um desafio na atualidade. Um consenso na área é que esses *transtornos* teriam causa multifatorial (APA, 2006). São considerados como seus predisponentes: aspectos individuais (traços de personalidade, história de *transtornos* psiquiátricos, tendência à obesidade, alterações de neurotransmissão e eventos adversos, como por exemplo a ocorrência de abuso sexual); fatores familiares (agregação familiar, hereditariedade, padrões disfuncionais de interação familiar) e fatores sócio-culturais (imposição do padrão de beleza vigente como importante para a felicidade do indivíduo). Os fatores mantenedores, que indicariam e determinariam a extensão e duração da *psicopatologia*, incluem: fatores fisiológicos (privação alimentar, episódios de compulsão alimentar periódica); fatores psicológicos (pensamentos obsessivos e necessidade exagerada de controle); fatores culturais (ideal cultural de magreza) (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Na contemporaneidade, muito se tem falado dos *TA* como importantes problemas de saúde pública ao redor de todo o mundo (BECKER, 2004), incluindo nações bastante diversificadas do ponto de vista cultural, como o Japão (PIKE; BOROVVOY, 2004), Egito (FORD, 1992), Arábia Saudita (AL-SUBAIE, 2000) e o Brasil (BUSSE; SILVA, 2004). As hipóteses construídas para explicar a disseminação desses *transtornos* em escala planetária seria o maior acesso da população dos países asiáticos e orientais às comidas industrializadas e *fast-food*, o que contribui para aumentar a taxa de obesidade e, conseqüentemente, a pressão

social para emagrecer (NASSER; KATZMAN; GORDON, 2002). Outros estudos recentes indicam que a modernização e migração poderiam levar ao seu aparecimento em países até então menos afetados (BECKER, 2004).

Considerando os critérios diagnósticos antes mencionados, pesquisadores apontam que esses quadros são predominantes entre as mulheres, mas estão aumentando entre os homens (NASSER, 2000). Ainda que o aparecimento de seus *sintomas* seja identificado pelos pesquisadores como mais frequente entre os 20 e 30 anos, outras faixas etárias também estariam sendo cada vez mais acometidas pela *AN* e *BN*. No Brasil, os serviços de assistência em *TA* relatam ter recebido um número cada vez maior de pacientes para tratamento, incluindo homens e mulheres, crianças, jovens e adultos, em uma amostra populacional cada vez mais heterogênea (SAITO; SILVA, 2001).

Esses *transtornos* são consideradas *psicopatologias* com alta taxa de mortalidade, decorrente dos *sintomas* físicos ou de suicídio (NIELSEN et al., 1998; REAS et al., 2005) e importantes prejuízos físicos, como atraso no crescimento, osteoporose além de outras graves complicações psíquicas (GOLDEN et al., 2003). As complicações físicas decorrentes da *AN* compreendem: fraqueza, palpitação, tontura, falta de ar, dor no peito, apatia, falta de concentração, fadiga, sensibilidade ao frio, dores abdominais, constipação intestinal, gases, infecções urinárias, queda de cabelo, câimbras, entre outros. Já as complicações físicas consequentes aos *sintomas* da *BN* seriam: fraqueza, palpitações, apatia, pouca concentração, refluxo gástrico, sangramento decorrente dos vômitos forçados, vômitos involuntários (principalmente após um longo período de vômitos induzidos), constipação intestinal, flutuação no peso, palpitação, arritmia cardíaca, problemas de fertilidade, dor nos ossos com exercícios físicos, entre outros (BIRMINGHAM; BEUMONT, 2004).

Diferentes abordagens de tratamento da *AN* e *BN* são propostas (GROTHAUS, 1998), incluindo o uso de fármacos, psicoterapia individual e grupal (em diferentes abordagens, com a predominância da terapia cognitivo-comportamental e psicodinâmica), terapia familiar, grupo multifamiliar (terapêutico ou psicoeducativo), aconselhamento nutricional e internação (GOWERS; BRYANT-WAUGH, 2004). O manual de tratamento dos *TA*, em sua terceira edição (APA, 2006), enfatiza a importância do cuidado em equipe multidisciplinar especializada, na qual os profissionais deveriam manter constante comunicação. Há um consenso de que o envolvimento da família no tratamento é “essencial” para os adolescentes e “útil” para os pacientes adultos.

Segundo esse Manual a escolha do ambiente/local no qual o tratamento deve ser oferecido é condicionada pelas possibilidades de assistência existentes, mas a escolha recai,

preferencialmente, no ambiente hospitalar. O tratamento pode variar desde a hospitalização integral (internação), quando a pessoa atendida necessita de cuidados médicos intensivos, até o atendimento ambulatorial, com assistência médica, nutricional, psicológica (individual ou grupal) e terapia familiar. Para a determinação do plano de atendimento de cada paciente, seria necessário, segundo esse Manual, levar em consideração a sua condição clínica, psicológica e social, e não simplesmente parâmetros antropométricos, como o peso. A decisão pela internação é estabelecida a partir da avaliação dos riscos físicos apresentados, usando se necessário de intervenções legais para a hospitalização involuntária de pacientes em risco iminente de morte. O tratamento para a *AN* deveria incluir: a restauração do peso saudável (com o retorno da menstruação); tratamento das complicações clínicas; aumento da motivação do paciente para investir em sua melhora, garantindo a adesão ao tratamento; aprendizagem de hábitos mais saudáveis de alimentação; mudança nos padrões disfuncionais cognitivos, comportamentais, motivacionais, bem como os conflitos e sentimentos com relação ao *transtorno*; tratamento das comorbidades psiquiátricas (incluindo a baixa autoestima), apoio à família e prevenção de recaídas. O tratamento da *BN* deveria utilizar-se de: aconselhamento nutricional, intervenções psicossociais e uso de medicação, com objetivos semelhantes ao tratamento da *AN*, somados à busca da diminuição tanto da restrição alimentar prolongada quanto da necessidade de manter comportamentos purgativos.

Na literatura da área usualmente se define que, quanto mais cedo a pessoa busca o tratamento e quanto mais nova ela é, maiores as suas chances de obtenção da melhora (APA, 2006; MEADS; GOLD; BURLS, 2001). Ainda assim, pesquisas sugerem que a taxa de eficácia no tratamento encontrada nos últimos anos é a mesma apresentada 50 anos atrás, o que apontaria para uma necessidade urgente de novos modelos de tratamento (MALSON et al., 2004). Button e Warren (2001), em seu estudo de *follow-up* sete anos após o tratamento, entrevistaram 36 pessoas anteriormente diagnosticadas com *AN* e apenas 14% desses participantes consideraram-se livres do *transtorno*. Já Halvorsen, Andersen e Heyerdahl (2004) mostraram, em seu estudo com 51 pessoas após 14 anos do tratamento, que dentre aquelas que estavam sem os *sintomas* do *transtorno* (82%), apenas 48% consideraram-se satisfeitas com a própria vida e, em concordância com outros estudos disponíveis na literatura, vários participantes apresentavam, segundo os autores, outros quadros psiquiátricos (NILSSON; HÄGGLÖF, 2005).

Richard (2005a) estudou a efetividade dos serviços de assistência em *TA* em 12 países europeus, considerando um universo de 2000 pacientes atendidos. A pesquisa levou em conta a avaliação da presença de *sintomas* no início do tratamento e um ano depois. Os resultados

mostraram que o índice de sucesso no tratamento nesses países variou de 30% a 40%, considerado muito menor do que o esperado, e que houve diferenças marcantes entre as nações, o que reafirmaria a necessidade de estudos mais contextualizados. Os estudos com parâmetros de definição de melhora que incluem não apenas a recuperação do peso e a ausência de *sintomas*, mas também o bem-estar pessoal e social dessas pessoas, indicam que dois terços dos pacientes com *AN* permanecem com “pavor mórbido” da alimentação e 40% continuam apresentando *sintomas* considerados “bulímicos” (APA, 2006). Os estudos de *follow-up* na *BN* são mais escassos, mas os índices de melhora com o tratamento situam-se entre 50% e 70% com o tratamento (APA, 2006).

A despeito dos esforços e investimentos há um consenso nos estudos revisados de que o tratamento da *AN* e *BN* continua sendo um grande desafio (TOUYZ et al., 2003). Além disso, é comum encontrarmos nas conclusões desses artigos a autocrítica dos próprios autores sobre a sua falta de conhecimento de quais variáveis foram realmente significativas para a obtenção de estudos (PEAKE; LIMBERT; WHITEHEAD, 2005). Agras et al. (2004) falam que a ausência de pesquisas relevantes para a melhoria dos resultados no tratamento deveria levar os pesquisadores a interromperem suas pesquisas sobre o que já tem sido feito no tratamento para focarem na exploração de novas formas de atendimento, que possam trazer mudanças nos resultados desfavoráveis.

As propostas de atendimento em *TA* e a conclusão sobre os desafios encontrados foram delineados como resposta à forma com que o *problema* alimentar foi compreendido pelo modo como a tradição moderna descreve a *AN* e *BN* (MALSON et al., 2004). Como afirma Hepworth (1999), o entendimento atual dos *TA* como categorias diagnósticas relaciona-se ao movimento histórico de construção da normalidade *versus* anormalidade. Com o fim da Idade Média e da hegemonia do cristianismo, a igreja católica cedeu espaço para a Medicina na definição dos grupos desviantes, das doutrinas de cura e propostas de tratamento (FOUCAULT, 1972). Dessa forma, a *AN* e a *BN* foram construídas socialmente como “fenômenos *psicopatológicos*” (KRUSKY, 2002). Tal descrição é questionada por autores pós-modernos² (BAERVELDT; VOESTERMANS, 1998; MALSON, 1998; HEPWORTH,

² Spink (2004) prefere usar o termo Modernidade Tardia como alternativa ao termo Pós-Modernidade, pela dificuldade em nomear qual seria o momento atribuída ao período histórico que se seguiria a pós-modernidade. A autora afirma que, independentemente do nome privilegiado para designar a contemporaneidade, a Pós-Modernidade ou Modernidade Tardia referem-se a “uma ruptura, a passagem de uma sociedade feudal para um outro tipo de formação social que define um novo período histórico – a modernidade – e que, de alguma forma, aquilo que marcava essa evolução, o período que muitos denominam como modernidade clássica, está atualmente em transformação” (p. 12).

1999; DURAN et al., 2000), entendendo-a como uma forma possível de compreender o ser humano a partir da participação das pessoas em determinadas comunidades discursivas, mas não como a única forma de descrição ou a mais útil e válida para todas as populações, como veremos a seguir.

1.2 CRÍTICA À DESCRIÇÃO DOS *TRANSTORNOS ALIMENTARES* COMO CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS: EM DEFESA DE OUTRAS VERSÕES POSSÍVEIS

Nas décadas de 1930 a 1950, os escritos científicos sobre *TA* descreveram a *AN* como uma condição tipicamente feminina. A partir de 1970, teóricos sociais e escritoras feministas passaram a oferecer contribuições distintas sobre a sua etiologia. A principal crítica apontada por esses autores era endereçada à concepção que a *AN* como um *transtorno*, cuja raiz se encontrava nas características individuais de algumas mulheres, que as faziam predispostas a desenvolver o quadro clínico. Além disso, questionavam-se as práticas de medicalização envolvidas na internação dessas mulheres como pacientes psiquiátricas e a explicação da etiologia da *AN* a partir de sua relação com a histeria:

as interpretações dominantes do termo nervosa são médicas, e quando atribuídas à anorexia têm o efeito de classificar a condição como uma doença nervosa. Isso serviu para patologizar a condição, e reforçar o uso dos discursos médicos científicos e clínicos em sua documentação e tratamento (HEPWORTH, 1999, tradução nossa, p. 32).

Os escritos feministas desafiam o modelo médico de explicação da *AN*, apontando para as desigualdades sociais, políticas e econômicas que estariam envolvidas na sua categorização como uma *psicopatologia* feminina. Muitas feministas focaram em seus estudos a pressão cultural vivenciada pelas mulheres com relação a como deveria ser sua alimentação e saúde. Esses ideais estariam a serviço da submissão a que historicamente estão submetidas as mulheres.

Hepworth (1999) afirma que três textos marcaram esse período: *Hunger strike* de Susie Orbach (1986), *The hungry self* de Kim Chernin (1986) e *The art of starvation* de Sheila MacLeod (1981). Essas autoras se afastam do modelo psiquiátrico de explicação dos *TA* para proporem uma análise sociocultural das relações patriarcais que estariam implicadas na definição da *AN* como uma categoria diagnóstica. A principal crítica é a de que esse modelo biomédico trazia uma descrição muito estreita das experiências dessas mulheres, colocando-as como responsáveis pelo controle de seus comportamentos disfuncionais. Como principal

mérito desse movimento, considera-se que essas e outras autoras feministas conseguiram trazer a voz das mulheres diagnosticadas com AN para o centro do debate e diálogo com a literatura psiquiátrica. Todavia, essas primeiras autoras foram criticadas, pelas feministas que as sucederam, pelo fato de seus estudos ainda trazerem explicações individualistas sobre os TA, especialmente com o uso das teorias psicanalíticas para tentativa de elucidação da origem da AN (HEPWORTH, 1999). Chernin (1986), por exemplo, usou o modelo kleiniano para explicar o *transtorno* a partir da dificuldade de separação entre mãe e filha em razão da dificuldade de definição de papéis entre as duas. A autora buscou levar em conta os aspectos sociais que estariam influenciando como mãe e filha responderiam ao meio social em que viviam de maneira *patológica*, mas permanecia focada nessa díade como origem do *transtorno*.

Outro sentido trazido pelas feministas para o entendimento do que seria a AN foi pontuando sua relação à dificuldade da mulher em aceitar o papel socialmente definido para ela. Dada as diferentes e, às vezes, contraditórias expectativas sociais oferecidas, a mulher viveria um conflito, que seria expresso nos comportamentos de restrição alimentar. A AN seria uma tentativa de voltar a ter controle sobre si mesma e sobre sua vida. Em todos esses casos, para a recuperação da saúde dessas mulheres, seria necessário que elas buscassem resolver esse conflito, e não que a sociedade se modificasse. Essas autoras contribuíram para diversificar as perspectivas de compreensão daquilo que viria a ser chamado de TA, e muitas feministas diagnosticadas com AN puderam explicar suas ações por si mesmas (HEPWORTH, 1999).

Tóricos analistas sociais também buscaram explicar a origem dos TA na relação da mulher com seu meio social. Todavia, nessa proposta aparentemente alternativa à descrição dominante, a mulher continuou sendo posicionada como adoecida, o que fez com que alguns autores criticassem essa postura por manter estreita ligação com o modelo biomédico. Para esses críticos as práticas sociais deveriam ser foco de mudança e não o indivíduo. Na década de 1980 outros discursos sobre o corpo apareceram. Nessas novas descrições, era mais entendido como subjulgado às pressões culturais, mas como espaço de inscrição cultural. Surgiram novos discursos sociais, que produziram diferentes sentidos sobre escolha e modos alimentares (HEPWORTH, 1999).

Escritos pós-modernos sobre o corpo, a alimentação e os TA entram em cena a partir desse período. As análises pós-modernas buscam explicar a complexidade e diversidade que cercam o cenário político e social atual. Alguns exemplos desses trabalhos, citados por Hepworth (1999), são: *The body and society* de Bryan Turner (1984) e *The body: social*

process and cultural theory de Featherstone, Hepworth e Turner (1991). Esses estudos discutem como o corpo é entendido nas culturas ocidentais contemporâneas e como ele pode ser concebido como palco de práticas culturais e políticas. O trabalho *Anorexia nervosa and the crystallization of culture* de Susan Bordo (1988), traça uma análise política do corpo magro, enfatizando como as mulheres adquirem poder por meio do emagrecimento como forma de resistência aos ditames de uma sociedade patriarcal. Caminhando nessa direção, MacLeod (1981) muda o foco de análise das práticas discursivas que constituem a AN e BN como objetos de intervenção médica e entende essas mulheres como seres livres frente a uma vida opressiva.

Hepworth (1999), influenciada pelos escritos foucaultianos, entende a AN como produto das práticas discursivas sobre feminilidade no Ocidente. Em seus argumentos, a autora afirma não considerar que o que entende como AN seria a verdade sobre como as coisas são, mas um esforço de ampliar entendimentos. Hepworth nos convida a entender a AN como um problema público e não individual, o que validaria os esforços do paciente de participar das decisões de como sua dissolução deve acontecer.

Bell (2006), também baseando-se nas teorias de Foucault, considera o tratamento como um “regime disciplinar”, que busca fazer a mulher se “conformar” com os padrões normativos sociais. As mulheres que se recusam a seguir essas normas estariam indo contra seu posicionamento como “sujeitos dóceis”. A principal crítica dessa autora é endereçada ao protocolo de atendimento médico dos TA, visto como uma forma de subordinação e aprisionamento dessas mulheres até que elas fossem disciplinadas. As feministas, segundo a autora, lutam pela quebra da hierarquia entre homem-mulher, objeto-sujeito, saúde-doença e não querem mais que as mulheres sejam posicionadas como objeto de observação e intervenção médica. Além disso, pleiteiam a negociação compartilhada sobre quais vão ser os parâmetros considerados normais ou não com relação à saúde feminina.

Malson e Ussher (1996) propõem que a AN seja entendida “em termos dos discursos e práticas discursivas” (p. 277, tradução nossa) que compõem os entendimentos contemporâneos do que quer que esteja sendo entendido como TA. Malson (1999), por sua vez, defende que AN não seja entendida como uma *patologia* individual, mas como “uma coletividade plural de subjetividades corporificadas, experiências e práticas de cuidado ao corpo, embebidas em e consituídas pelos discursos contemporâneos e práticas discursivas” (p. 137, tradução nossa). A autora, influenciada pelo discurso pós-estruturalista, defende a ideia do corpo “anoréxico” como multiplamente constituído. A atenção volta-se para como o corpo é constituído a partir dos diferentes discursos e como o discurso biomédico pode promover as

práticas de controle desse corpo. Dessa forma, a autora acredita na multiplicidade de construções do que vai ser chamado de *TA*.

Burns (2004) mostra como *AN* e *BN* são construídas nas trocas linguísticas e como os discursos de feminilidade estão envolvidos nessas construções. A autora sugere pensar *AN* e *BN* como construções sociais dinâmicas. Bordo (1988) também coloca em foco a construção da feminilidade e entende os fatores sociais não como contribuintes da *patologia*, mas como constitutivos dela. As feministas, segundo a autora, não estariam questionando se as mulheres diagnosticadas com *TA* estão ou não em sofrimento, mas sim que qualquer definição do que seja esse sofrimento e suas causas só pode ser entendida a partir de seu contexto de produção cultural. Nesse sentido, a autora defende que a pessoa diagnosticada seja posicionada como especialista sobre sua própria vida.

Duran et al. (2000) retomam as diferentes formas de entendimento do que seriam esses *transtornos* e oferecem sugestões de tratamento baseando-se em uma perspectiva construcionista social. Os autores exploram a conceituação moderna de *AN* e *BN* a partir de sua perspectiva histórica de construção. Também a partir de uma perspectiva construcionista social, Baerveldt e Voestermans (1998) propõem que se entenda o corpo não como um aparato fisiológico, mas como produtor de sentidos sobre “o si mesmo”, um *selfing device*. Os autores enfatizam a comunicação corporal como um contínuo fluxo de interação, no qual certos sentidos são “grudados” ao corpo nos processos interacionais. Assim, o processo de construção do *self* envolveria o desenvolvimento de múltiplas habilidades corporais, que garantiriam a possibilidade da pessoa se sentir integrada ao mundo. Nesse sentido, os *TA* seriam perturbações dessas habilidades.

Todas essas concepções teóricas colaboram para a ampliação de como os sentidos sobre o adequado e inadequado com relação à alimentação podem ser produzidos. Na proposta de um plano de tratamento para os *TA*, a explicação médica desses *transtornos* podem dominar em relação às demais práticas discursivas de profissionais e pacientes. Todavia, as teorias disponibilizadas pelas feministas e teóricos pós-modernos são também úteis para o entendimento do *problema* alimentar e, inclusive, para o questionamento da necessidade de um tratamento para ele nos moldes em que é proposto no contexto institucionalizado da saúde. Poder considerar diferentes versões de mundo é um exercício que possibilita com que as nossas próprias verdades sejam problematizadas. Como afirma Guanaes (2006), favorece que nos questionemos quais realidades esses sentidos em uso constroem nas relações entre as pessoas, afinal “vivemos tão imersos nesse universo de

sentidos que questionar a veracidade destes não constitui nem mesmo uma possibilidade em nossas interações” (p. 19).

Neste trabalho, consideramos que o que quer que venha a ser chamado de *TA*, ou de *problema*, ou *doença*, só pode ser entendido a partir de seu contexto de produção. Não é possível, portanto, afirmar de antemão quais seriam os efeitos, produzidos nas relações entre as pessoas, do uso de diferentes descrições sobre a alimentação, identidade e relacionamento. Essa análise só pode ser efetuada considerando-se o microcosmo das conversas mantidas pelas pessoas.

Tendo apresentado a conceituação psiquiátrica sobre os *TA* e os sentidos alternativos produzidos por feministas, teóricos sociais e autores pós-modernos, e considerando que nosso propósito neste trabalho foi investigar de que forma as pessoas diagnosticadas com *AN* e *BN* atendidas pelo GRATA entendiam suas relações com os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, apresentaremos a seguir o estado da arte sobre as formas de relacionamento profissional-paciente no cenário dos *TA* e de que forma essas relações vem sendo entendidas desde a “descoberta” científica da *AN* e *BN*.

1.3 RELAÇÕES PROFISSIONAL-PACIENTE NO CENÁRIO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Segundo Hepworth (1999), o início de uma relação médico-paciente, no casos das mulheres diagnosticadas com *AN*, foi marcado pelo controle absoluto do médico sobre os rumos do tratamento, uma vez que se acreditava que as paciente careciam de autonomia para tomarem suas próprias decisões. Como colocam Vandereycken e Van Deth (1994), Gull já alertava, em seus escritos, sobre os perigos dos médicos aceitarem fazer o que as pacientes queriam, uma vez que elas não estariam em condições de responder por sua saúde: “a inclinação do paciente [em alimentar-se] não deverá de forma alguma ser consultada” (GULL, 1874, p. 24, tradução nossa). Lasègue abordou a falta de cooperação das pacientes como resultante de suas características manipulativas (VANDEREYCKEN; Van DETH, 1994).

Bruch (1978), uma das pioneiras na proposta psicoterápica específica para *os TA*, escreveu sobre a importância do profissional perceber as características comuns aos pacientes com *AN* e adequarem sua prática a essas características, por exemplo, evitando interpretar os conteúdos emocionais dos pacientes, para que eles não se sentissem “incompetentes” quando comparados ao saber do terapeuta. A homogeneidade esperada entre as pessoas com esse

transtorno foi a justificativa para Bruch e outras especialistas na área buscarem as adaptações técnicas na psicoterapia necessárias para tratar pacientes com *AN*. A autora preconiza que o tratamento deve ter como base uma comunicação honesta, uma vez que essas pessoas são manipulativas e percebem quando o profissional deseja enganá-las. Bruch afirma que as pacientes, como pessoas que sempre vão resistir à psicoterapia, muitas vezes as pacientes irão concordar com aquilo que o profissional aponta como melhor para ela, mas não irão explicitar essa divergência. Em vez disso, irão recusar-se tenazmente a colocar em prática tais apontamentos de conteúdo prescritivo.

Mais recentemente, Jeammet (2003) considerou os cuidados que o psicoterapeuta deve ter para não cair na “tentação” de preencher o vazio que as pacientes diagnosticadas com *BN* trariam para a relação terapêutica. A partir de uma leitura psicanalítica, esse autor define essas pacientes com diagnosticadas com *BN* como “ambíguas”, pois ao mesmo tempo em que têm o desejo de se curarem do *transtorno*, convidam “inconscientemente” o terapeuta a funcionar dentro *da sua patologia*. Seria por essa ambiguidade que o terapeuta se veria, nas palavras do autor, “desafiado” e “confrontado” em seus “limites” como profissional. Além disso, no caso especial do atendimento a pacientes diagnosticadas com *BN*, a preocupação com as regras de enquadre deveriam ser ainda maiores, dada as “condutas atuadas” dessas pacientes e seu funcionamento emocional instável.

Outros cuidados que os profissionais devem tomar, segundo Jeammet (2003), são: não se deixar “enganar” pelas primeiras sessões de análise, quando as pacientes com *BN* mostram capacidade de “elaboração mental”, o que depois se perceberá como uma falsa elaboração; não se deixar “inundar” pelas “ricas” fantasias mentais dessas pessoas; e perceber os movimentos extremados entre uma intensa dependência do psicoterapeuta e seu posterior abandono: “essas pacientes vão ter muita dificuldade em nos deixar após as primeiras entrevistas, mas terão ainda mais dificuldade para voltar” (p. 110). Esse funcionamento é justificado, em muitos momentos, pelas características de personalidade dessas pacientes, que seriam derivadas de dificuldades relacionais estabelecidas na primeira infância, como o “desmame brutal” da figura materna, “quebras nesse investimento materno” e dificuldade nos relacionamentos parentais. Portanto, para Jeammet, a teoria psicanalítica dá suporte para a defesa do pressuposto de que esses pacientes são especialmente “dependentes” dos profissionais que deles cuidam, tendo dificuldade para “encontrarem a distância relacional correta, oscilando da dependência notória, mais idealizante do que passional, ao retraimento com tonalidade autística” (p. 112).

Brusset (2003), também um psicanalista contemporâneo que estuda o *transtorno bulímico*, fala da boa distância que deve existir entre profissional e paciente e defende que a postura de neutralidade é necessária, mas que pode conter uma atitude ativa do profissional para que o paciente não o perceba como “indiferente, manipulador, desejoso de exercer um poder sobre ele” (p. 177). Uma boa distância nesse relacionamento, segundo o autor, deveria mostrar o interesse do profissional pelo paciente, ao mesmo tempo em que deveria evitar uma maior proximidade para que o profissional não respondesse “às provocações [da paciente] que, frequentemente no início do tratamento, o colocam à prova para assegurar sua força” (p. 178).

Assim como o faz Jeammet, Brusset (2003) justifica os cuidados tomados pelo profissional nos atendimentos a pacientes com *BN* a partir das características *patológicas* de personalidade desses pacientes. Atuações, fuga da psicoterapia, ataques ao enquadre e manipulações fazem parte da descrição de comportamentos esperados durante o processo terapêutico. Além disso, o próprio abandono da terapia é explicado a partir da *patologia* da pessoa, como quando se compara esse abandono com o ato de vomitar, ou seja, alimento e psicoterapia seriam “vomitados” como recusa da pessoa em receber um cuidado concreto e afetivo. Por fim, esse abandono do tratamento também é explicado pela “inveja” que o paciente sentiria do terapeuta como aquele que seria capaz de produzir alimentos saudáveis, sendo que alimento estaria sendo metafóricamente equacionado com cuidado.

Essas teorias podem convidar à construção do relacionamento do profissional com os pacientes com *AN* e *BN* como diferente de outros relacionamentos. Nesse caso, a diferença qualificaria negativamente esses pacientes e suas relações com os profissionais. Considerados como adoecidos e refratários ao tratamento, o desafio de atender esses pacientes é reforçado e passa a participar das descrições de muitos profissionais da área sobre as dificuldades de trabalharem com esses *transtornos*.

Não só na literatura dedicada às práticas psicoterapêuticas o relacionamento profissional-paciente aparece como marcado por dificuldades (MATZ; FRANKEL, 2005; WILLIAMS; LEICHER, 2006). Ao estudar as razões da sobrecarga emocional dos enfermeiros que trabalham em serviços de tratamento da *AN*, George (1997) afirma a necessidade de que esses profissionais recebam treinamento específico antes de terem contato com essas pacientes e que tenham supervisões regulares para conseguirem “lidar com as muitas vezes difíceis manifestações comportamentais das características psicológicas (desses pacientes)” (p. 905, tradução nossa). Dessa forma, o relacionamento do profissional com o paciente diagnosticado com *AN* e *BN* exigiria cuidado, cautela e superação de desafios.

Muitos autores buscaram investigar o que os profissionais que atuam na área consideraram como fatores que afetam seu relacionamento com os pacientes. Quase todas as explicações foram dadas em termos das características pessoais desses pacientes. Williams e Leicher (2006) afirmam que grande parte dos profissionais que trabalham com *TA* relata sentimentos negativos ao atender os pacientes, chegando inclusive a preferir não mais atuar na área. Os profissionais entrevistados por esses autores relataram dificuldade diante dos comentários feitos pelos pacientes com relação à sua aparência física, chegando a perceberem que sua relação com a alimentação se modificava em função disso. Os sentimentos identificados como decorrentes desses atendimentos eram de “raiva”, “irritação” e “incompetência” no cuidado do paciente. Warren et al. (2009) pontuam que os profissionais tendem a considerar que os pacientes são mesmo resistentes ao tratamento, manipulativos e pouco cooperativos. Satir et al. (2009) afirmam que os profissionais consideram difícil manejar as reações emocionais intensas dos pacientes durante os atendimentos. Rie et al. (2008) mostram como alguns profissionais explicam as dificuldades vivenciadas no relacionamento atual com o paciente em termos de suas experiências problemáticas nos vínculos estabelecidos na primeira infância. Fairburn e Harrison (2003) pontuaram que cerca de 10 a 20% dos pacientes são considerados pelos profissionais como “intratáveis”.

Não apenas a insatisfação com o tratamento é explicada com relação às características individuais dos pacientes, mas também a alta taxa de abandono no tratamento. Masson e Sheeshka (2009) afirmam que 20% a 50% das pessoas diagnosticadas com *AN* e 30% das pessoas diagnosticadas com *BN* abandonam o tratamento ou têm alta prematura. Esse último caso (altas precoces) refere-se aos pacientes que os profissionais consideram que não aderiram ao tratamento de forma adequada e que, dada sua resistência na aceitação das recomendações da equipe, são impedidos pelos profissionais de continuarem no serviço. Os autores dessa pesquisa mostram como os profissionais dificilmente conseguem explicar as razões para esses abandonos ou altas prematuras e hipotetizam que sua pacientes com *AN* e *BN* teriam maior dificuldade em cooperar com o profissional.

Alguns autores propõem formas alternativas de se pensar a origem dessas dificuldades no relacionamento profissional-paciente, não localizando-as nos indivíduos adoecidos, mas abordando-as a partir das ações conjuntas coordenadas pela dupla profissional e paciente. Nessa vertente, Krusky (2002), por exemplo, acredita que o que quer que seja que esteja sendo chamado de *TA* deve ser entendido dentro do domínio social da interação, no convite constante ao exame de quais crenças carregamos ao agirmos como profissionais da saúde e questionando os padrões sociais presentes em nossas ações e seus efeitos na construção de um

relacionamento bom ou ruim com o paciente. Eivors et al. (2003) se questionam em que medida as teorias atuais de entendimento de quem são as pessoas com *TA* colaboram na manutenção dos comportamentos considerados sintomáticos. King e Turner (2000) problematizam de que forma os sentimentos de impotência, frustração, raiva e exaustão dos profissionais não garantem espaço para que se instaure uma reflexão de como a forma como eles encaram os pacientes pode produzir relações de não cooperação, de manipulação, desconfiança e hostilidade. Hepworth (1999) aponta, em um estudo com profissionais envolvidos no atendimento desses pacientes, alguns exemplos de como a construção das práticas clínicas dentro das instituições de saúde pode manter os efeitos da *patologia* nessas pessoas.

Riikonen (1999) defende que muitas vezes a razão dos desentendimentos entre profissional e paciente pode estar no fato de os pacientes não participarem das decisões sobre o que é importante no tratamento. Esse aspecto poderia levar os pacientes a terem uma vivência de dependência em relação aos profissionais, uma vez que a única interpretação possível para o que eles vivenciam coloca-os como não especialistas no *problema*. Malson et al. (2004) perceberam, em sua pesquisa, que para os pacientes os conflitos e a resistência ao tratamento não estão ligados a uma dificuldade em aceitar o *problema* e perceber sua gravidade, como acreditam os profissionais, mas são vinculados a uma relutância em aceitar a visão *patologizante* dos profissionais frente a eles, que tenta enquadrá-los como “inteiramente *doentes*” Ou seja, a interpretação da *AN* e *BN* como *psicopatologias* colocaria toda a sabedoria nas mãos do profissional, que poderia compartilhar seu conhecimento com os pacientes (por exemplo, por meio de grupos de orientação), mas que reproduziria, em sua postura, a crença na existência de uma única verdade acerca do que é o “fenômeno alimentar”.

Na maior parte dos estudos realizados sobre a eficácia do tratamento o pesquisador e o profissional da área definem os parâmetros avaliativos que vão ser considerados como relevantes (CRISP, 2002; THEANDER, 2004), e em poucos casos o paciente é ouvido naquilo que ele considera importante para sua melhora (BUTTON; WARREN, 2001; VANDERLINDEN et al., 2007). Dentre os poucos estudos realizados nessa perspectiva, Rosenvinge e Klusmeier (2000) mostraram que 17% dos 1638 pacientes entrevistados na Inglaterra consideraram todas as intervenções propostas como de pouca utilidade, sendo que, para algumas intervenções, a insatisfação chegou a 69%.

Paulson-Karlsson, Nevonen e Engstro (2006) entrevistaram os pacientes diagnosticados com *AN*, investigando sobre o que eles achavam do tratamento oferecido.

Nesse estudo grande parte dos jovens entrevistados disseram que não sentiam que precisavam de tratamento e que se sentiam pouco motivados para participar dele. Os autores explicam essa falta de motivação a partir do “grave estado físico e mental” que “afetaria o julgamento” do paciente (p. 301, tradução nossa). Ou seja, ainda que estejam considerando importante incluir a opinião do paciente para a busca de melhorias no tratamento, os profissionais interpretam essa opinião a partir de suas próprias teorias sobre o que seria a *doença* e a pessoa *adoecida*. Vanderlinden et al. (2007) fazem um movimento similar ao entrevistarem 132 pacientes e 49 profissionais, e compararem seus relatos sobre o que consideravam significativo no tratamento. Os autores avaliam como positivo quando o paciente é capaz de reconhecer como importantes resultados do tratamento aspectos que coincidem com o que a literatura na área aponta como melhora, tais como “a melhora na autoestima”, “melhora na experiência com o próprio corpo” e “aprender habilidades de resolução de problemas” (p. 360, tradução nossa). E quando o paciente tem uma opinião contrária ao que apontam os estudos científicos tradicionais, os autores interpretam esse desvio interpretativo a partir dos *sintomas* da AN e BN que impediriam uma avaliação mais criteriosa “da realidade”.

Essa forma de pesquisa encontra coerência a partir de uma inteligibilidade que defende o profissional como aquele que detém um conhecimento técnico-científico privilegiado sobre qual é a problemática em questão e o que é necessário para buscar sua resolução. Partindo de uma inteligibilidade distinta, Pettersen e Rosenvinge (2002) convidam os pesquisadores a posicionarem os pacientes como as pessoas que melhor sabem sobre o que em si ou em sua família precisa ser modificado. Esses autores entendem que, como acontece em muitos serviços, é o conhecimento técnico do profissional sobre o que é importante no tratamento que é levado em conta na elaboração dos protocolos de atendimento. Por essa razão, a desconsideração das verdades do paciente com relação ao que ele entende que é o *problema* e a sua cura pode ser um dos elementos participantes da baixa efetividade de algumas intervenções propostas. Os autores mostram em seu estudo que o que o paciente considera como valioso no tratamento difere da opinião dos profissionais.

Rie et al. (2008) também constataram a diferença na forma de profissionais e pacientes qualificarem o que é terapêutico no tratamento e, como Vanderlinden et al. (2007), entendem que essa diferença pode ser um preditor da alta taxa de abandono dos pacientes encontrada nos serviços de assistência em AN e BN em torno do mundo. Quando os pacientes são consultados sobre sua satisfação com o tratamento, muitos apontam a boa qualidade no relacionamento com o profissional como fundamental para determinar sua satisfação com o tratamento. As características que um bom profissional deveria ter mencionadas pelos

pacientes entrevistados por Pettersen e Rosenvinge (2002), são: empatia, respeito, capacidade de entender o paciente e não “a *doença*”. Em especial, os pacientes citaram como importante: perceber que o profissional “realmente se importava” (p. 66, tradução nossa) com eles, a possibilidade de confiar no terapeuta e, dessa forma, não ter que esconder nada. Bons terapeutas foram descritos como aqueles que “se engajavam” no atendimento, “tinham tempo para ouvir” e “estavam disponíveis” (p. 66, tradução nossa).

Levando em conta tal cenário, consideramos que nosso trabalho pode ampliar o entendimento de como os pacientes compreendem que o relacionamento com o profissional pode ser facilitador ou dificultador da busca de sua melhora. Propondo conhecer as práticas discursivas produtoras de sentidos sobre as relações profissional-paciente a partir das narrativas de pacientes, não pretendemos responsabilizar nem o paciente nem o profissional pelos sucessos ou insucessos desse relacionamento. Buscaremos entender essas narrativas como disparadoras de algumas reflexões sobre como profissionais e pacientes podem elaborar conjuntamente um tratamento para os *TA* que seja relevante e gratificante para ambos. Ao posicionarmos os pacientes como protagonistas na construção de sua saúde, dialogamos com a literatura na área que identifica a carência de espaços de escuta autêntica desses pacientes. Acreditamos que essa oferta pode trazer subsídios valiosos para o planejamento da intervenção nos serviços de atendimento em *AN* e *BN*.

Antes de expormos o percurso metodológico que consideramos útil para alcançar tal intento, apresentaremos com mais detalhes os objetivos deste trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Buscamos compreender as práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com *AN* ou *BN* atendidas por um serviço de assistência em *TA* com relação a produção de sentidos sobre as relações profissional-paciente no âmbito do tratamento dos *TA*.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em especial, buscamos:

- Compreender de que maneiras diferentes repertórios interpretativos e discursos sociais implicados nessas práticas discursivas participam da produção de sentidos sobre as relações profissional-paciente;
- Compreender de que maneira os jogos de posicionamentos na relação profissional-paciente participam da construção de diferentes descrições de si das pessoas diagnosticadas com *AN* e *BN*, de seus direitos, deveres e lugares ocupados no tratamento.

3 UMA INVESTIGAÇÃO CONSTRUCIONISTA SOCIAL

3.1 CIÊNCIA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL: A PERSPECTIVA DISCURSIVA ADOTADA NESTE ESTUDO

O discurso construcionista social orientou a forma como, no presente trabalho, entendemos uma pesquisa científica, guiou a construção de nosso projeto de pesquisa, a tomada de decisões durante sua execução, a escolha teórico-metodológica, a análise empreendida e o formato de apresentação das entrevistas realizadas. A seguir, abordaremos brevemente as origens desse discurso nas ciências humanas, e seus principais pressupostos e desdobramentos.

3.1.1 Construcionismo social

O termo construcionismo social começou a ser utilizado nas ciências sociais em meados de 1960 (HOLSTEIN; GIBRIUM, 2008). Burr (2003) considera que o aparecimento da perspectiva construcionista social na Psicologia aconteceu com a publicação do texto de Kenneth Gergen, *Social psychology as history* em 1973, em um momento histórico no qual a disciplina da Psicologia social foi sacudida por uma crise epistemológica.

Segundo Gergen (2009a) não há nenhum livro ou escola filosófica que possa definir a construção social, pois as descrições construcionistas sociais são consideradas processos de diálogos contínuos, não pertencendo a uma pessoa em específico. Em seu texto intitulado *Constructionist dialogues and the vicissitudes of the political* (GERGEN, 1998), o autor considera os diferentes posicionamentos construcionistas como práticas e conversas variadas com origens diversificadas. Gergen e Gergen (2003) falam da perspectiva construcionista social como um diálogo em desdobramento permanente entre pessoas dotadas de diferentes lógicas, valores e visões de mundo. Esses autores não acreditam que haja alguma característica que possa ser identificada como sendo compartilhada por todos os teóricos, ainda que exista compartilhamento de ideias entre muitos deles. Alguns autores preferem falar em movimento construcionista (BURR, 2003) ou mesmo em construcionismos (HOLSTEIN; GIBRIUM, 2008; RASERA; GUANAES; JAPUR, 2004), enfatizando a pluralidade desse

campo de produção do conhecimento e suas constantes transformações, reformulações e redescrições, evitando adotar um discurso reificante e cristalizador na resposta face à pergunta: o que é o construcionismo social? Gergen (1998), por sua vez, fala em movimentos construcionistas, no plural.

Neste estudo, estamos considerando as diferentes propostas construcionistas sociais como parte de um movimento mais amplo em ciência e como discursos possíveis sobre a produção de conhecimento. O uso do termo construcionismo social pode levar à sua reificação, impedindo que diferentes sentidos sobre o que venha a ser essa perspectiva possam co-existir. À cada definição um novo construcionismo se apresenta. Reconhecendo a diversidade de propostas construcionistas sociais alguns teóricos propõem “classificações” que permitem distinguir os autores que se alinham com essa perspectiva. Schwandt (2008) os divide em partidários do *weak constructionism* ou do *strong constructionism*, para referir-se à postura mais ou menos radical na contraposição a um discurso realista. Outros utilizam critério de divisão semelhante, mas com os termos *dark constructionism* e *light constructionism* (ZURIFF, 1998). Burr (2003) considera que os termos *dark* e *weak* carregam uma conotação negativa, e oferece outra divisão possível: o *micro social constructionism* e o *macro social constructionism*. O primeiro tem como foco os microprocessos de uso da linguagem nas interações entre as pessoas, e o segundo estuda as estruturas macrolinguísticas e sociais.

No primeiro grupo estão os teóricos Kenneth Gergen, John Shotter, Jonathan Potter, Derek Edwards, Malcolm Ashmore, Margaret Wetherell e Rom Harré, vários deles também autores da Psicologia discursiva. Em comum, esse grupo tem o entendimento da construção social como trocas interpessoais cotidianas. No segundo grupo, a autora elenca, como representantes, Foucault, Parker, Hollway, Burman, Willig e Ussher. Tais autores também valorizam a linguagem como construtora de realidades, mas entendem que seu poder construtor deriva-se de estruturas sociais ou materiais. Esses teóricos têm como foco as relações de poder e o estudo das desigualdades sociais, buscando defender grupos marginalizados socialmente. Para Burr (2003), essa divisão não é mutuamente exclusiva e muitos investigadores optam pelo uso combinado das duas abordagens, micro e macro.

Ainda que se evitem formulações fixas e fechadas sobre o que venha a ser construcionismo social, a busca pela definição conceitual do que é construção social pode ter utilidade prática. Em seu célebre artigo de 1985, Gergen menciona quatro pressupostos metateóricos construcionistas que, ampliados, tornaram-se cinco em seu livro *Realities and relationships*, de 1997. O primeiro pressuposto é que: “Os termos por meio dos quais

explicamos o mundo e nós mesmos não são ditados pelos objetos estipulados por esses relatos” (GERGEN, 1997, p. 49, tradução nossa). Esse pressuposto, que sofre influência da análise semiótica e da crítica textual, nasce da crítica da linguagem vista como correspondendo à realidade.

O autor afirma que, para a perspectiva construcionista social, não é possível construir sentidos sozinho, portanto, aquilo que será entendido como real, verdadeiro ou objetivo será sempre entendido a partir dos processos relacionais que os definem. Assim, o segundo pressuposto construcionista social traz a afirmação de que: “os termos e formas por meio das quais alcançamos o entendimento do mundo e de nós mesmos são artefatos sociais, produtos de trocas histórica e culturalmente situadas entre as pessoas” (GERGEN, 1997, p. 49, tradução nossa). Dessa forma, todas as descrições do mundo são, nessa perspectiva, limitadas pelos processos relacionais que constroem diferentes inteligibilidades. Alguns discursos permaneceriam no tempo não por serem objetivos, mas por sua sustentação nos relacionamentos. Como afirma Gergen (1997), cada discurso sustenta uma variedade de práticas. Disso podemos entender o terceiro pressuposto proposto pelo autor, que é: “O grau em que uma dada explicação do mundo ou do *eu* é sustentado através do tempo não é dependente de sua validade objetiva, mas das vicissitudes do processo social” (p. 51, tradução nossa). A partir desse pressuposto entende-se que as diferentes descrições nascem das negociações, práticas rituais e socialização das comunidades.

O quarto pressuposto é enunciado da seguinte forma: “A linguagem deriva seu sentido nos encontros humanos a partir da maneira que funciona dentro dos padrões de relacionamento” (GERGEN, 1997, p. 52, tradução nossa). Sobre esse pressuposto, Gergen (1997) afirma que ele ajusta-se à concepção de Wittgenstein do sentido como derivado de seu uso social. Para Wittgenstein (1999), no uso da linguagem uma pessoa enuncia algo e mostra a outra pessoa como agir de acordo com a enunciação. Utilizando-se do exemplo de um construtor e de seu ajudante que trabalham juntos na construção de um edifício, o filósofo discute o uso da linguagem. Vigas, lajotas e cubos servem para a construção de seus importantes conceitos de Jogos de linguagem e Formas de vida. No exemplo, o construtor solicita o material e o ajudante traz o que foi pedido, sendo que o ajudante sabe qual é o material correto a partir do ensino ostensivo das palavras, ou seja, das pessoas que enunciaram essa palavra antes e apontaram um determinado objeto para relacioná-los. O ajudante aprendeu, portanto, a denominar os objetos. Para o autor supracitado, todo processo de uso das palavras segue lógica semelhante a essa do construtor com seu ajudante. A elucidação ostensiva das palavras mostra o uso que ela possui dentro de um jogo de

linguagem, ou seja, o uso da palavra é aprendido porque a pessoa que aprende já domina um certo tipo de jogo. Um jogo de linguagem refere-se à linguagem como atividade, como forma de vida, e o conceito de forma de vida refere-se aos padrões de ações culturais nas quais estão presentes os jogos de linguagem. Dessa forma, as palavras só adquirem sentido no seu uso, e sua função depende da *práxis* da linguagem. Nada é fixo e imutável. Novos tipos de linguagem surgem e outras desaparecem.

Assim, uma palavra apropriada não comprova a existência de qualquer coisa:

Alguém me diz: ‘Você compreende esta expressão? Ora, eu também a uso na significação que você conhece’. Como se a significação fosse uma espécie de halo que a palavra leva consigo e que fica com ela em qualquer emprego (WITTGENSTEIN, 1999, p. 66).

Considerando-se o quarto pressuposto construcionista social apresentado por Gergen (1997), compreende-se que é a partir das trocas microsociais que os sentidos são construídos. Portanto, o foco nesses microprocessos constitui, segundo o autor, a dimensão pragmática da perspectiva construcionista social.

Por fim, Gergen (1997) apresenta o quinto pressuposto, que defende que: “Estimar as formas de discurso existentes é avaliar padrões da vida cultural; essas avaliações dão voz a outros enclaves culturais” (p. 53, tradução nossa). Sobre esse pressuposto, o autor convida os pesquisadores a considerarem suas “validades empíricas” como socialmente construídas, questionando de que forma elas colaboraram para promover práticas sociais e, por outro lado, limitar outras. Essas avaliações, como pondera o autor, não devem ser consideradas como a verdade sobre a produção de conhecimento, mas são um esforço de ampliar os movimentos críticos em ciência.

O próprio discurso construcionista social é teve como influência movimentos críticos precedentes, como a crítica ideológica, a crítica retórico-literária e a crítica social (GERGEN, 1997). Essas críticas são tidas como importantes colaborações na transformação paradigmática que colocou em xeque a ideia representacionista da linguagem e que colaboraram no nascimento da perspectiva construcionista social.

A crítica ideológica tem como principal alvo a tradição empiricista em ciência. Os críticos ideológicos questionam a neutralidade do pesquisador, expondo os vieses ideológicos e preconceitos de valores presentes na produção científica. A consequência mais importante dessa crítica, segundo Gergen (1997), foi a de questionar a crença de que a linguagem pode conter a verdade, além de problematizar a objetividade científica. Ainda que tal crítica tenha sedimentado as bases para o movimento construcionista social se articular, sua proposta difere

da dos críticos ideológicos por entender que não é possível ocupar um lugar privilegiado a partir do qual seja possível dizer que conhecimento é válido ou inválido, construindo generalizações. Como afirma Gergen (1997), no discurso construcionista social a ideologia não é concebida como um estado psicológico, mas como uma prática social.

Outro movimento crítico que teria influenciado o nascimento dos construcionismos seria a crítica retórica-literária, que busca demonstrar que as afirmações científicas não são determinadas pelas características dos eventos que elas descrevem, mas pelas convenções literárias. A diferença entre os pressupostos dessa crítica, e aqueles que vão ser defendidos pelo movimento construcionista social é, segundo Gergen (1997), que os críticos retóricos-literários focam na ideia do texto em si mesmo, enquanto a proposta construcionista social considera o texto como comunicação humana. Qualquer denúncia de estruturas subjacentes aos discursos é também, para a perspectiva construcionista social, de natureza discursiva.

Um último movimento crítico a ser incluído como tendo influenciado o nascimento dos construcionismos é o movimento da crítica social, que tem em Max Weber, Max Scheler e Karl Mannheim seus principais representantes. Esses teóricos, segundo Gergen (1997), tinham como foco a origem social do pensamento científico, ou seja, estudavam o contexto cultural em meio ao qual as ideias sobre o mundo se formam. Esse grupo de pesquisadores enfatizou a contingência histórica e cultural do conhecimento nas ciências e a maneira como as comunidades científicas determinam o que, a partir de determinado momento, passa a ser considerado como conhecimento legítimo. Para eles, os processos sociais constroem o que vai ser considerado verdade. Os processos sociais como existentes em si mesmos constituem uma ideia que o discurso construcionista social não compartilha (GERGEN, 1997).

Fomentado por esses movimentos e diferenciando-se deles com relação aos pontos mencionados, a proposta construcionista social foi, ao longo do tempo, adentrando as arenas de discussão científica, por meio dos pesquisadores defensores de seus pressupostos. Tal perspectiva foi convidada a responder a algumas críticas com relação a suas propostas para o fazer ciência. Entendemos que tentar convencer alguém das vantagens de uma proposta construcionista social em ciência seria uma contradição em termos, quando se considera essa proposta uma opção discursiva e não uma verdade fundamental sobre o mundo. Gergen (1997) postula que a proposta construcionista social é também uma construção social, seus argumentos não definem uma verdade última em ciência, e só podem ser considerados dentro de seu contexto histórico e cultural de produção. O autor acredita nos benefícios da reflexão sobre as consequências do uso do discurso construcionista, ponderando sempre sobre quais

dispositivos literários e retóricos estão sendo utilizados, quais valores estão sendo privilegiados e quais vozes estão sendo silenciadas:

Todas as análises construcionistas engajam-se em uma forma de “realismo seletivo”, privilegiando certos “objetos de análise”. Todas elas requerem uma forma de “manipulação ontológica” para alcançar impacto retórico (p. 78, tradução nossa).

Assim, não é possível desmerecer o conhecimento construcionista por meio da referência a verdades objetivas ou critérios transcendentais, uma vez que o próprio construcionista não se posiciona como detentor de verdades universais. A perspectiva construcionista social é uma inteligibilidade, e como tal oferece algumas opções linguísticas para animar as conversas entre as pessoas. É um convite para uma forma particular de relacionamento, para uma forma de vida, e sua postura de não se assumir como “a” verdade deixa espaço para a emergência de sentidos alternativos e para a discussão de sua funcionalidade nos relacionamentos.

O movimento construcionista não nega a existência de um mundo material, dos eventos físicos, dos objetos ou de um “mundo lá fora”:

[...] o construcionismo social é ontologicamente mudo. O que é, simplesmente é. Não existe nenhuma descrição fundamental a ser feita sobre um “lá fora” em oposição a “um aqui”, sobre a experiência ou o material. Uma vez que nós tentamos articular ‘o que é’, no entanto, nós entramos no mundo do discurso (GERGEN, 1997, p. 71, tradução nossa).

Os construcionistas sociais abrem mão da preocupação em descobrir qual é a descrição mais adequada, mais acurada, ou mais objetiva, sobre “as coisas” e, ao posicionar-se dessa maneira são muitas vezes criticados por não considerarem as questões do poder que estariam presentes na produção do conhecimento científico. Gergen (1997) considera tal crítica de suma importância, todavia, para ele, o perigo da reificação do conceito de poder dentro de diferentes comunidades pode levar a não consideração das consequências relacionais dessas construções. Esse autor responde ainda às críticas que sofrem os construcionistas de não se comprometerem eticamente e de terem uma postura amoral. O autor afirma entender que, para a perspectiva construcionista social, a ação moral não nasce da mente individual, pois é um ato público, inseparável dos relacionamentos que a sustentam. A moralidade não é algo que alguém possui, mas “uma ação que possui seu sentido moral apenas dentro de uma arena particular de inteligibilidade cultural” (GERGEN, 1997, p. 103, tradução nossa). Dessa forma, em relação à crítica de que a proposta construcionista social seria amoral, o autor replica:

Ainda que nenhuma visão moral ou política explicitamente tenha sido mencionada no presente trabalho, os textos construcionistas são inerentemente porosos: com pouco esforço, pode-se localizar nessas linhas de argumento fortes preferências morais e políticas. [...] Alguns acham o construcionismo profundamente moral ao colocar a *relacionalidade* antes do eu, enquanto outros verão a crítica da razão e intenção individual como o fim da responsabilidade moral. O construcionismo é moralmente superficial ou moralmente profundo? O resultado depende tanto da teoria construcionista como da leitura que fazem de seus argumentos (GERGEN, 1997, p. 79-80, tradução nossa).

Alguns críticos encontraram nos textos construcionistas a influência do feminismo, marxismo e liberalismo. O próprio Gergen (1997) reconhece em seus textos os compromissos éticos do bem-estar humano, harmonia social, redução de conflitos e a aceitação das diferenças, que podem inclusive ser identificados como virtudes liberais já muito discutidas. Todavia, o autor ressalta que não defende esses valores como fundamentais, tentando prová-los como essenciais para os relacionamentos humanos. Gergen os vê simplesmente como convites para o diálogo e para a problematização. Ainda que não seja possível definir uma única moralidade construcionista, isso não significa que os construcionistas não tenham uma preocupação em contribuir com o bem-estar das pessoas, ou que sejam contra um comprometimento moral. Apenas abrem espaço para uma pergunta decisiva: seria possível uma definição descontextualizada do que é bom e do que é ruim (GERGEN, 1997)?

Após termos exposto os principais pontos da proposta discursiva por nós adotada, apresentamos, na sequência, de que forma os conceitos de funcionalidade e autoreflexividade são oferecidos nesta investigação construcionista social como alternativas aos conceitos de objetividade e validade em ciência.

3.1.2 Funcionalidade e autoreflexividade em ciência

Para a ciência tradicional empiricista, a objetividade é entendida como um estado psicológico do indivíduo, que o capacitaria a produzir relatos acurados da realidade. Essa perspectiva dualista e mecanicista defende a relação de causa e efeito entre algo que acontece em um fora, “mundo externo”, e sua apreensão em um dentro, “mundo interno” ou “estado mental”, como argumenta Gergen (1997). As palavras, no marco dessa inteligibilidade, servem para representar aquilo que é apreendido por essa esfera mental. Participa dessa tradição a ideia de um *eu* autocontido, que, para alcançar a objetividade de suas descrições, deve estar descontaminado de viéses, tais como os preconceitos, expectativas e valores pessoais, na observação e no relato desse “mundo” lá fora.

Esse discurso positivista, como aponta Gergen (1997), defende a separação entre sujeito-objeto, a existência de um mundo objetivamente percebido, a possibilidade de uma experiência desse mundo e da purificação das lentes individuais que analisam esse mundo. A linguagem objetiva seria, como explicita o autor, uma linguagem da visão, e essa visão espelharia o mundo como uma cópia fiel. Nessa perspectiva, o pesquisador é um sujeito passivo que descreve a realidade como ela é, a validade preditiva de uma linguagem teórica corresponde aos eventos do mundo externo, a observação proporciona a avaliação de tal correspondência e assegura o valor das teorias utilizadas, e a objetividade garante a consistência da autoridade científica.

O discurso pós-positivista, por sua vez, passou a levar em conta de que forma as observações da realidade elaboradas pelo pesquisador são influenciadas por suas características pessoais e visões de mundo, ou seja, defende que os cientistas constroem o conhecimento pela junção do que está “em sua mente” com “o mundo lá fora”. Esse discurso rompeu a oposição entre racionalismo e empiricismo. Todavia, manteve alguns dos pressupostos positivistas, como o da crença na existência de um mundo real capaz de prover conhecimentos que são universais e cumulativos. O pesquisador pós-positivista procura se distanciar de seu objeto de investigação, tentando garantir uma maior neutralidade, ainda que a considere como nunca totalmente possível. A linguagem permanece, nos limites desse discurso, sendo considerada como representante de um mundo lá fora (HOSKING; McNAMEE, 2011).

A diferença entre objetividade, que seria a descrição de um “real” sem a influência das características do pesquisador, e subjetividade, que considera essa influência como presente na produção do conhecimento científico, só faz sentido, como afirmam Hosking e McNamee (2011), a partir de um discurso realista. Para as autoras, uma opção alternativa ao discurso da ciência tradicional e ao discurso pós-positivista é dada quando se entende ciência como um processo relacional contextualizado histórica e culturalmente. Sendo assim, as autoras acreditam que a perspectiva construcionista social é uma das opções possíveis. Como afirma Gergen (1997), nessa proposta a objetividade é considerada um empreendimento retórico, havendo uma reconsideração da natureza da linguagem.

Uma pergunta que pode surgir quando se propõe a pensar a relatividade das produções científicas, considerando-se um paradigma pós-moderno em ciência, é qual seria a razão de produzir ciência quando as decisões sobre sua produção não são mais comuns a todos (SCHWANDT, 2008). A sensibilidade construcionista nos indica um caminho para a resposta a essa pergunta, a partir da consideração das possíveis implicações que uma pesquisa com

essas características pode ter para as trocas humanas. Para Gergen e Gergen (2007), a eficácia da pesquisa passa a ser discutida a partir da sua capacidade de promoção de transformações sociais relevantes. Dessa forma, o desafio é gerar conhecimento que promova trocas produtivas entre as pessoas, evitando a produção da exclusão. A questão da validade é, então, reformulada a partir do conceito de funcionalidade, do impacto social da pesquisa. Os autores afirmam que as discussões sobre a crise da validade nas ciências humanas muitas vezes não reconhecem as complexidades da “relacionalidade humana”. Eles acreditam que o futuro da pesquisa qualitativa se apresentará não como uma concordância geral entre seus praticantes, mas como um cenário de tensão generativa, em que as discordâncias serão colocadas em um “diálogo apreciativo”, com o questionamento sobre quais futuros podem se abrir.

Entendemos que é mesmo desafiador fazer uma pesquisa com o foco nas transformações sociais que ela possa promover, uma vez que não temos o controle do uso que um trabalho científico possa ter nas trocas discursivas das pessoas que entrarem em contato com ele. Sobre esse ponto, Hosking e McNamee (2011) defendem que, para que uma investigação científica possa ser útil a seus participantes, o investigador deve estar aberto para a complexidade, para a convivência de diferentes racionalidades, colocando-as em conversa umas com as outras e valorizando as múltiplas formas de vida (WITTGENSTEIN, 1999) que podem popularizar o processo da pesquisa. Gergen (1997), por sua vez, sugere que as pesquisas construcionistas possam ser avaliadas a partir de: uma crítica cultural, ao se assumir que todo conhecimento produzido sempre afetará a vida social; uma crítica interna, que coloca em questão as construções do pesquisador e suas implicações para a vida das pessoas. O pesquisador, segundo esse teórico, deverá ser capaz de contextualizar a produção de sua pesquisa mostrando seus limites.

Ao problematizarmos neste trabalho a realidade socialmente construída dos TA e a ideia de uma suposta identidade *patológica*, buscamos, como sugere Gergen (1997), seguir o foco de algumas pesquisas construcionistas que se interessam, pela transformação social que tal problematização pode gerar. Como coloca o autor, uma vez que se identifica o caráter construído de muito daquilo que é dado como certo pelas pessoas, o aparecimento de descrições alternativas se torna possível e a mudança social pode acontecer. Por essa razão, para a perspectiva construcionista social, pesquisa é intervenção e o pesquisar pode ter implicações políticas importantes, por colocar em xeque verdades tidas como absolutas.

Como coloca Spink (2003), devemos sempre ponderar sobre as implicações de fazermos pesquisa a partir de uma perspectiva que assume que existem “múltiplas histórias a serem contadas e estas nos falam de realidades múltiplas” (p. 6). Entendemos que uma

história “não é simplesmente uma história, é uma ação situada em si mesma, uma encenação com efeitos concretos. Ela age de forma a criar, sustentar ou alterar mundos de relação social” (GERGEN; KAYE, 1998, p. 215). Um recurso útil para ponderar como a presente tese é apenas uma história a ser contada é a autoreflexividade, entendida como a busca do pesquisador de

[...] demonstrar para suas audiências sua situacionalidade histórica e geográfica, seus investimentos pessoais na pesquisa, os vários vieses que eles trazem para o trabalho, suas surpresas e seus fracassos no processo do empreendimento de pesquisa (GERGEN; GERGEN, 2007, p. 579, tradução nossa).

Assim, este conceito incorporaria as vozes do pesquisador à pesquisa, o que não deixa de ser, segundo os autores, uma forma de autoexposição (GERGEN; GERGEN, 2007). Autoreflexividade seria uma alternativa ao conceito de validade em ciência. Deve-se tomar o cuidado de não se assumir que essas descrições sobre as razões que nortearam as decisões da pesquisa correspondem ou são *a verdade* sobre como a pesquisa foi feita. O conceito de autoreflexividade torna-se um importante instrumento para o exercício de uma ética relacional. O pesquisador deve ter como qualidades a abertura necessária para as múltiplas racionalidades locais que estão sempre em transformação e a apreciação para perceber que essas racionalidades locais têm sua coerência delimitada por seu contexto de produção (HOSKING; McNAMEE, 2011). Ser relacionalmente ético, nesse sentido, é estar atento ao processo de relacionar-se, refletindo sempre sobre as decisões da pesquisa a partir das realidades construídas por essas (SPINK; MENEGON, 2000).

No presente trabalho, consideramos importante falar de nossa situacionalidade enquanto autores desse texto, naquilo que, ao nosso ver, convidaria o leitor a entender essa pesquisa como uma versão possível de construção de sentidos sobre a temática do relacionamento profissional-paciente no campo dos atendimentos aos TA. Gostaríamos que todas essas contextualizações fossem entendidas como indicadores de nosso esforço retórico de defesa de alguns ideais em saúde que, por sua vez, só podem ser entendidos a partir das vozes com as quais conversamos em nosso cotidiano, das relações sociais nas quais estamos envolvidos, dos processos de socialização dos quais participamos, dos endereçamentos que fazemos na escrita desta tese e dos efeitos que buscamos atingir com sua confecção. O posicionamento ético e político que assumimos neste texto propõe a valorização de uma postura colaborativa entre profissional e paciente nas ações em saúde e de práticas que enfatizem, na atuação dos profissionais: o convite para a ampla participação,

descentralizando-se as decisões; a coexistência de múltiplas verdades possíveis quando se pensa saúde e cuidado com relação ao tratamento dos *TA*; a suspensão de conhecimentos prévios do profissional para que se possa privilegiar a postura de curiosidade em relação ao conhecimento localmente produzido com o paciente; e a procura ativa pela novidade e pela exceção, ao invés da busca por regularidades e padrões.

Está presente, nesta pesquisa, a voz do professor Manoel Antônio dos Santos, orientador deste trabalho, que carrega em sua bagagem profissional extenso trabalho na área da saúde e que ocupa um lugar peculiar na feitura dessa tese, que é o de, como Laura, ser um profissional membro da equipe do GRATA. Esta tese conta também com a participação da professora Sheila McNamee, que por não dominar o idioma português participa de sua construção via traduções e que por residir em outro país se relaciona com os demais pesquisadores contando, muitas vezes, com a ajuda das tecnologias de comunicação a distância, especialmente a internet. Diferentemente de Manoel e Laura, que são psicólogos, Sheila é graduada em Comunicação e trouxe para o campo analítico das práticas discursivas aqui estudadas um universo interpretativo bastante distinto do enfoque habitual da Psicologia, o que, ao nosso ver, enriqueceu o trabalho. Reconhecida internacionalmente como uma importante investigadora no campo da produção científica construcionista social, Sheila colaborou deveras para que esse trabalho pudesse dialogar com o que há de mais contemporâneo nesse campo.

Sendo uma tese acadêmica, essa pesquisa buscou se parametrizar nos quesitos considerados tradicionalmente como necessários para a aprovação de um doutorando em um programa de pós-graduação no Brasil. Os diálogos internos dos autores deste trabalho com os membros das possíveis bancas examinadora foram constantes e atravessaram sua produção e escrita. Nesse sentido, esta tese de doutorado buscou conversar com os demais pesquisadores construcionistas sociais brasileiros, que oferecem importante material de leitura e referência com relação ao como fazer uma pesquisa de inspiração construcionista social. Nessa interlocução com múltiplas vozes, o rigor na elucidação dos conceitos, o aprofundamento epistemológico, a clareza na exposição da análise das entrevistas foram buscados.

Além disso, esta tese também é endereçada aos profissionais da saúde que trabalham com *TA* e que poderiam encontrar, na sua leitura, inspiração para modos férteis de relacionamento com seus pacientes. Aos pensarmos nesses possíveis interlocutores, nosso cuidado era de que a leitura da tese fosse palatável, de que o tom das análises empreendidas não convidasse a movimento, defensivos, mas que despertasse nesses leitores a vontade de continuar o diálogo sobre o assunto. Ao mesmo tempo em que gostaríamos de contar com

essa interação com os profissionais de outros serviços de assistência em *AN* e *BN* no país, tínhamos o interesse especial de que a leitura deste material interessasse os profissionais do GRATA, que eles vissem em sua escrita um cuidado ao abordar desse serviço especializado, que se sentissem valorizados naquilo que fazem e que se sentissem motivados a levar as discussões aqui levantadas para o cotidiano do serviço.

Na produção dessa pesquisa ocupamo-nos em pensar, também, em como as pacientes participantes da pesquisa apreciariam as análises realizadas e os argumentos levantados. Nos ressentimos com a falta de oportunidade e tempo de consultá-las sobre isso.

Como ex-profissional integrante da equipe de profissionais do GRATA, Laura trouxe para esta pesquisa diversas histórias tecidas em sua rotina de trabalho nessa instituição, sobre seu relacionamento com os demais profissionais da equipe, com os pacientes e com as famílias. Ao escrever esta tese, viu-se permanentemente cuidando para que em suas análises as histórias a serem publicizadas fossem apenas aquelas que foram autorizadas pelos participantes para tal fim. Na produção de sentidos desta pesquisa, seus posicionamentos assumidos com relação as entrevistas realizadas falavam dos lugares que ocupou dentro desse serviço, de seu contato mais próximo com os familiares dos pacientes do que com os próprios pacientes, de sua grande afinidade e afetividade em relação aos profissionais do serviço e com os anos de convivência nesse ambiente. Após um ano e meio do início desta pesquisa, no final de 2008 e já com todas as entrevistas deste estudo realizadas, Laura se despediu do GRATA, mantendo na equipe bons amigos e retendo do grupo multifamiliar que coordenava muita saudade.

O movimento de contextualização da produção de sentidos de uma pesquisa nunca se esgota, portanto, outras histórias, conexões e posicionamentos poderiam ter sido incluídos no esforço de evidenciar o microcosmos das construções científicas. Entendemos que a explicitação detalhada dos passos metodológicos desta pesquisa colabora nesse esforço e indica para o leitor as ferramentas consideradas importantes para a análise empreendida. Todavia, antes de falarmos do percurso metodológico, apresentaremos o serviço de assistência em *TA*, *locus* de produção deste estudo.

3.2 GRATA COMO CONTEXTO DE ESTUDO

A divisão de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) tinha o desafio de atender, no início dos anos 1980, aos primeiros pacientes com *AN* e *BN* que

chegavam à instituição. Foi criado, para atender essas pessoas, o Grupo de Estudos dos Distúrbios da Conduta Alimentar. Posteriormente, esse grupo multiprofissional foi rebatizado de Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares - GRATA. Desde sua criação, esse serviço atendeu mais de 180 pacientes diagnosticados com *AN* e *BN* e, ao longo do tempo, foi passando por transformações e mudanças com a constante revisão de suas práticas e ofertas de atendimento (SANTOS, J., 2006).

Na época em que iniciamos esta pesquisa no serviço, em agosto de 2007, a equipe contava com 20 profissionais sendo quatro nutricionistas³ (todas voluntárias), 10 psicólogos (sendo um docente do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP-USP e os demais voluntários), dois médicos nutrólogos (sendo um docente da FMRP-USP, coordenador do serviço e um médico voluntário), dois médicos residentes em Nutrologia, um psiquiatra (voluntário) e uma terapeuta ocupacional (que na época ocupava a função de pesquisadora, não participando diretamente dos atendimentos). Nessa data, o serviço contava ainda com duas estagiárias do curso de Psicologia para os atendimentos em psicoterapia individual dos pacientes e seus familiares. O fato do GRATA ter em sua equipe um grande número de profissionais voluntários tornava seu funcionamento bastante peculiar, trazendo certa rotatividade entre seus membros ao longo do tempo. Esse modo de organização condiciona uma série de limites e possibilidades. Na época um grande desafio enfrentado pela equipe era a conquista de espaço físico dentro do hospital, uma vez que seus profissionais não estavam formalmente vinculados a nenhum setor da instituição.

Com relação aos pacientes atendidos na época, 54 estavam em atendimento, sendo que em sua maior parte eram mulheres com idade entre 12 e 74 anos e tempo médio de tratamento de três anos. Semanalmente eram agendados para as consultas ambulatoriais cerca de oito pacientes. Uma das dificuldades em conseguir atender mais pessoas durante o funcionamento do ambulatório era a falta de salas disponíveis. Muitas vezes os profissionais tinham que aguardar no corredor do hospital a liberação de sala ou buscar outros espaços por iniciativa própria.

Nessa época, o ambulatório funcionava uma vez por semana, às sextas-feiras, no período vespertino (12h00 às 18h00). Sua rotina começava com a reunião da equipe, que durava cerca de duas horas (10h00 às 12h00), na qual eram discutidos os atendimentos

³ Na época apenas nutricionistas mulheres participavam da equipe de profissionais.

realizados na semana anterior. Em seguida, iniciava-se o grupo de apoio psicológico para pacientes (SILVA; SANTOS, 2006).

Esse grupo, na época, tinha o formato de um grupo aberto e todos os pacientes maiores de 15 anos eram convidados a participarem. Essa participação era livre, ainda que a importância de uma maior frequência aos grupos fosse sempre enfatizada. Os objetivos principais desse grupo eram a troca de experiências entre as pessoas diagnosticadas com *TA* que estavam em seguimento no GRATA, fomentar recursos de enfrentamento dos *TA*, favorecer a ajuda mútua, promover a autonomia de seus participantes e estimular a adesão ao plano terapêutico (SANTOS, M., 2006). Esse grupo tinha, na época, uma hora e meia de duração e estava sendo coordenado por dois psicólogos, sendo um homem e uma mulher. Nesse grupo participava uma média de seis a oito participantes em sua maior parte mulheres de 16 a 30 anos de idade, camada social média baixa.

Após esse grupo de apoio dava-se início aos atendimentos individuais, pré-agendados com nutricionistas, nutrólogos(as), psicólogos(as), estagiários(as) de Psicologia e com o psiquiatra. Os atendimentos com os psicólogos aconteciam, na sua maior parte, uma vez por semana durante o Ambulatório, principalmente quando o paciente vinha de uma cidade distante de Ribeirão Preto. Quando o paciente tinha maior disponibilidade de horário e morava na cidade ou próximo dela, os psicólogos ou estagiários de Psicologia agendavam dois ou mais atendimentos na semana. Isso considerando-se a modalidade de atendimento da psicoterapia individual. Os pacientes e suas famílias também podiam ser encaminhados para o atendimento em terapia familiar com profissionais externos ao serviço, que se dispunham a atender de forma voluntária ou a preços acessíveis, considerando-se a limitação financeira de algumas famílias.

A psicoterapia individual era, usualmente, de tempo breve, sendo que apenas quando o paciente estava sendo atendido por um(a) psicólogo(a) e não um estagiário poderia ter duração não delimitada previamente. As exceções aconteciam quando o estagiário, após formado, se interessava em continuar atendendo o paciente voluntariamente. Eventualmente, os psicólogos realizavam atendimentos de apoio ou de orientação com as famílias nucleares dos pacientes, em momentos nos quais essa estratégia mostrava-se útil na resolução de impasses no tratamento ou na busca de uma presença mais ativa e participativa da família no serviço (SANTOS, et al., 2007).

A frequência dos retornos nos atendimentos com nutricionistas e médicos(as) dependiam da avaliação de cada profissional, considerando a necessidade do paciente e a disponibilidade da agenda do ambulatório. Nesses atendimentos, médico(a) e nutricionista

buscavam trabalhar de forma integrada, atendendo o paciente em dupla ou, o que era mais comum, trocando informações durante o atendimento. Os pacientes eram atendidos individualmente ou na companhia dos pais, quando julgado importante e autorizado pelo paciente.

Dentre as estratégias de atendimento oferecidas pelo GRATA, existia também o grupo de apoio psicológico aos familiares e cuidadores dos pacientes e o grupo de orientação clínico-nutricional voltado para o apoio de esclarecimento de dúvidas dessa população. Esses grupos eram semanais, com uma hora de duração cada. O primeiro grupo era coordenado por três psicólogas, em esquema de cocorelação e observação e com rodízio de funções entre elas. Tinha como objetivo a inclusão dos participantes no tratamento, a promoção de um espaço de conversação e apoio para o enfrentamento do *TA* e a compreensão dos fatores emocionais envolvidos, além de fomentar a reflexão e o intercâmbio de experiências entre pessoas que vivenciam a situação de ter um membro familiar acometido por *AN* ou *BN* (SOUZA; SANTOS, 2010). O segundo grupo era coordenado por um(a) médico residente de Nutrologia (havendo o rodízio de residentes nessa função a cada dois meses) e por uma nutricionista, que desempenhava essa função havia alguns anos. Esse grupo tinha como objetivo a orientação das famílias e cuidadores com relação aos aspectos nutricionais e clínicos envolvidos nos *TA*, além do esclarecimento de dúvidas dos participantes com relação a esses aspectos (BIGHETTI; SANTOS; RIBEIRO, 2006). Os dois grupos eram abertos à participação de todos familiares e acompanhantes dos pacientes atendidos.

Como nosso objetivo foi investigar a produção de sentidos sobre o relacionamento profissional-paciente a partir de conversas com os pacientes atendidos no serviço, alguns cuidados éticos foram tomados. Eles serão considerados a seguir.

3.3 CUIDADOS ÉTICOS

Esta pesquisa contou com a anuência do médico responsável pelo GRATA-HCFMRP-USP (Apêndice A). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição, segundo o Processo HCRP nº 7310/2007 (ANEXO A). A participação neste estudo foi voluntária e, antes do início da coleta dos dados, todos os participantes formalizaram sua anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B). Para os participantes menores de 18 anos foi solicitado previamente aos pais ou responsáveis legais a autorização para participação, mediante anuência expressa por meio de assinatura do TCLE específico para tal situação (Apêndice C).

A participação dos pacientes menores de idade foi significativa para a compreensão de suas vivências com relação ao serviço, considerando-se as particularidades dessa faixa etária (especialmente dos adolescentes) e o entendimento de suas necessidades singulares que, a partir de nossa prática profissional, percebemos diferir muito das necessidades dos pacientes adultos. Portanto, foram garantidos os direitos desse grupo, informando-os cuidadosamente sobre o que estava sendo pedido a eles e deixando-os livres para decidir sobre sua participação. Também foi garantida a possibilidade de uma intervenção de apoio, focal, com atendimento psicológico com a psicóloga-pesquisadora responsável pela pesquisa, caso algum conteúdo abordado pelo estudo trouxesse algum tipo de desconforto psicológico.

As entrevistas foram efetuadas em conformidade com a disponibilidade e motivação dos participantes. Não foram utilizadas técnicas de persuasão de qualquer espécie no sentido de tentar convencer quem não quisesse participar. Além disso, os participantes eram esclarecidos que podiam desistir de sua participação a qualquer momento da realização da pesquisa, sem prejuízos para o seu atendimento no serviço. Todas as participantes da pesquisa⁴ são aqui mencionadas por meio do uso de nomes fictícios e sua descrição buscou preservar seu anonimato. Todos os profissionais e familiares citados pelas participantes nas entrevistas também tiveram seus nomes substituídos por pseudônimos.

A apresentação do GRATA como o contexto de produção dessa pesquisa foi feita com a anuência de sua coordenação sobre tal aspecto. As demais exigências preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridas.

A seguir, expomos os critérios que orientaram o convite para a participação neste estudo.

3.4 PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Convidamos para participarem desta pesquisa todos os pacientes que:

- 1) Tivessem sido diagnosticadas com *AN* ou *BN*;
- 2) Estivessem sendo atendidos pelo GRATA durante o período da realização das entrevistas para este estudo (Janeiro a Junho de 2008);
- 3) Estivessem sendo atendidos pelo GRATA há pelo menos um ano, a contar retroativamente do início da realização desta pesquisa. A escolha desse intervalo temporal buscou garantir que os participantes tivessem uma história consolidada de engajamento no tratamento e relacionamento com o serviço.

⁴ Apenas mulheres participaram deste estudo.

- 4) Aceitassem participar desse estudo e formalizassem sua anuência com a assinatura do TCLE.

A quantidade de pessoas elegíveis para essa pesquisa na época da coleta de dados, considerando-se esses critérios de seleção era de 38. A apresentação e o convite para a participação nesta investigação foram feitos, primeiramente, pelos coordenadores do grupo de apoio psicológico, que pediram a permissão dos participantes para que a pesquisadora Laura comparecesse em uma sessão para anunciar a pesquisa e solicitar a colaboração dos presentes. Após a autorização dos participantes do grupo, a pesquisadora expôs os objetivos da pesquisa, falou sobre como as entrevistas seriam realizadas e se colocou à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora combinou com os pacientes que toda sexta-feira, dia do ambulatório, passaria na sala de espera para agendar as entrevistas com quem aceitasse participar do estudo. Como nem todos os pacientes estavam presentes no grupo de apoio no dia da apresentação da pesquisa, os coordenadores do grupo se encarregaram de convidar os demais pacientes nas sessões posteriores.

Originalmente, nosso projeto previa conhecer como pacientes, profissionais da equipe do serviço e familiares atendidos nos grupos de apoio destinado a eles construía sentidos sobre os TA e sobre o tratamento. Dessa forma, as entrevistas com os pacientes foram conduzidas concomitantemente com a realização de entrevistas com essas duas outras populações. Dada a expressiva quantidade de material produzida, optamos por focar nosso estudo nas entrevistas realizadas com as pacientes, em um primeiro momento, sendo que as demais serão utilizadas para estudos futuros. Os roteiros utilizados para nortear as entrevistas realizadas com os profissionais e familiares encontram-se nos apêndices desta tese para conhecimento do leitor (Apêndice D e E).

De maneira geral, os pacientes se mostraram disponíveis em colaborar com a pesquisadora, porém, uma dificuldade que surgiu no agendamento das entrevistas foi o fato de alguns quererem participar, mas terem de ir embora logo após a consulta com os médicos ou nutricionistas. A pesquisadora se dispôs a realizar as entrevistas fora do dia do ambulatório, porém percebeu-se que as dificuldades de deslocamento, especialmente no caso de pacientes que moravam em outras cidades e estados, acabou por impedir que se deslocassem ao hospital em outros dias da semana. Além disso, dada a concorrência de horários da realização das entrevistas com os atendimentos clínico-nutricionais, usualmente foi possível agendar apenas uma entrevista por dia de ambulatório. No período em que a pesquisadora ficou disponível para realizar as entrevistas com as pacientes (seis meses), 12 mulheres, com idade entre 13 e 45 anos, aceitaram participar da entrevista.

3.5 PERSPECTIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS ADOTADAS

Uma vez que a proposta construcionista social não entende teoria como representação de uma realidade, Gergen (1997) propõe que as teorias sejam entendidas como performáticas, isso é, como capazes de promover trocas sociais mais ou menos significativas, considerando-se uma inteligibilidade local. Portanto, seu valor está em sua capacidade pragmática. A escolha das teorias em uma pesquisa não acontece *a priori*, sendo um exercício de responsividade à leitura das entrevistas, ao momento de desenvolvimento da pesquisa e às particularidades dos pesquisadores (McNAMEE, 2004a). Neste estudo, utilizamos como referencial teórico para a análise das entrevistas a Teoria relacional do sentido (GERGEN, 1997), e como referenciais teórico-metodológicos a Teoria do posicionamento (HARRÉ; Van LANGENHOVE, 1999) e a proposta das Práticas discursivas e produção de sentidos (SPINK; MEDRADO, 2000). A escolha desses referenciais foi feita considerando-se sua proximidade com o discurso construcionista social em pesquisa, pela afinidade dessas teorias entre si, por sua utilização em investigações construcionistas contemporâneas e por terem sido considerados instrumentos valiosos para a construção de nossos argumentos na análise das entrevistas.

Como coloca Gergen (1997), a Teoria relacional do sentido é uma proposta que leva em conta os pressupostos construcionistas sociais e que busca compreender as ações humanas a partir do estudo dos processos relacionais. Como afirma Guanaes e Japur (2003) a noção de um “eu” constrói-se nas práticas discursivas e, portanto, garante à identidade seu caráter discursivo. Dentre as possíveis teorizações sobre identidade na literatura construcionista, temos a Teoria do Posicionamento de Harré e Van Langenhove (1999), que é por nós apropriada neste estudo como proposta teórica e metodológica de análise do “eu” como construção social.

A abordagem das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no cotidiano é considerada por Spink e Frezza (2000) como uma proposta baseada nos princípios construcionistas sociais, com o foco no estudo da linguagem.

A seguir, apresentamos com mais pormenores essas propostas.

3.5.1 Teoria relacional do sentido

Quando um mundo real pode ser refletido por um mundo mental e a única forma de determinar a combinação entre um e o outro é via mundo mental, então o mundo real vai sempre permanecer opaco e a relação entre os dois permanecerá inexplicável (GERGEN, 1997, p. 129, tradução nossa).

O conceito de sentido tem sido muito utilizado na Psicologia como se referindo ao sentido individual, ou seja, o sentido que a pessoa dá para “as coisas” (GERGEN, 1997). Gergen (1997) sugere, como opção alternativa ao conceito de sentido como derivado de um mundo individual, a noção de “sentido com os outros”, do sentido compartilhado. Para esse autor, são os relacionamentos humanos que geram linguagem e entendimento, e as pessoas entendem umas às outras por participarem de sistemas comuns de significação: “não é o indivíduo que preexiste aos relacionamentos e inicia o processo de comunicação, mas as convenções dos relacionamentos que permitem que o entendimento seja alcançado” (GERGEN, 1997, p. 263, tradução nossa).

Gergen (1997) apresenta os principais pontos de uma teoria relacional do sentido:

(1) “As expressões individuais em si mesmas não possuem sentido” (GERGEN, 1997, p. 264, tradução nossa). Não existe uma origem específica para o sentido, pois sempre estamos em relação. Sozinhas, as falas de uma pessoa não são capazes de significar nada, pois a comunicação depende de uma história anterior de relacionamentos.

(2) “O potencial para a significação ocorre na ação suplementar” (GERGEN, 1997, p. 264, tradução nossa). Quando outras pessoas passam a se coordenar com relação à expressão de uma pessoa, começa a produção de sentidos. A ação das demais pessoas é chamada de ação suplementar e é ela que indica se a expressão inicial foi capaz de comunicar algo ou não. É na relação ação-e-suplemento que o sentido está localizado.

(3) “Suplementos agem para criar e para limitar o sentido” (GERGEN, 1997, p. 264, tradução nossa). Os suplementos funcionam, como aponta O autor, como potencializadores e limitadores de sentido. Isso porque as tradições culturais disponibilizam os suplementos que parecem ser mais adequados para cada expressão, abrindo alguns caminhos e fechando outros. Assim, os suplementos determinam os sentidos das ações, e as ações, por sua vez, criam e limitam a suplementação.

(4) “Qualquer suplemento (ou ação-e-suplemento) é um candidato para suplementações futuras” (GERGEN, 1997, p. 266, tradução nossa). O suplemento não

cristaliza o sentido, servindo também como base para suplementações posteriores, e o relacionamento ação-suplemento permanece aberto para construções futuras.

(5) “Sentidos estão sujeitos à contínua reconstituição pela via da expansão do domínio de suplementação” (GERGEN, 1997, p. 267, tradução nossa). Os sentidos não são fixos, mas sofrem constantes transformações no transcorrer do processo relacional.

(6) “Com a coordenação (ordenação) crescente dos relacionamentos, ontologias e suas instâncias são desenvolvidas” (GERGEN, 1997, p. 268, tradução nossa). Nas trocas estabelecidas entre as pessoas, padrões são criados e ontologias são produzidas, gerando estabilidades.

(7) “Ao ser estabelecido o consenso, estabelecem-se também as bases para o entendimento e desentendimento” (GERGEN, 1997, p. 269, tradução nossa). Segundo o autor, a falha na compreensão nasce da coordenação mútua. Como participamos de múltiplos contextos de produção de sentidos, cada uma vai trazer para os relacionamentos diferentes “ontologias”, o que pode gerar discordância. Gergen faz uma pontuação importante de que a intenção não é comprovar a teoria relacional do sentido como mais verdadeira do que qualquer outra, pois cairíamos em um discurso realista, mas perceber sua utilidade nos processos relacionais.

3.5.2 Teoria do posicionamento

O conceito de posicionamento refere-se à “construção discursiva de histórias pessoais que fazem as ações das pessoas inteligíveis e relativamente determinadas como atos sociais e dentro das quais os membros da conversa têm posições específicas” (Van LANGENHOVE; HARRÉ, 1999, p. 16, tradução nossa). O conceito de “posição” refere-se a um conjunto de “atributos pessoais genéricos” que constroem nas relações um lugar social específico (Van LANGENHOVE; HARRÉ, 1999). Esse lugar social específico, no presente trabalho, corresponde aos lugares ocupados pelo profissional e pelo paciente no tratamento dos TA. Esses distintos lugares implicam diferentes deveres e direitos no que concerne, por exemplo, às decisões a serem tomadas com relação aos cuidados em saúde. Cabe lembrar que as posições se cristalizam ou se modificam em função das mudanças ocorridas nas práticas discursivas. Dessa forma, para uma pessoa ser posicionada como alguém que tem poder, por exemplo, alguém deve assumir o lugar de fraco.

Os jogos de posicionamentos servem para sustentar determinadas nas relações sociais (HARRÉ; Van LANGENHOVE, 1999). Ou seja, uma pessoa, quando procura um consultório

médico, pode achar perfeitamente coerente o pedido do profissional para examiná-la, diferentemente do que ocorreria se quem fizesse tal pedido fosse o caixa de um supermercado a quem ela se dirige com suas compras. O papel social pode garantir o direito de uma pessoa se posicionar de determinadas maneiras, ou o dever de agir de determinadas formas. Ainda que possa cristalizar algumas formas de relação, os posicionamentos acontecem momento a momento. Assim, podendo em um dado ponto da interação uma pessoa pode estar se posicionando ou ser posicionada como culpada e, no ponto seguinte, ocorrer o inverso. Por essa razão, o conceito de posicionamento fala de uma fluidez.

Como um instrumento de análise do discurso (HARRÉ; Van LANGENHOVE, 1999), o estudo dos jogos de posicionamentos propõe-se a compreender (1) a posição ocupada por uma dada pessoa em interação; (2) a força social de suas ações a partir da posição ocupada e (3) a linha de história participante do jogo de posicionamento. A força social de uma ação determina e é determinada pela posição ocupada. Assim, se me posiciono como dependente de alguém, essa posição me permite a ação de pedir ajuda, de me aproximar dessa pessoa, de exigir cuidado, e assim por diante. A linha de história é a história conversacional das pessoas em interação, por exemplo, as histórias que um profissional e um paciente tiveram anteriormente, o jeito que ambos se colocam em relação um com o outro, a forma que se relacionaram em encontros prévios. Essa tríade, posição, força social e linha de história são, para Harré e Van Langenhove (1999), mutuamente determinantes nos jogos de posicionamentos.

Outro foco de análise são os “episódios formais”, que são sequências de acontecimentos que formalizam algumas regras com relação a como as pessoas vão se portar em determinada situação. Um exemplo seria a consulta profissional-paciente em um ambiente hospitalar. O episódio formal pode implicar alguém que procura ajuda, conta sobre seu *problema* e recebe cuidado especializado. Participa desse episódio a história de interações sociais anteriores que as pessoas trazem para a interação atual. Profissional e paciente trazem para seus encontros uma série de conversações prévias sobre como devem se colocar nessa relação, trazem conhecimentos sobre quem é o profissional e quem é o paciente, somados às experiências acumuladas em encontros similares anteriores.

Ao falarmos, nos posicionamos e somos posicionados, ao mesmo tempo em que posicionamos a pessoa de quem estamos falando (Van LANGENHOVE; HARRÉ, 1999). Todavia, ao invés de entendermos esses posicionamentos como fruto de intencionalidades individuais, a proposta é que, na análise das práticas discursivas, possamos considerá-los como “produções conjuntas” (SPINK, 2004, p. 51).

Pensar a construção do “eu”, a partir dos jogos de posicionamento que constroem discursivamente a noção de uma identidade, serve ao questionamento do “eu” como uma essência imutável ao longo do tempo (GUANAES; JAPUR, 2003). Dessa forma, como sustentam essas autoras, é apenas considerando-se o momento interativo que se torna possível falar sobre uma posição assumida, o que convida à convivência de uma multiplicidade de versões de eu. Pluralidade valorizada pela perspectiva construcionista social (RASERA; GUANAES; JAPUR, 2004).

3.5.3 Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano

A proposta teórico-metodológica em pesquisa denominada Práticas discursivas e produções de sentidos no cotidiano entende que, com o estudo das práticas discursivas, é possível analisar a produção de sentidos nas conversas entre pessoas (SPINK; MEDRADO, 2000). O conceito de sentido está sendo entendido da mesma maneira que Gergen (1997) o teorizou, como uma prática relacional. Para Spink e Medrado (2000) a produção de sentidos é

como um fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (p. 42).

Segundo esses autores, a análise dos contextos discursivos pode se dar de maneira temporal, entendendo os diferentes tempos históricos que os atravessam. Em uma análise de “Tempo Longo” busca-se o reconhecimento dos conteúdos culturais e discursos institucionalizados presentificados na linguagem em uso. Discurso é entendido pelos autores como regularidades linguísticas, sendo que diferentes grupos sociais compartilham de diferentes discursos. Nas conversas entretecidas em equipes multiprofissionais, Psicologia, Medicina, Nutrição, Fisioterapia e Terapia Ocupacional passam a ser entendidas como instituições promotoras de discursos oficiais, que são utilizados nas trocas conversacionais para a produção de sentidos sobre “o mundo”. Considerando a análise das entrevistas neste estudo, convidamos as participantes a produzirem sentidos (em conjunto com a entrevistadora) sobre, entre outros temas, suas experiências e relações com os profissionais daquele e de outros serviços especializados no tratamento dos *TA*. Na conversa, elas fizeram uso de diversos discursos sociais em um esforço de produção de sentidos.

Em uma análise de “Tempo Vivido”, conforme formulado por Spink e Medrado (2000), os jogos de linguagem próprios da história de socialização de cada pessoa são identificados. Esse tempo conta dos posicionamentos assumidos pela pessoa nas relações com diferentes grupos sociais e inclui suas narrativas identitárias. Narrativas estão sendo entendidas como recursos conversacionais, construtoras de realidades relacionais. Nossas narrativas do mundo não devem ser remontadas, em sua origem, nem a uma mente individual nem a “eventos” acontecidos. Apenas dentro de uma perspectiva cultural os “eventos” se tornam “eventos” (GERGEN, 1997).

Uma análise de “Tempo Curto” das práticas discursivas mostra os processos dialógicos no microcosmo da interação face a face entre as pessoas (SPINK; MEDRADO, 2000), em nosso caso, na interação entrevistadora e entrevistada. Dialogia é entendida como o foco naquilo que as pessoas constroem juntas, ao invés do foco em indivíduos auto-contidos, seus motivos e suas lógicas. O estudo desse tempo tem o foco no endereçamento das falas dos participantes da conversa considerando-se as pessoas que estão engajadas na interação. Esse é o tempo no qual diferentes repertórios interpretativos (POTTER; WETHERELL, 1996; SPINK; MEDRADO, 2000) são utilizados pelas pessoas para produzirem sentidos. Repertórios interpretativos são

as unidades de construção das práticas discursivas – o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem – que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos (SPINK; MEDRADO, 2000, p. 47).

Além do uso dos repertórios interpretativos, diferentes vozes (BAKHTIN, 1997) são evocadas para a construção de argumentos na conversa (SPINK; MEDRADO, 2000). No caso das entrevistas realizadas, buscamos reconhecer quais vozes foram evocadas para a produção de sentidos nas entrevistas. Tais vozes podiam ser de profissionais do GRATA ou de outros serviços que fizeram, por exemplo, determinados pedidos para as pacientes, que trouxeram uma informação significativa sobre algo ou que recriminaram algum comportamento. Assim como poderiam ser outras vozes que compareceram em suas histórias.

Na sequência, apresentamos o caminho metodológico percorrido, pontuando para o leitor como o cenário da entrevista é espaço não de coleta de dados, mas de produção conjunta de sentidos, produção na qual o pesquisador está ineludivelmente implicado.

3.6 CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO

Como colocam Hosking e McNamee (2011), partindo do discurso construcionista social sobre pesquisa, não é possível ver como separadas a descrição de uma pesquisa e sua construção, o processo de seu resultado, o pesquisador do pesquisado. Assim, considera-se que o “eu” do investigador se modifica durante esse pesquisar, assim como as posições que ele ocupa e suas relações com a comunidade que está sendo investigada. Com isso, não existe um lugar que o pesquisador possa ocupar que lhe dê privilégio para construção do conhecimento (HOSKING; McNAMEE, 2011). Por essa razão, a escolha metodológica deve ser entendida como uma prática social que abre algumas possibilidades e fecham outras.

O método não possui sentido em si mesmo, mas antes, oferece uma orientação, coloca em prática a metateoria ou o discurso construcionista social e direciona o que o pesquisador vai tomar como dados, como objeto de estudo e como rigor (HOSKING; McNAMEE, 2011). Adotamos como critério de rigor metodológico a clareza na descrição dos passos adotados e à explicitação das razões que justificam sua escolha (SPINK; LIMA, 2000). Assim, buscamos mostrar ao leitor de que forma nossas escolhas construíram nosso *corpus* de análise, como apresentado a seguir.

3.6.1 Entrevista como espaço de produção de dados

Consideramos a entrevista não como o momento de descobrir “como as coisas realmente são” para o entrevistado, mas de um expandir de sentidos. Não há nada a ser descoberto, mas sim conjuntamente construído, sendo que o pesquisador participa da produção de sentidos na interanimação dialógica que dinamiza a entrevista (McNAMEE, 2004b). O entrevistador não está descobrindo verdades, mas negociando entendimentos em um processo dialógico e dinâmico, com realidades que são criadas a partir de uma matriz relacional. Como pontuam Gehart, Tarragona e Bava (2007), as perguntas que fazemos sempre estão situadas em redes complexas de “relacionalidade”. E as respostas da entrevista não emergem a partir de fora de uma posição externa à conversa, mas de dentro dela, produto do diálogo com o pesquisador, no esforço de ambos de manterem a coerência com o que está sendo dito pelo outro. Dessa forma, o pesquisador não se posiciona como especialista na vida do entrevistado, mas se coloca em uma posição de quem está aprendendo com o participante.

No quadro a seguir apresentamos os temas sobre os quais conversamos nas entrevistas com as pacientes. Expomos, também, nossos objetivos ao abordarmos tais temas:

	Tema	Objetivo
1	O que são os TA.	Investigar a produção de sentidos sobre os TA.
2	Qual a melhor forma de um profissional falar para alguém do diagnóstico de AN e BN.	Compreender o que é o útil no momento em que um profissional enuncia o diagnóstico para a pessoa.
3	O que ajuda na chegada ao serviço e no início do tratamento.	Conhecer o que é útil no acolhimento dessas pessoas no serviço.
4	O que ajuda durante o tratamento.	Resgatar os sentidos sobre o que faz o sucesso no tratamento e sobre o que é percebido como bom com relação nos atendimentos propostos.
5	O que ajuda durante a internação (caso tenham vivido tal situação).	Compreender o que colabora no sucesso do tratamento e o que é bom com relação aos atendimentos propostos.
6	O que ajuda na relação com os profissionais.	Compreender o que é útil durante a internação.
7	O que ajuda na relação com os familiares.	Compreender quais poderiam ser as maneiras úteis de se relacionar com os familiares.

Quadro 1: Temas e objetivos do roteiro de entrevista com as pacientes.

Como é possível perceber pelo Quadro 1, foram incorporadas ao roteiro perguntas apreciativas (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005), buscando estimular que as participantes contassem não sobre o que consideravam problemático no tratamento, mas sobre aquilo que consideravam valioso. Buscávamos, com isso, sair do convite para uma postura denunciativa das participantes, o que ao nosso ver não convidaria a relacionamentos futuros mais férteis, para o foco nas histórias sobre aquilo que deu certo e que, portanto, teria maior chance de oferecer recursos para a construção de um espaço de tratamento mais significativo para as participantes. Uma vez que o discurso construcionista social entende que “perguntas sobre *problemas* convidam respostas que elaboram, expandem e refinam uma realidade de *problemas*, fazer perguntas sobre o que é valorizado e sobre experiências de sucesso é elaborar, expandir e construir possibilidades” (SOUZA; McNAMEE; SANTOS, 2010). Um exemplo de pergunta apreciativa formulada sobre as relações das participantes com os profissionais foi: “Pense em um profissional com o qual você tenha uma relação muito positiva. Descreva como é essa relação.”

Ainda que estivessemos buscando sobre aquilo que as participantes apreciavam no tratamento, o rumo da conversa foi indicando se elas gostariam de falar de tais aspectos, ou se iriam conversar sobre aquilo que consideravam problemático no serviço ou na instituição, nos atendimentos, no seu relacionamento com seus familiares ou no relacionamento com os profissionais. Ou seja, histórias sobre *problemas* eram também bem-vindas e a pesquisadora buscava engajar-se nas entrevistas seguindo o caminho que as participantes delineavam em sua conversa. Considerando-se o tema sensível do relacionamento com os profissionais, as

participantes, em sua maioria, se engajaram na construção de narrativas nas quais algum conflito nessas relações era exposto. Histórias sobre relacionamentos considerados positivos apareceram mais em resposta a uma pergunta direta da entrevistadora sobre isso.

Uma justificativa para o predomínio de narrativas conflitivas pode ter relação com a forma como tradicionalmente é entendido o convite para participar de uma pesquisa, que tem como foco, conforme fora explicitado pela entrevistadora para cada participante, a busca da melhoria do atendimento ofertado pelo GRATA. Ou seja, tal apresentação pode ter convidado a pesquisa a ser vista como um espaço de se poder falar dos descontentamentos ou do que não se gosta no tratamento, até como forma dessas queixas de alguma maneira chegarem ao conhecimento da equipe de profissionais e promoverem mudanças. Usualmente, em nossas práticas discursivas, associamos pesquisas de satisfação com algum produto ou serviço com a postura de falar sobre aquilo de que não se gosta.

Ao mesmo tempo, entendemos que a riqueza de histórias evocadas pelas participantes ao relatarem suas experiências no serviço, ainda que tivessem um tom denunciativo, só poderiam ser ofertadas se elas acreditassem que a equipe de saúde era capaz de fazer transformações no serviço após terem contato com suas narrativas. Nesse sentido, Laura estava posicionada como a ponte entre os pedidos das participantes e a notificação da equipe sobre eles.

Além de termos realizado perguntas apreciativas, incluímos no roteiro perguntas com o foco em um futuro ideal, de forma a conhecer o que as participantes consideravam relevante no tratamento. Algumas perguntas formuladas foram: “Imagine que se passou um ano e você tem a melhor relação possível com os profissionais da equipe. Tudo que você gostaria que acontecesse de bom aconteceu na sua relação com as pessoas. Nesse cenário perfeito, descreva como passou a ser sua relação com os profissionais”. Uma outra questão foi: “Imagine que se passou um ano, você acordou hoje e todos os seus desejos em relação a essa instituição foram realizados. Como é esse cenário? O que mudou? O que você precisou fazer para isso acontecer? O que as demais pessoas envolvidas precisaram fazer para isso acontecer?”.

Um roteiro de entrevista (Apêndice F), serviu de ponto de partida para as conversas com as participantes. Adotando uma postura de curiosidade, outras perguntas foram acrescidas pela entrevistadora Laura, buscando sempre atender aos objetivos traçados. As entrevistas foram audiogravadas por meio de um gravador de fitas K-7, e duraram, em média, 40 minutos. À exceção de uma participante, todas as entrevistas foram realizadas em um único encontro. Previamente, foi realizada uma entrevista piloto para a análise da

inteligibilidade das questões e duração da entrevista. A única sugestão de modificação no roteiro feita por essa participante foi a diminuição da quantidade de perguntas. O formato final do roteiro contempla essa sugestão.

3.6.2 Construção do *corpus* de análise

Todas as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra e de forma literal. Para Hosking e McNamee (2011), as transcrições das entrevistas não são entendidas como representações de um conhecimento que estaria “dentro da pessoa”, mas como coconstruções, que incluem o pesquisador em suas decisões quanto ao uso de pontuação e sua escuta atenta do material, fundamentada em seus pressupostos teóricos.

Guanaes e Japur (2008) afirmam que uma investigação fundamentada nos pressupostos construcionistas sociais pode acontecer com o reconhecimento dos “momentos marcantes”, ou seja, os momentos que tocaram o pesquisador de forma especial na leitura do material, como um recurso para a produção de sentidos na valorização da apresentação da pesquisa a partir das “relações ou conexões que [o pesquisador] estabelece com aspectos que lhe são mais familiares” (p. 119) com relação ao material analisado. Na leitura das transcrições das entrevistas com as pacientes, na busca por esses momentos marcantes, se destacavam as histórias que as participantes contavam sobre os encontros e desencontros com profissionais, suas narrativas sobre a necessidade de proximidade afetiva com os profissionais, a demanda pela participação nas decisões da equipe e a denúncia de momentos nos quais se sentiam estigmatizadas ou excluídas pelos profissionais. Também chamava nossa atenção a forma como todas as participantes construíram a qualidade do relacionamento profissional-paciente como peça-chave para o êxito do tratamento.

Todos esses elementos participaram da escolha dessa temática como foco de um estudo aprofundado. Tomados por esse desejo, delineamos o objetivo geral deste trabalho, que foi, como previamente apresentado, o de compreender como as participantes, em suas práticas discursivas, produziam sentidos sobre suas relações com os profissionais, considerando-se como contexto de produção de tais sentidos o tratamento dos *TA*.

As participantes contaram de suas relações com os profissionais do GRATA, mas também de relacionamentos com profissionais de outras instituições nas quais foram atendidas anteriormente, ou de profissionais que elas procuraram antes de buscarem por um serviço especializado na assistência em *TA*. As participantes também contaram de seu relacionamento com profissionais do Ambulatório de Psiquiatria, que em alguns casos fazia o

atendimento psiquiátrico das pacientes do serviço de *TA* aqui estudado. Quando as participantes relatavam suas experiências de negociações de sentidos com profissionais durante sua internação hospitalar, falavam dos profissionais que não são da mesma equipe que a do serviço de atendimento ambulatorial. Incluímos todas essas narrativas em nosso estudo, considerando que elas poderiam fomentar importantes reflexões sobre como essas relações são construídas e quais recursos alternativos podem ser convidados para sua reconstrução.

Após esses primeiros passos de constituição do *corpus* de análise, realizamos uma nova leitura das entrevistas, com o objetivo de destacar as falas nas quais estavam presentes a temática da relação do paciente com os profissionais. Esse realce nos possibilitou perceber em quais entrevistas essa temática era predominante. Cinco participantes responderam de forma mais pessoal e menos abstrata sobre o que é um relacionamento significativo com um profissional, oferecendo histórias de seus relacionamentos anteriores e atuais com os profissionais, narradas com riqueza de detalhes. Sentindo a necessidade de fazermos escolhas com relação às entrevistas a serem analisadas, considerando-se a vasta quantidade de material que tínhamos, consideramos essa riqueza de narrativas como um critério válido para seleção dessas cinco entrevistas para análise.

Sabendo-se que essas entrevistas abordavam outros temas, que não apenas o que nos interessava para atender aos objetivos deste trabalho, alguns recortes do material foram feitos. Para que esses recortes fossem apresentados ao leitor em seu contexto de produção (SPINK; MENEGON, 2000), dois cuidados foram tomados. Primeiro, inspirados nos passos metodológicos empreendidos por Rasera e Japur (2003) dividimos as entrevistas em momentos, considerando para essa divisão os temas que estavam sendo conversados em cada um deles. Disponibilizamos, ao final deste trabalho (Apêndice G), as “delimitações temático-sequenciais” (RASERA; JAPUR, 2003) numeradas na ordem cronológica em que aparecem nas cinco entrevistas selecionadas. Após essa divisão de momentos, selecionamos para análise apenas os momentos nos quais as conversas sobre as relações profissional-paciente estivesse presente. O leitor pode, considerando essa numeração, consultar os apêndices deste trabalho e saber quais foram as temáticas que precederam e antecederam os momentos selecionados para análise. Para a apresentação dos momentos selecionados para o leitor, tomamos um segundo cuidado de contextualização, que foi o de colocar todas as falas desse momento na íntegra, preservando a sequência dos diálogos entre entrevistadora e entrevistada (SPINK; LIMA, 2000).

O conjunto dos momentos significativos dessas cinco entrevistas, que tinham como tema principal as relações profissional-paciente formou o *corpus* a ser analisado. Os recursos utilizados para sua análise serão expostos a seguir.

3.6.3 Análise como produção de sentidos

A análise do *corpus* é também um processo de produção de sentidos, que acontece desde a decisão sobre o que o pesquisador vai investigar, a revisão bibliográfica realizada, a escolha da perspectiva metodológica, o contato com os participantes, entre outros aspectos (GERGEN; GERGEN, 2007). Portanto, qualquer análise não pode ser vista de forma separada dos processos relacionais que a constitui. Vista como uma atividade social, cabe aqui, mais uma vez, a postura reflexiva do pesquisador de explicitar para o leitor sua relação com o material. O pesquisador deverá apontar as histórias e as vozes que foram importantes para a tomada de decisões na pesquisa e que atravessaram o processo analítico. A visibilidade do processo analítico inclui a exposição do pesquisador sobre suas preferências por determinadas ferramentas conceituais e teóricas (GEHART; TARRAGONA; BAVA, 2007). Apontamos anteriormente quais foram as teorias e propostas metodológicas que elegemos para a análise das entrevistas e gostaríamos de explicitar de que forma seu uso nos ajudou na análise das entrevistas.

A escolha pela Teoria relacional do sentido nos deixou atentos para considerarmos que os sentidos produzidos nas entrevistas sobre o relacionamento profissional-paciente não nasceram da mente individual das participantes, ou expressavam uma opinião pessoal que os participantes já carregavam consigo antes da entrevista e que apenas relataram para Laura. Qualquer inteligibilidade produzida nas entrevistas foi parte do cenário relacional entrevistadora e entrevistada e não pode ser considerada fora dele (SPINK; LIMA, 2000). Buscamos, em nossa análise, destacar os sentidos produzidos pelas participantes na construção de narrativas sobre suas relações com os profissionais.

A abordagem das Práticas discursivas e produção de sentidos foi fundamental para nos auxiliar na análise das entrevistas, considerando-se seus atravessamentos históricos. Em uma análise de tempo longo das entrevistas buscamos reconhecer quais eram os discursos utilizados, a quais tradições em ciência eles remetiam, quais disciplinas científicas os institucionalizam e quais as consequências de seu uso para sustentação de determinados lugares e pedidos no tratamento e na relação com os profissionais. Considerando-se o tempo vivido, buscamos reconhecer as construções de si trazidas pelas participantes e sua relação

com a construção de determinados tipos de relações com os profissionais. Em uma análise de tempo curto, prestamos atenção na implicação dessas práticas discursivas no aqui e agora da entrevista, levando em conta que as participantes estavam contando suas histórias para uma psicóloga do serviço, para uma outra mulher, para uma pesquisadora de Doutorado, para alguém que estava apresentando determinadas expressões faciais e gestos, e para alguém que respondia a suas falas de maneiras específicas. Buscamos reconhecer quais vozes foram evocadas para a produção de sentidos nas entrevistas. Por fim, buscamos destacar os repertórios interpretativos utilizados para a produção de sentidos sobre as relações das participantes com os profissionais.

Assim como mencionado por Rasesa e Japur (2001), a análise dos jogos de posicionamentos nos ajudou na visualização das construções discursivas de si das participantes. Buscamos apontar nas entrevistas as diferentes posições assumidas pelas participantes e pela entrevistadora na construção de diferentes “eus” e sua implicação nas práticas discursivas sobre o relacionamento profissional-paciente. Essa análise incluiu entender como a entrevistadora foi posicionada pelas participantes nessas conversas, como as posicionou e como ela própria se posicionou no decurso do diálogo. Abordamos também a forma como as participantes posicionaram os profissionais de quem falavam em suas narrativas.

Entendemos que qualquer separação entre o conteúdo das falas das participantes ou da entrevistadora e seus efeitos para a conversa tem uma finalidade eminentemente didática, uma vez que são entendidas como indissociáveis (GERGEN, 1997). A separação entre conteúdo e processo, feita pelo pesquisador, é também uma construção social com efeitos específicos para a produção de determinadas análises. Considerando que nossa análise fornece uma versão sobre “os dados coletados” e não uma aproximação da verdade (GEHART; TARRAGONA; BAVA, 2007; SPINK; MENEGON, 2000), comentamos a seguir algumas formas de linguagem que utilizamos em nosso trabalho.

3.6.3.1 Linguagem utilizada na análise e recursos alternativos oferecidos

Como pontuado por Hosking e McNamee (2011), o investigar é um processo de recriação de realidades relacionais. Segundo Gergen (1997), para nos referirmos a realidades relacionais uma linguagem relacional é requerida. Todavia, como ressalta o autor, é um desafio encontrar palavras, termos e expressões que construam um discurso da “relacionalidade” (p. 270, tradução nossa). É muito interessante a analogia que o autor faz

para explicar esse desafio, utilizando-se da descrição de Wittgenstein (1999) sobre os jogos de linguagem. Ao falarmos das peças do xadrez como “coisas” que existem separadamente, estamos empregando o discurso individualista, tão conhecido de todos nós e com vocabulário vastamente disponível. O discurso da relacionalidade seria a possibilidade de encontrar palavras que descrevessem o próprio jogo de xadrez, sem a separação de suas peças, traçando construções sobre o processo relacional que constrói o jogo.

Como escapar da armadilha que nos convida à perpetuação de uma linguagem individualista? No desafio com que nos deparamos para a criação de uma nova linguagem em ciência, Gergen (1997) deixa claro não estar sugerindo o abandono de vocabulários que se mostram úteis dentro das tradições culturais contemporâneas: “Isso resultaria em uma linguagem sem utilidade, abstraída de qualquer contexto...” (p. 218, tradução nossa). O que ele propõe é a possibilidade de falarmos dos processos relacionais ao invés de focarmos em um mundo interno individual. Em alguns momentos deste estudo, uma linguagem realista permaneceu em nossa escrita, separando o profissional do paciente, um falante de um ouvinte, alguém que exerce uma ação e alguém que a recebe. Solicitamos que o leitor compreenda essas diferentes formas de escrita como opções discursivas e não como representação de como as coisas realmente são ou deveriam ser.

Ao discutirmos as entrevistas, utilizamos o recurso das aspas quando, em nossa análise, estivermos usando as palavras e termos mencionados pelas participantes. Nesse caso, essas mesmas palavras foram destacadas em negrito no trecho da entrevista para facilitar a sua identificação. Além disso, quando nos referimos a determinados trechos da entrevista o retomamos dentro de parênteses para que o leitor pudesse saber a que ponto da conversa estávamos nos referindo. Esses trechos também foram destacados nos recortes das entrevistas, sendo sublinhados.

Entendemos que em nossa análise partimos de um discurso construcionista social para pensar as práticas discursivas sobre as relações profissional-paciente, em um contexto de produção no qual as pessoas participantes dessas práticas não necessariamente conhecem ou fazem uso do discurso construcionista social; por essa razão, suas práticas não são necessariamente informadas por esse paradigma em ciência. No intuito de oferecer alguns recursos relacionais alternativos para pensar as relações profissional-paciente no tratamento dos TA, buscamos na literatura construcionista social alguns conceitos e teorias que possam informar uma prática colaborativa entre pacientes e profissionais e que possam atender a algumas demandas que as participantes deste estudo produzem em suas entrevistas. Por essa razão, o conceito de “Ser relacional” (GERGEN, 2009b), de “Responsabilidade relacional”

(McNAMEE; GERGEN, 1999) e a abordagem colaborativa (ANDERSON, 2009) são oferecidas como inspirações para pensar as ações conjuntas em saúde.

A oferta de uma inteligibilidade distinta para pensar essas práticas busca responder à crítica recorrente de que muitas pesquisas procuram questionar aquilo que está sendo dado como óbvio, mostrando seu caráter relacionalmente construído, mas não oferecem caminhos para a ação futura, ou seja, que coadunem uma visão crítica e também propositiva (GERGEN; GERGEN, 2007; HOSKING; McNAMEE, 2011). Isso pressupõe não assumir apenas uma postura de criticar algumas formas de linguagem, pelas práticas de exclusão que elas podem engendrar, mas propor discursos generativos que desafiem tradições de entendimento para novas propostas de ação social. Essa postura caracterizaria o pesquisador, como falam Gergen e Gergen (2007), como um ativista poético, ou seja, um criador de novas formas de linguagem e novos modos de ação ética no mundo.

Essas ofertas podem ser consideradas úteis ou não pelos leitores deste trabalho. Ao invés de colocarem-se em uma postura de concordância ou negação dessas ideias, convidamos os leitores a buscarem suas próprias ferramentas e recursos alternativos para abordarem as realidades relacionais que consideram que necessitam de mudança. Lembrando que a definição de bom e ruim será sempre relacional.

No próximo capítulo apresentamos a descrição das cinco participantes do estudo, que foram priorizadas no recorte que efetuamos no *corpus* da pesquisa.

4. PRODUZINDO VERSÕES IDENTITÁRIAS: AS PARTICIPANTES DA PESQUISA

As categorias que escolhemos para falar das participantes de nosso estudo são entendidas como construções sociais e não como reflexo de uma realidade externa que observamos e descrevemos objetivamente. Assim, fomos ativos na construção dessas versões identitárias e escolhemos destacar, assim como sugerem Guanaes e Japur (2008), além das categorias tradicionais de descrição, aquilo que foi considerado como marcante no contato da pesquisadora Laura com cada uma dessas mulheres.

No decorrer das entrevistas as próprias participantes apresentaram diferentes descrições de si, o que nos conta do caráter relacional e discursivo do “eu” (GUANAES; JAPUR, 2003). Dessa forma, nossa descrição das participantes é apenas uma opção discursiva e implica o lugar que ocupamos na relação que estabelecemos com essas mulheres para este estudo. O uso feito pelas participantes de determinados repertórios interpretativos para a construção de si não pode ser entendido fora de seu contexto de produção, que inclui a relação com a pesquisadora, as posições usualmente legitimadas no ambiente hospitalar, e a busca pela construção de certos argumentos na defesa do que consideravam importante em suas relações com os profissionais do serviço.

Nossa opção por apresentar o diagnóstico recebido por cada uma delas no âmbito do discurso biomédico tem relação com a importância que esse aspecto assume nas práticas discursivas produzidas no tratamento oferecido pelo GRATA. Todavia, não estamos tratando esses diagnósticos como a descrição de uma *psicopatologia* que as participantes possuiriam, mas como um dos possíveis sentidos de si que estavam presentes em suas práticas discursivas durante as entrevistas, e que incluíam as vozes evocadas dos profissionais de quem elas falavam.

Laura convidou as participantes a falarem do lugar de pacientes, sendo valorizadas as descrições de si que se implicavam com a ocupação desse lugar. Por todas essas razões, as versões de si oferecidas nesse capítulo circunscrevem algumas possibilidades para o entendimento de quem eram essas pessoas e, ao mesmo tempo, limitam outras (GUANAES; JAPUR, 2008), como pode ser visto a seguir.

4.1 ESTEFÂNIA

Estefânia, na época da entrevista, tinha 23 anos e estava em atendimento no serviço desde setembro de 2004, portanto, havia aproximadamente três anos e sete meses. Ela recebera o diagnóstico de *BN*. Era uma estudante universitária em seu último ano de um curso na área da saúde. Morava com os pais e irmãos, era de família de camada média e mantinha um namoro há alguns anos.

Laura conhecia alguns dos familiares de Estefânia, que participavam do grupo de apoio para as famílias e cuidadores. Quem convidou Estefânia para participar da entrevista foi a coordenadora do grupo de apoio para os pacientes. Ela prontamente aceitou o convite e se mostrou muito disponível para a conversa. Ao término de sua participação em uma sessão do grupo de apoio, Estefânia encontrou-se com Laura e foi entrevistada em uma sala ao lado da sala na qual o grupo acontecia. Estefânia contou que estava no último ano do curso de Nutrição, e os sentidos que deu para esse momento de sua vida permearam toda sua entrevista. A conversa teve quase uma hora de duração e, em muitos momentos Estefânia se emocionou, expressando um choro contido. Sua emoção esteve presente em sua história sobre seus sonhos para futuro e de como gostaria de não ser mais uma paciente com *BN*. A emoção também permeou suas narrativas de desentendimentos com alguns de seus familiares, de seu desejo de fazer sua mãe se orgulhar com suas conquistas e de sua ambivalência com as escolhas que vinha fazendo na vida.

Por cerca de uma hora as duas conversaram de maneira espontânea, sendo que a entrevistadora não se preocupou em seguir a ordem das perguntas do roteiro. Com o fluir da conversa, foi possível conversarem sobre todos os temas propostos.

4.2 NATÁSSIA

Quando Laura entrevistou Natássia ela tinha 18 anos, estava no GRATA havia cerca de três anos e cursava o primeiro ano de um curso superior na área das ciências humanas. Natássia era de família de camada média. Estava solteira, sem namorado e filhos e morava com a mãe.

Ela havia sido diagnosticada com *BN*. Ao Laura apresentar a proposta da pesquisa no grupo de apoio, Natássia estava presente e mostrou-se animada e interessada em participar. Por conveniência, a entrevista aconteceu na sala de espera do hospital em uma cadeira

afastada das demais pessoas que aguardavam atendimento. A entrevista durou pouco mais que uma hora e Natássia falou bastante, de maneira acelerada e empolgada. Em alguns momentos fazia pausas em sua fala e se dizia emocionada, retomando logo a fala com o mesmo vigor anterior.

Natássia contou que não achava possível ser uma futura profissional respeitada e ter *BN* ao mesmo tempo, sendo essa uma das razões para não querer mais vomitar. Contava também do medo que sentia de que seus colegas de Faculdade ficassem sabendo que possuía o diagnóstico desse *TA*. As diferentes descrições, com relação a ser ou não vista como *doente*, e suas consequências nos relacionamentos com os profissionais.

Das histórias que Laura havia ouvido no serviço ao longo dos anos, uma imagem de Natássia como uma menina expansiva, loquaz e, em alguns momentos, invasiva, predominava. Após a conversa que tiveram, Laura pôde perceber uma moça de emoções intensas e que endereçava um importante pedido para que a equipe pudesse tratá-la com mais zelo.

4.3 TALIA

Talia tinha 19 anos quando foi entrevistada. Ela estava em tratamento no GRATA havia aproximadamente dois anos e meio e tinha o diagnóstico de *AN*. Morava com seus pais compondo uma família de camada média baixa. Estava solteira e sem filhos. Na época da entrevista, Talia cursava o último ano do ensino médio. Após algumas internações hospitalares nas quais precisou se afastar da escola, Talia estava melhor com relação a *AN*, do ponto de vista da equipe de profissionais, e preparava-se para receber alta do serviço.

As histórias que Laura havia ouvido contarem sobre Talia tinham como narradora principal sua mãe, participante assídua do grupo de familiares e uma pessoa por quem Laura tinha muito afeto. A entrevista com Talia aconteceu em uma das salas de atendimento do ambulatório e durou cerca de 40 minutos. Inicialmente tímida e cautelosa, Talia logo se apresentou uma moça inteligente, afetiva e que trazia em suas histórias de relações com os profissionais do GRATA e de outros serviços valiosas narrativas de como um profissional da saúde pode acolher o sofrimento das pessoas que atende e, ao mesmo tempo, promover diálogos e negociações profícuas.

4.4 CATARINA

Na época da entrevista, Catarina tinha 36 anos e estava sendo atendida pelo GRATA havia cerca de sete anos e meio. Ela havia recebido o diagnóstico de *BN*. Catarina era divorciada e mantinha um namoro há alguns anos. De camada média, Catarina trabalhava como funcionária contratada em uma empresa de pequeno porte. Tinha uma filha.

Laura conhecia Catarina, quando esta pediu que algum membro da equipe pudesse chamar sua mãe para que ela entendesse que *BN* era uma “doença” e não “frescura”, segundo explicou. Nessa ocasião, Laura e outra psicóloga do serviço conversaram com Catarina e sua mãe não sobre a verdade do que Catarina “tinha”, mas sobre o relacionamento entre as duas, buscando reconhecer recursos de apoio mútuo nessa relação. Catarina e sua mãe avaliaram esse encontro como positivo.

Quando Laura convidou Catarina para participar da pesquisa, ela se mostrou bastante disponível. Por falta de espaço físico disponível, essa conversa também aconteceu na sala de espera dos pacientes, em um canto reservado e que oferecia certa privacidade, porém bastante barulhento. Mostrando-se uma mulher muito inteligente e dotada de um humor refinado, Catarina contou histórias terríveis acerca de suas atribulações com alguns procedimentos em saúde e de sua relação com alguns profissionais de outros serviços. O tempo todo Laura se sentia convidada a compartilhar da indignação de Catarina frente a esses acontecimentos.

A entrevista com Catarina foi espaço para Laura conhecer não apenas uma Catarina paciente de um serviço de *TA*, mas uma Catarina mãe amorosa, namorada dedicada e amiga bem humorada.

4.5 ILDA

Ilda, na época da realização da entrevista, tinha 45 anos e estava sendo atendida no GRATA havia aproximadamente 12 anos. Havia sido diagnosticada com *AN* do tipo restritivo. Ela era uma profissional da saúde, agora aposentada por invalidez em decorrência do que os profissionais avaliaram como sendo um quadro crônico de *AN*. Ela já havia trabalhado nesse mesmo hospital no qual agora era atendida. Ilda estava cursando o primeiro ano de um curso superior na área das ciências humanas. Solteira, morava com a mãe. Sua família era de camada média.

Laura teve seu primeiro contato com Ilda na entrevista. Todavia, conhecia sua mãe, frequentadora do grupo de familiares. Na época em que Ilda foi convidada a participar da

pesquisa, ela se locomovia em uma cadeira de rodas, pois dada sua avançada osteoporose precoce, agravada pela desnutrição, havia fraturado o fêmur em um tombo. Além disso, usava uma sonda nasogástrica, o que dava a ela um aspecto de maior fragilidade. A entrevistadora Laura buscou poupar Ilda de uma conversa muito longa, que a deixasse cansada ou a fizesse atrasar seu atendimento com os médicos do serviço, e ficou um pouco desconcertada com relação a como poderia facilitar a locomoção de Ilda até a sala na qual a entrevista seria realizada. Solícita, Ilda colocou o gravador em seu colo para garantir que a gravação ficasse audível. Porém, Laura esqueceu de tirar o aparelho do modo pausado e o início da conversa não foi gravado. Quando Laura percebeu esse incidente, Ilda mostrou-se muito disponível para repetir o que havia dito até aquele momento. Todavia, tal repetição fez com que a entrevista se estendesse e, ao dar a hora de seu atendimento com os médicos e nutricionistas, a conversa teve de ser interrompida e sua continuação rearranjada para a semana seguinte.

Nos dois encontros com a entrevistadora, Ilda falou de sua história de relacionamentos com os profissionais da equipe atual do GRATA, com profissionais que já não estavam mais no serviço e com profissionais que a atendiam fora do hospital, em contexto privado. A todo momento Ilda mostrava para Laura qual era a maneira em que se sentia mais confortável na conversa, disponibilidade parecida com a que estava tendo para falar de como outros profissionais também poderiam modificar sua forma de se relacionar com ela, buscando relações nas quais ambos estivessem mais à vontade e disponíveis para o diálogo.

5. AS ENTREVISTAS REALIZADAS

5.1 ESTEFÂNIA

Momento 2

Esse momento se iniciou com Estefânia contando que logo se formaria e que o fato de estar frequentando o GRATA como paciente a impedia de realizar seu sonho, que era o de ser uma profissional da equipe desse serviço:

- ✧ *Estefânia: Então, isso me atrapalha muito... Ver um trabalho aqui dentro [no GRATA], minha vontade de querer fazer uma prova e estar aqui dentro também. Sei que não vai ser legal. Como os pacientes vão me ver como uma profissional aqui se eu também sou paciente? Então, assim, eu fico cultivando um sonho que eu acho que não pode se realizar. Então pra mim é difícil porque às vezes... [Choro]. Ai, não sei.*
- ✧ *Laura: Ã, hun. Fica essa, essa distância e esse desejo?*
- ✧ *Estefânia: É. [Choro]. Já me atrapalhou muito.*
- ✧ *Laura: Ã, han. Então tem uma vontade sua talvez de sair dessa, dessa estabilidade que não é ruim, né? Não é boa, né? É uma estabilidade que ficou aí com algumas coisas que você ainda queria mudar?*
- ✧ *Estefânia: Sabe? Pra mim é um saco ter que vir aqui. Ainda mais agora, né? Que eu tô pra me formar.*
- ✧ *Laura: O quê que é o difícil Estefânia? É... É perceber que você ainda precisa de ajuda num momento que talvez você queria oferecer ajuda pros outros?*
- ✧ *Estefânia: Nossa, ai eu quero morrer. [Choro]. Então, assim, o dia que eu deixei o meu cartão [de agendamento das consultas do serviço] com a Linda, a Linda passou pra Carla, e eu simplesmente esqueci que eu tinha que vir aqui, né? E não fui atrás, então o dia que... Aí a Carla ficou atrás de mim o dia todo e meu celular tá com problema e ele não toca, ele só vibra, eu deixo muito dentro da bolsa quando eu tô estudando, fazendo alguma coisa na faculdade, e ela me ligando, me ligando, ela me deixou uma mensagem. A hora que ela me deixou uma mensagem que eu vi que eu tinha que vir aqui eu já parei tudo... Eu comecei a comer, comer, comer e vomitar. E vai me trazendo aquela ansiedade, eu não queria tá aqui, sabe?*

Ao contar sobre seu desejo de ser contratada para trabalhar no GRATA (“*minha vontade de querer fazer uma prova e estar aqui dentro também*”), Estefânia descreveu-se como paciente do serviço (“*se eu também sou paciente*”). Essa descrição, considerando o contexto de proposição de tratamentos em saúde, marca a diferença com relação ao lugar social ocupado pelo profissional. Estefânia qualificou essa diferença como sendo não apenas com relação às funções sociais de cada um, profissional e paciente, mas como uma diferença com relação às condições de saúde de cada um deles. Como já discutido, segundo o discurso biomédico, os TA são considerados quadros *psicopatológicos* e preencher os critérios

diagnósticos para *BN* seria encontrar-se em uma condição de adoecimento. No uso do discurso biomédico, a pessoa diagnosticada com *BN* é entendida como possuindo, como já mencionado, *sintomas* de distorção na sua forma de se ver e ver o mundo. Tal distorção a impediria de saber o que é melhor para si (APA, 2000). O profissional, dentro dessa lógica discursiva, seria aquele capaz de perceber essa *disfuncionalidade*, uma vez que seu teste da realidade estaria preservado. Não seria possível, portanto, a partir desses sentidos socialmente construídos, ser profissional e paciente ao mesmo tempo, pois um profissional diagnosticado com uma *psicopatologia* poderia ser visto com desconfiança, uma vez que seu funcionamento mental não estaria adequado. Como ainda não havia recebido alta do serviço, Estefânia permaneceu posicionada pela equipe como alguém adoecida e, ao concordar com tal posição, nesse momento da entrevista, concluiu que seu “sonho” de vir a ser uma profissional não poderia se realizar (“*Sei que não vai ser legal*”).

Na sequência de nossa conversa, Laura buscou entender se a estabilidade mencionada por Estefânia podia ser marcada por alguns aspectos do *problema* alimentar que ainda a atrapalhavam e que ela gostaria de modificar (“*Então tem uma vontade sua talvez de sair dessa, dessa estabilidade*”). Nessa fala, Laura convidou Estefânia a encarar a estabilidade como algo que “não é ruim, mas também não é bom”, e que, portanto, exigiria modificação (“*É uma estabilidade que ficou aí com algumas coisas que você ainda queria mudar*”). Partindo de um universo discursivo que entende a estabilidade de um quadro *psicopatológico* como não sendo sinônimo de sua extinção, a pergunta da entrevistadora posicionou Estefânia como alguém que ainda tinha aspectos problemáticos a serem cuidados e que, portanto, ainda teria que frequentar o tratamento para lidar com eles.

Estefânia respondeu a esse posicionamento falando do quanto era difícil frequentar o tratamento (“*Pra mim é um saco ter que vir aqui*”), e relacionou essa dificuldade com a proximidade de sua formatura (“*Ainda mais agora, né? Que eu tô pra me formar*”). Ao construir essa dificuldade mencionada por Estefânia como relacionada ao fato de ela ainda estar na condição de paciente, Laura posicionou-a como alguém que ainda estava adoecida e que, portanto, precisava de cuidados da equipe do GRATA, o que a impedia de inverter seu lugar social e se tornar profissional desse serviço (“*é perceber que você ainda precisa de ajuda num momento que talvez você queria oferecer ajuda pros outros?*”). Foi em resposta a esses sentidos e posicionamento que Estefânia colocou-se como alguém que não aguentava mais frequentar o serviço (“*Nossa, ai eu quero morrer*”) e que chegava a comer e vomitar em decorrência da ansiedade provocada pela proximidade de seus retornos ambulatoriais (“*Eu vi*

que eu tinha que vir aqui eu já parei tudo... Eu comecei a comer, comer, comer e vomitar. E vai me trazendo aquela ansiedade, eu não queria tá aqui, sabe?”).

A recusa de Estefânia em frequentar o tratamento pode ser entendida como parte dessas negociações de sentidos e posições sobre o que é o problema alimentar e quem é o paciente. Não apenas a recusa pode ser entendida em termos relacionais, como também o comer e o vomitar antes de serem significados como *sintomas psicopatológicos*, participam da busca por um novo lugar social e a realização de um sonho.

Momento 5

Esse momento se iniciou com o questionamento de Laura sobre o que era significativo no relacionamento de Estefânia com os profissionais:

- ✧ *Laura: Ô, Estefânia, o quê que de melhor na relação com esses profissionais aconteceu, assim? Se você fosse pontuar que coisas que são significativas pra você?*
- ✧ *Estefânia: Eles... Às vezes, eles... Porque é igual eu te falei, vou reforçar, o anoréxico e o bulímico é mentiroso. Eu não sou, eu já fui muito, mas eu não sei mentir mais. Então, às vezes, eu acho assim, o profissional que tá me atendendo, ele sabe que eu sou uma bulímica, então, talvez, ele tenha uma desconfiança de que eu esteja mentindo.*

Em sua fala, Estefânia descreveu a si mesma como diferente de outras pessoas a quem é designado o diagnóstico de AN ou BN, a partir da distinção entre uma característica que as demais pacientes possuiriam e que ela não possuía mais, que era o mentir (“*Porque é igual eu te falei, vou reforçar, o anoréxico e o bulímico é mentiroso. Eu não sou, eu já fui muito, mas eu não sei mentir mais*”). Tal descrição abriu espaço para uma construção de si que definia Estefânia como não mais adoecida. No contexto de produção dessa entrevista, entender-se como não mais *doente* poderia favorecer com que Estefânia pudesse perceber-se como alguém capaz de realizar seu sonho de ser uma profissional do GRATA.

Ainda que Estefânia pudesse operar essa transformação na forma de perceber-se, os profissionais foram descritos como aqueles que impediam que ela fosse considerada de forma diferente dos demais pacientes diagnosticados com BN (“*eu acho assim, o profissional que tá me atendendo, ele sabe que eu sou uma bulímica, então, talvez, ele tenha uma desconfiança que eu esteja mentindo*”). Nesse momento, ter o diagnóstico de BN adicionado à sua identidade social era sinônimo de possuir todas as características desviantes que descrevem tal *patologia*. A voz dos profissionais pode ser entendida nesse fragmento como a voz do

discurso universalizante, próprio da construção dos TA como categorias diagnósticas que definem pessoas com supostas semelhanças entre si (SOUZA; SANTOS, 2007).

Evitar identificar-se a partir dessas características seria uma forma de Estefânia demandar que não queria ser vista a partir desse lugar depreciativo, evitando a essencialização de uma personalidade desviante. A entrevista com Estefânia nos levou a explorarmos, no capítulo seguinte, sobre as consequências do uso do discurso biomédico que utiliza do diagnóstico dos TA nas construções de si.

5.2 NÁTASSIA

Momento 2

No momento anterior Natássia contou que havia comprado laxantes para perder peso. Laura perguntou, então, a razão para ela ter tomado essa decisão:

- ✧ *Laura: Ontem, por exemplo, você comprou laxante por quê?*
- ✧ *Natássia: Eu comprei hoje.*
- ✧ *Laura: Hoje, é.*
- ✧ *Natássia: Porque eu estou muito gorda, né? Eu acho que eu... Esse não é o meu maior peso de quando eu cheguei, mas é a vez que eu mais estou me sentindo mais gorda assim. Eu não sei se eu estou realmente do jeito que eu estou me vendo, eu não sei falar. Mas assim, eu estou muito mal com o meu corpo assim, sabe? A minha coxa está imensa, minha barriga, sabe? Estou me sentindo muito, muito, muito mal. E aí eu fico meio chateada com isso, sabe? Mas aí eu acabo vendo assim que não é só isso. Eu fiquei muito arrasada porque a Linda deixou de ser a minha nutricionista, mas assim, demais. Eu dei **escândalo**, eu gritei, eu fiz, e tal; depois eu mudei o meu método: fiquei tranquila, falei para ela que tudo bem, só que, assim, é mentira. Não está tudo bem. Eu ainda estou muito mal com isso. Ai, eu não quero chorar! Eu ainda estou muito mal com isso, tal. Eu acho que eu tive uma **recaída** depois disso, e aí eu comecei a **chutar o balde**, sabe? Tipo, é como se o único lugar com que eu tivesse contado... Tipo, ela cuidava muito de mim, sabe? Ela representava na minha vida mais que uma mãe. A gente chegou a ter muito problema com isso, porque eu acabei me **apegando** muito nela.*

Os diferentes sentidos dados por Natássia para o uso de laxante (“*Porque eu estou muito gorda, né?*”, “*Eu fiquei muito arrasada porque a Linda deixou de ser a minha nutricionista, mas assim, demais*”) nasceram dos jogos de linguagem (WITTGENSTEIN, 1999), que incluíam a posição de Laura como alguém que buscava validar no convite para esta pesquisa a opinião das pessoas atendidas no serviço e a posição de Laura como psicóloga membro da equipe do GRATA. Esses lugares que a entrevistadora ocupava em suas trocas conversacionais a participante podem ser alguns dos lugares para os quais Natássia

endereçava seus enunciados durante a entrevista, incluindo neles a denúncia de seu sofrimento com a perda da nutricionista.

Na época em que Laura realizou as entrevistas para esta pesquisa, uma das nutricionistas do GRATA passou a assumir outra função dentro do serviço e, por essa razão, precisou deixar de atender as pacientes. Ocorre que essa nutricionista, Linda, era muito querida por elas. Portanto, é a partir do entendimento dessa interanimação dialógica (SPINK; MEDRADO, 2000), que é possível compreender o uso dos diferentes sentidos para o consumo abusivo de laxante trazidos por Natássia. O uso entendido como decorrente do “sentir-se gorda” (“*mas é a vez que eu mais estou me sentindo mais gorda assim*”) coloca a origem dessa ação no interior de Natássia, marcando a utilização, recorrente no senso comum, das teorias psicológicas que explicam os comportamentos alimentares considerados inadequados como derivados da expressão de sentimentos negativos vividos pela pessoa. Comum nas teorias explicativas da AN e BN é ver os *sintomas* purgativos como forma de colocar para fora sentimentos, pensamentos e desejos que a pessoa não suporta manter dentro de si (BUSSE; SILVA, 2004). A partir desse sentido, Natássia se descrevia como alguém que tinha uma *psicopatologia* e, que por causa dela, usava laxantes.

Considerando-se as implicações identitárias do segundo sentido oferecido para a ingestão de laxante, a saber, o uso como consequência da troca de nutricionista, Natássia passou a narrar-se a partir de seu sofrimento precipitado pela saída de Linda de seu atendimento. Ao posicionar Linda como alguém que oferecia para ela “o único lugar” no qual podia contar com alguém (“*Tipo, é como se o único lugar com que eu tivesse contado... Tipo, ela cuidava muito de mim, sabe?*”), Natássia construiu o uso de laxante, o “escândalo”, a “recaída” e o “chute no balde” como respostas à substituição da nutricionista. Essa narrativa parecia convidar Laura a ver seu afastamento da nutricionista, imposto pela equipe de profissionais, como algo danoso para seu tratamento.

O cuidado oferecido por Linda, segundo Natássia, fez com que essa profissional passasse a ser considerada como “mais que uma mãe” (“*Ela representava na minha vida mais que uma mãe*”), referindo-se a um papel que tradicionalmente é considerado como bastante distinto da função que um profissional deve exercer. Ao dizer que essas consequências vividas em seu relacionamento com a nutricionista foram problemáticas (“*A gente chegou a ter muito problema com isso, porque eu acabei me apegando muito nela*”), Natássia pareceu estar se referindo ao discurso tradicional em saúde que preconiza qual deve ser a distância ideal entre paciente e profissional e que coloca o profissional como alguém desafetado no

atendimento do paciente⁵ (ANDERSON, 2009; HOFFMAN, 1998). A partir desse discurso, a neutralidade do profissional serviria para garantir que o olhar do profissional sobre o paciente não sofreria a influência de afetos, pensamentos, conhecimentos e preconceitos que estivessem fora do âmbito do tratamento terapêutico. Ou seja, essa postura garantiria um trabalho mais objetivo do profissional, abrindo espaço para um maior compromisso com a aplicação de seu conhecimento teórico e técnico-científico, evitando a distorção de seus juízos e corrente de um possível enviesamento de suas características pessoais.

Na história da medicina, como conta Scliar (1996) desde é possível ver, na literatura médica do século XIX, relatos de repreensões de médicos que se deixavam tomar por afetos muito intensos na relação com seus pacientes. Nesses casos, como relata o autor, o argumento era de que tal afetuosidade, além de perturbar a capacidade analítica do profissional com relação ao caso atendido, seria moralmente condenável. Um bom médico seria aquele que conseguiria separar com firmeza seus interesses pessoais dos interesses mais nobres, como os científicos e o sincero anseio de cura, por exemplo. O bem que poderia ser ofertado pelo médico, nesse sentido, dependeria de uma distância mínima em relação ao paciente, destinatário de sua ação terapêutica. Seria preciso, portanto, garantir essa separação, reforçada pela assimetria que sustenta a relação profissional-paciente. A análise dos efeitos do uso desse discurso na construção de determinadas relações profissional-paciente será aprofundada no capítulo seguinte.

O apego, palavra usada por Natássia, é teorizado na Psicologia como a expressão de comportamentos de alguém, muitas vezes do bebê, que resulta na aproximação de uma pessoa que tenha dispositivos de cuidado e de proteção mais aptos (BOWLBY, 2004). Para essa teoria, o aparecimento do apego é entendido como intrínseco a um relacionamento afetivamente significativo. Da forma como o apego foi construído na narrativa de Natássia, seu surgimento no vínculo com Linda, considerando-se o discurso da distância necessária entre profissional e paciente, foi compreendido como um efeito colateral indesejado no relacionamento entre as duas. Após esse movimento de estreita aproximação entre as duas, ocorreu a brusca separação não negociada, que teriam desencadeado comportamentos de protesto da paciente.

Até esse momento, esse efeito foi compreendido como tendo origem em algo que aconteceu entre nutricionista e paciente. No decorrer da entrevista, esse efeito passou a ser construído como relacionando a uma característica pessoal e *patológica* de Natássia.

⁵ Anderson (2009) e Hoffman (1998) preferem o uso da palavra cliente ao invés de paciente, mas preferimos manter a última denominação pelas razões expostas anteriormente.

Momento 7

Nesse momento, Laura e Natássia passaram a conversar sobre como foi e o que aconteceu quando Natássia chegou ao serviço. Ela contou que não gostava de frequentar o ambulatório no começo:

- ✧ *Laura: Você estava contando do começo, que você odiava [vir aqui]...*
- ✧ *Natássia: Odiava aqui. Por mais que eu que vinha... É estranho, sabe? Primeiro que era lá no corredor seis [do hospital], em frente aos obesos. Misericórdia! Que desespero! Aquele povo, daquele tamanho, eu falava: “Gente, imagina se eu ficar daquele tamanho?!”. E era aquela coisa, né: as anoréxicas e as bulímicas falavam mal deles [obesos], e eles falavam mal da gente. Era linda a situação!*
- ✧ *Laura: Ficava bem próximo assim?*
- ✧ *Natássia: Ficava! Tipo, eu sentava ali, ela sentava aqui, e ficava todo mundo conversando, sabe? Mas era muito grande! Um dava palpite no outro, sabe? Era muito ruim. Eu dou graças a Deus que veio para cá [o ambulatório do GRATA], e que mudou o dia, tal. A gente não encontra mais com elas, porque, pô, para mim era difícil! Então isso era difícil. Eu ainda era Pró-ANA [pessoas a favor da AN como estilo de vida], sabe? Eu via algumas coisas, era complicado. Eu não acreditava que eu tinha [BN], tipo assim, eu acreditava, mas não queria, né? Então, tipo, a Linda falava muito o quanto eu progredi assim. eu chegava, eu falava: “Ah?”, não sei o quê. Não fazia nada. Ela sempre falava: “Olha, o seu corpo está aqui, mas você não está presente aqui”. Então eu fui assim, me **apegando** às pessoas, às meninas do grupo [de apoio psicológico]... Eu sou muito apegada nelas. Muito assim, demais. Depois eu fiquei vendo a importância do grupo na minha vida, tanto que o ano passado eu vim o ano inteiro, sem nenhuma falta, sem ter nenhuma sexta-feira, sabe? Eu deixei de vir aqui para viajar, tipo, para viajar. Eu faltei pouquíssimas vezes. Estando na cidade, eu vinha. Me apeguei muito na Linda, me apeguei muito na Teresa depois que a Linda meio que me deixou. Mesmo depois assim... Antes disso, dela deixar de ser a minha nutricionista, quando ela... Eu conversei tantos problemas com ela, com a Aurora [coordenadora do serviço de nutrição]. A Aurora percebeu que estava demais o apego, então ela **cortou**. Só que eu acho que foi **errada a forma como elas cortaram. Foi muito do nada.***
- ✧ *Laura: E por que você acha que cortou?*
- ✧ *Natássia: Deixa eu tentar lembrar certinho. Sabe quando, tipo, algumas coisas doem demais e você tenta apagar? Então se eu demorar um pouco para lembrar, é isso, tá? A Linda tinha falado para mim: “Quando você estiver mal, você pode me procurar”. E eu fui procurar, e não pode, né?. Então assim, na época, no começo, eu não me importava. Eu procurava ela, a gente conversava sobre isso. Um monte de coisas não relacionadas à comida, a gente conversava muito. Eu sempre tive muita **abertura** dela para quando eu precisasse. Teve um dia, eu acho que eu estava muito chateada, não lembro o quê que era... Ah, lembrei! Que eu estava mal pra caramba que eu tinha me pesado, numa época muito complicada, porque eu estava tomando tudo o que eu via na minha frente: **anfetamina, inibidor** [de apetite], todo o tipo que eu via... **laxante**... Tudo eu estava tomando **chá verde**, e misturava tudo. E assim, se eu pesasse mais uma grama a mais, eu tinha uma **crise ferrada**: eu ia para o banheiro, **batia a cabeça**, eu me forçava dentro do banheiro, eu me **arranhava**, tudo. E eu tenho um pouco de*

medo de mim triste, porque assim, eu fico realmente muito mal, e eu não penso nas consequências daquilo.

- ✧ Laura: Ahã.
- ✧ Natássia: E naquele dia eu tinha ficado muito mal. Eu não lembro por quê que era, mas eu tinha ficado muito triste. E eu queria falar muito com a Linda, porque eu sabia que era a única pessoa que iria me acalmar naquela hora. E eu pedi para a Aurora [coordenadora da nutrição] se eu podia ver ela.
- ✧ Laura: Você estava aqui então?
- ✧ Natássia: Estava aqui. Não era dia de consulta não. Perguntei se eu poderia ver ela, pelo menos um pouco, sabe? Só ver assim, já ia me deixar melhor. Aí ela falou: “Peraí que eu vou ver”. Chego lá, ela voltou, olhou para mim e falou: “Olha, a Linda não é a sua terapeuta, a Linda é a sua nutricionista. Então você tem que conversar com ela assuntos relacionados a isso. Então você não vai ver ela hoje”. Gente, aquilo acabou comigo, sabe? A forma como foi feito, eu achei que foi sem noção! Eles não pensaram em mim, entendeu? Aí eu dei um escândalo, comecei a bater, menina! Nossa, estou até nervosa! Fui atrás do Guimarães [psicólogo e coordenador do grupo de pacientes], o Guimarães ficou super preocupado... Achei tão fofo! Chamou a Teresa [co-coordenadora do grupo de pacientes], foi aí que a Teresa entrou na minha vida. [...] E aí a Teresa ficou mó sensível... Eu não conseguia nem falar, de tanto que eu chorava. Nossa, eu fiquei muito mal! Aí os dois falaram assim: “Mas como que eu te ajudo?”, sabe? “Você quer que a gente fique aqui?”, eu falava: “Não sei!”, e só chorava. Aí a Teresa me levou lá para baixo... Porque, tipo, eu super me expulso. Tipo... Não tinha onde me colocar. Aí eles me colocaram ali naquele corredor, sabe?
- ✧ Laura: Aquele lá da...? Não?
- ✧ Natássia: Não. Você vai reto aqui, depois...
- ✧ Laura: Indo para o grupo?
- ✧ Natássia: É. Aquele corredor ali, porque eles me colocaram sentada ali. Mas eu acho que fica todo mundo me olhando, me vendo naquele estado. Aí a Teresa me levou ali para aquela pracinha que tem ali embaixo, e a gente ficou conversando um bom tempo, sabe? Aí o quê que fizeram? Começaram a repetir essa frase. Então tipo assim, eu perguntava qualquer coisa da Linda para o psiquiatra, o Pedro, ele falava isso. Então assim: “A Linda era só sua nutricionista, normal!”. Só que, tipo, não tinha nada a ver, sabe? Era coisa normal! Tipo assim, tem consulta: “Ai, hoje a Linda vai me atender?”. É isso! Aí começaram a falar isso, sabe? Então, tipo assim, ficou muito só isso.
- ✧ Laura: Você acha que eles exageraram?
- ✧ Natássia: Exageraram muito. E aí a Linda começou a bater muito nessa tecla também, sabe, de eu não poder... Mas não era uma coisa dela. Foi uma coisa acho que mandada deles, entendeu? Daí eu acho que, quanto mais você não tem, mais você quer. E aí a minha obsessão cresceu eternamente. Eu sou muito assim, eu não sei lidar com frustração. Hoje eu entendo por quê: “Ah, eu sou borderline!”. Eu odeio entender tudo, porque não muda nada, né! A gente... Eu não sei lidar com frustração, eu não sei lidar com perda... O que para você... Enfim, não vou julgar! O que para uma pessoa é uma perda normal, tipo: “Ah, perdi, normal!”, hoje eu vejo, as meninas não sofreram com a saída da Linda. Eu não. Eu estou me acabando por causa disso.
- ✧ Laura: Então você sente que tem uma diferença?
- ✧ Natássia: Tem, tem muita. E eu acho que eles não souberam respeitar essa minha diferença. Não souberam tirar aos poucos.

A pergunta inicial de Laura convidou uma Natássia que não gostava do GRATA a se colocar (*“Você estava contando do começo, que você odiava”*), ao mesmo tempo, essa pergunta mostrava o interesse da entrevistadora em conhecer o que havia mudado na forma de Natássia se relacionar com o tratamento.

Nesse trecho, o posicionamento de uma paciente resistente que negava ter o TA (*“Eu não acreditava que eu tinha [BN], tipo assim, eu acreditava, mas não queria, né?”*) apareceu em contraposição a uma nutricionista capaz de promover o “apego” de Natássia ao grupo e ao tratamento (*“Ela sempre falava: “Olha, o seu corpo está aqui, mas você não está presente aqui”. Então eu fui assim, me apegando às pessoas, às meninas do grupo [de apoio psicológico]...”*). Dessa forma, o relacionamento profissional-paciente foi construído como aquele por meio do qual a paciente conseguiria a adesão aos atendimentos propostos, por exemplo, ao grupo de apoio que reunia os pacientes (*“Depois eu fiquei vendo a importância do grupo na minha vida, tanto que o ano passado eu vim o ano inteiro, sem nenhuma falta”*).

Ao descrever que foi por meio da relação com a nutricionista que passou a assumir o tratamento como algo importante, aceitando ser cuidada pela equipe, Natássia parecia convidar Laura a entender a postura assumida pela equipe em relação ao “corte” de seu relacionamento com a nutricionista como uma traição. Nesse fragmento, o corte foi descrito como “errado” e “do nada”, considerando-se o apego que Natássia vivia na relação com a nutricionista (*“Só que eu acho que foi errada a forma como elas cortaram. Foi muito do nada”*) e a importância que esta tinha assumido em sua vida (*“Me apeguei muito na Linda”*). Linda passou, então, a ser descrita como aquela “que meio que deixou” Natássia.

A pergunta de Laura sobre a razão do corte que a equipe fez no seu relacionamento com Linda (*“E por que você acha que cortou?”*) pode ser entendida como o posicionamento de alguém curiosa e interessada na exploração de um episódio de tamanho desencontro com a equipe. Tal posição ia ao encontro de um dos objetivos dessa entrevista, o de conhecer como as participantes entendiam seu relacionamento com os profissionais. Uma pergunta sobre as motivações das ações da equipe ao mesmo tempo que podia colaborar para o entendimento sobre os diferentes sentidos construídos na entrevista para essa dificuldade com os profissionais, convidou Natássia a elaborar uma narrativa que buscava um eixo causal para explicar essa postura da equipe.

Natássia, em sua resposta, trouxe como sentido para sua dificuldade em se lembrar claramente do episódio de ruptura da relação a dor que tal lembrança provocava em si (*“Deixa eu tentar lembrar certinho. Sabe quando, tipo, algumas coisas doem demais e você tenta apagar?”*). Natássia pareceu pedir que Laura ocupasse o lugar de alguém que era capaz

de compreender a forma como tal lembrança era vivida por ela (“*Então se eu demorar um pouco para lembrar, é isso, tá?*”). Essa pareceu ser a posição de ouvinte que Natássia convidava Laura a ocupar em vários momentos da entrevista, a de uma pessoa que pudesse escutá-la, validando suas histórias.

Nesse momento, a voz da nutricionista apareceu para legitimar o relacionamento estabelecido inicialmente entre as duas como um espaço no qual conversas sobre “coisas não relacionadas à comida” seriam possíveis (“*A Linda tinha falado para mim: 'Quando você estiver mal, você pode me procurar', 'Eu procurava ela, a gente conversava sobre isso. Um monte de coisas não relacionadas à comida, a gente conversava muito'*”). A “abertura” da nutricionista, dessa forma, contrapôs-se ao corte determinado por Aurora nessa relação (“*Eu sempre tive muita abertura dela para quando eu precisasse*”).

Na voz da coordenadora do serviço de nutrição, o apego de Natássia com a profissional “estava demais” (“*A Aurora percebeu que estava demais o apego, então ela cortou*”), parecendo fazer uso de um discurso muito comum no espaço de trabalho de equipes multiprofissionais, que é o da especialização em saúde, que separa as diferentes funções considerando-se as diferentes categorias profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar (“*Olha, a Linda não é a sua terapeuta, a Linda é a sua nutricionista. Então você tem que conversar com ela assuntos relacionados a isso*”). Nessa lógica discursiva, cada profissional, em razão de sua formação teórico e competência técnica prévia estaria capacitado a exercer diferentes papéis no serviço. As implicações dessa separação de papéis e funções na equipe serão abordadas de maneira ampliada no próximo capítulo.

Considerando-se um possível uso desse discurso, uma nutricionista seria aquela que deveria abordar, na conversa com o paciente, assuntos que envolvessem alimentação. Para Aurora, conteúdos como estar “mal” e triste” seriam partes de conversas reservadas para acontecerem com um(a) psicoterapeuta e não com uma nutricionista. Aurora, como defensora do discurso da necessidade da separação entre as funções dos diferentes profissionais, teria desconsiderado uma Natássia que havia sido liberada pela própria nutricionista para manter conversas desse tipo com ela.

A coordenadora, posicionada agora como alguém que não levou em conta a história de relacionamento entre Natássia e Linda, promoveu um corte nessa relação, deixando a paciente sem a “única” pessoa que seria capaz de “acalmá-la” naquele momento (“*E eu queria falar muito com a Linda, porque eu sabia que era a única pessoa que iria me acalmar naquela hora*”). Essa descrição de uma Aurora autoritária se contrapõe à descrição de uma Aurora que

antes também conversava muito com Natássia (“*Eu conversei tantos problemas com ela, com a Aurora [coordenadora do serviço de nutrição]*”).

Associando os comportamentos como tomar “anfetamina”, “inibidor” de apetite, “laxante” e “chá verde”, ter “crises ferradas”, se “bater” e se “arranhar” como possíveis consequências da falta de diálogo com a nutricionista, Natássia acabou por posicionar Aurora e, conseqüentemente, toda a equipe, como responsáveis por seus comportamentos autodestrutivos (“*E eu tenho um pouco de medo de mim triste, porque assim, eu fico realmente muito mal, e eu não penso nas consequências daquilo*”). Nesse momento, Natássia parecia precisar narrar uma situação de tamanho sofrimento, concretizada em escarificações e ferimentos infligidos no próprio corpo, para que a importância de seu vínculo com a nutricionista fosse considerada.

Apareceu, nessa narrativa, a descrição de uma Natássia “nervosa”, que deu “escândalo” e começou a bater em todos (“*Aí eu dei um escândalo, comecei a bater, menina! Nossa, estou até nervosa!*”). Frente a essa Natássia, a atitude do psicólogo teve o sentido de “preocupação” (“*o Guimarães ficou super preocupado... Achei tão fofo!*”), em contraponto com a postura dos demais profissionais. As atitudes dos psicólogos de perguntarem como podiam ajudá-la e a de levarem-na para um ambiente mais reservado foram construídas como o que permitiu que Natássia fosse ouvida em sua indignação (“*Aí os dois falaram assim: ‘Mas como que eu te ajudo?’*”, “*Aí a Teresa me levou ali para aquela pracinha que tem ali embaixo, e a gente ficou conversando um bom tempo, sabe?*”).

O sentido trazido por Natássia para a dificuldade desses profissionais em achar um lugar para seu “choro” (“*Tipo... Não tinha onde me colocar?*”) foi o fato de ela “se expulsar” dos lugares, induzindo a rejeição do outro (“*Porque, tipo, eu super me expulso*”). Nesse fragmento, esse comportamento foi narrado como decorrente de uma característica individual de Natássia. Também sua “obsessão” em querer conversar com Linda foi relacionada com um déficit pessoal (“*E aí a minha obsessão cresceu eternamente. Eu sou muito assim, eu não sei lidar com frustração. Hoje eu entendo por quê: ‘Ah, eu sou borderline!’*”).

O entendimento de que uma pessoa diagnosticada com o quadro *psicopatológico* denominado *Transtorno de Personalidade Borderline* teria maiores dificuldades em lidar com frustrações em razão de sua estrutura de personalidade é comum na literatura médica e psicológica, levando a construção de um jeito de ser no mundo que seria negativamente diferente do jeito de ser das demais pessoas (WRIGHT; HAIGH; McKEOWN, 2007). Remetendo-se a esse sentido de si, Natássia justificava suas dificuldades em lidar com a separação de Linda não mais em razão do apego que uma relação positiva havia gerado, mas

em função de uma característica disfuncional de sua personalidade. Essa característica a separaria das demais pacientes, que não “sofreram” com a saída da Linda (“*hoje eu vejo, as meninas não sofreram com a saída da Linda*”). A narrativa de uma pessoa adoecida serviu para justificar não apenas seu comportamento, como também a necessidade dos profissionais de tratarem-na de uma forma que levasse em conta suas necessidades específicas.

O fato de outros profissionais e até mesmo Linda começarem a “repetir a mesma frase”, tal qual um estribilho, que enfatizava a diferença dos papéis de uma nutricionista e uma psicoterapeuta (“*Então tipo assim, eu perguntava qualquer coisa da Linda para o psiquiatra, o Pedro, ele falava isso. Então assim: ‘A Linda era só sua nutricionista, normal!’*”), foi suplementado por Laura em sua pergunta com o uso do repertório interpretativo de “exagero” (“*Você acha que eles exageraram?*”). O uso desses repertórios colocava Laura e Natássia como parceiras na indignação frente à atitude da equipe. Tal posicionamento permitia com que Laura se aproximasse do sofrimento de Natássia e respondia a seu posicionamento como pesquisadora que acreditava que as queixas e denúncias das pacientes com relação à conduta da equipe eram importantes de serem ouvidas.

Nesse jogo de posições, Linda foi posicionada à parte desse grupo, como alguém que foi “mandada” pelos demais profissionais para posicionar-se contra a possibilidade de haver conversas com Natássia sobre seus sentimentos (“*E aí a Linda começou a bater muito nessa tecla também, sabe, de eu não poder... Mas não era uma coisa dela. Foi uma coisa acho que mandada deles, entendeu?*”).

Quando separou, em sua fala, as pessoas que reagiriam a uma perda considerando-a “normal” daquelas “se acabam por causa disso” (“*O que para uma pessoa é uma perda normal, tipo: ‘Ah, perdi, normal!’*”), Natássia por um momento pensou em incluir Laura no primeiro grupo (“*O quê para você...*”). Após hesitar, disse que caracterizar a entrevistadora dessa forma seria fazer “um julgamento” e preferia por ora não fazê-lo (“*Enfim, não vou julgar!*”), falando de forma menos pessoalizada (“*O que para uma pessoa é uma perda normal*”, tipo: “*Ah, perdi, normal!*”). Nesse momento, Natássia ponderou sobre qual seria o lugar que Laura ocupava em relação a ela: seria uma igual ou diferente dela em termos de reação a perdas sofridas?

A descrição de si como diferente das demais pacientes (“*Laura: Então você sente que tem uma diferença? Natássia: Tem, tem muita*”) serviu para sustentar a justificativa de que haveria uma forma distinta dos profissionais tratarem Natássia (“*E eu acho que eles não souberam respeitar essa minha diferença. Não souberam tirar aos poucos*”). Uma descrição

de si como *doente* foi utilizada como argumento para a defesa de um desligamento paulatino no atendimento com a nutricionista.

Momento 9

Esse momento se iniciou logo após Laura e Natássia conversarem sobre como Natássia imaginava que poderia ser um serviço ideal de tratamento dos TA. Ela afirmou que uma das coisas importantes seria que os retornos ambulatoriais das pacientes fossem menos espaçados. No suplemento oferecido por Laura, esse pedido de retornos menos espaçados foi construído como um possível pedido de maior “proximidade” da paciente com os profissionais do serviço:

- ✧ *Laura: E você sente que essa **proximidade** seria para quê? Em quê que ela seria boa? Por uma questão nutricional ou o quê? [breve silêncio]. Ou é na proximidade com a pessoa?*
- ✧ *Natássia: Ah, é a pessoa. A Linda é demais! Por mais que eu tente odiar ela, sabe? Ai, para mim é muito difícil falar dela [se emociona]. Eu sinto muita falta dela, nossa! Ela me tratava assim... Aí eu falo: “Nossa, que saudade da Linda!”, sabe? Tipo, quando eu estava mal, tudo, ela super me ajudava, entendeu? Eu saía daqui bem! Não que os outros profissionais não façam. Eles se esforçam, mas ela é a pessoa que mais me conhece. Eu falava coisas para ela que ninguém sabia, entendeu? E ela entendia e ela conversava... Só porque eu cheguei que começaram com essas frescuras, eu pedi para ela... Que ela podia deixar de ser a minha nutricionista e ir para a minha vida, sabe? Como uma pessoa **normal**. E ela ficou... Com toda aquela **ética** idiota, ela não... E eu falei assim: “E se eu tiver alta? Poxa, eu faço qualquer coisa”. “Enfio aquela coisa na minha garganta, páro de vomitar, se eu puder ter você”. Daí ela: “Não, também não vai”. Então assim, eu gostaria de ter as pessoas na minha vida. Eu **odeio** ter um transtorno alimentar também por causa disso, sabe? Por quê que eu passo com a Linda, entendeu? Eu passo com a Linda porque eu tenho um transtorno alimentar. Se eu não tivesse, se eu fosse normal, eu poderia encontrar ela na rua e conhecê-la. Conhecer a pessoa, entendeu? Tipo, a Teresa não tem essa **ética idiota** que ela [Linda] tem. Com a Teresa, a gente conversa quase todo o dia por e-mail... Só que quando eu percebi que eu estava me **apegando** muito nela, aí eu sumi, que aí eu fiquei mais de uma semana sem falar com ela no e-mail. Por mais que eu já deixei bem claro, que por mais que um dia eu saía daqui e a gente possa continuar se vendo, é que nem ela disse: nem todo mundo é **igual**, né. Cada um tem a sua **ética**, né? Quem disse que ela está **certa** e eu estava **errada**? Quem disse que a Linda está certa ou errada? Eu entendo, mas me **doói** do mesmo jeito, entendeu?*
- ✧ *Laura: Natássia, pensando em tudo isso, nessa experiência que você tem de quatro anos, né, qual que você acha que seria a melhor relação profissional possível? Essa que você está tendo com a Teresa, seria assim?*
- ✧ *Natássia: Ah, eu acho que essa da Teresa, sabe? Eu acho...*
- ✧ *Laura: O quê que ela tem que é diferente, que é ideal para você assim?*
- ✧ *Natássia: Ai, isso não vai fazer ela mudar não, né?*
- ✧ *Laura: Não! [Risos]*

- ✧ *Natássia: Porque vai que algum... O que é **top** descobre e aí ele faz ela parar! Aí eu me joga! A Teresa, ela é fantástica. Ela... A hora que eu preciso dela ela, está ali, entendeu? Tipo... Eu não sei se você chegou a ver, tipo, acabou o grupo, ela falou assim: “Ai, florzinha, eu preciso de você!”.* Ela é uma pessoa que, sabe, muitas vezes acabava o grupo, ela ficava comigo porque ela via que eu não estava bem. Quando eu ia viajar, ela mandava e-mail. Porque quando eu fiquei com... Ai, como é que chama aquele negócio que dá aqui? Também...
- ✧ *Laura: Caxumba?*
- ✧ *Natássia: É, caxumba. Eu ficava super-feliz porque ia ser a minha última consulta do ano, antes de viajar, e eu ia ver todo mundo, só que eu fiquei com caxumba. Fiquei super-chateada, liguei aqui, eles não deixaram eu vir. Chorei, chorei, fiquei brava, porque ia ser a minha última consulta com a Linda. Nossa, falei que eu já estava sentindo, né. Aí eu pedi para avisarem ela... Ela queria saber como eu estava, mandou um e-mail no meu aniversário, no Natal, sabe? Antes de eu mandar, ela já me mandou, entendeu? Então é uma pessoa que realmente ela **faz parte da minha vida**, entendeu?*
- ✧ *Laura: Ahã.*
- ✧ *Natássia: Daí, quando eu entrei nessas **crises** de: “Ai, e se ela me deixar?”. A gente pôde **conversar** sobre isso, entendeu? Então assim, eu não tenho mais tanto esse desespero.*

A proximidade entre profissional e paciente foi creditada por Laura como um ingrediente importante para um bom relacionamento entre os dois. A partir da oferta desse sentido pela entrevistadora, Natássia foi convidada a construir narrativas sobre de que forma essa proximidade poderia trazer benefícios para sua melhora (“*E você sente que essa proximidade seria para quê? Em quê que ela seria boa? Por uma questão nutricional ou o quê?* [Breve silêncio]. *Ou é na proximidade com a pessoa?*”). Como resposta, Natássia relacionou a ajuda que Linda foi capaz de oferecer a ela com a possibilidade que teve para falar de si com a nutricionista (“*quando eu estava mal, tudo, ela super me ajudava, entendeu? Eu saía daqui bem!*”, “*Eu falava coisas para ela que ninguém sabia, entendeu? E ela entendia e ela conversava...*”), o que teria favorecido com que a nutricionista se tornasse a profissional que mais conhecia Natássia (“*mas ela é a pessoa que mais me conhece*”). Dessa forma, o sentido do cuidado ofertado pelo profissional foi agora relacionado a algo que aconteceu na relação entre as duas.

A fala da equipe de que Natássia não poderia mais conversar com a nutricionista sobre aspectos que não tivessem estreita relação com seu *problema* alimentar levou, considerando o argumento construído, ao pedido de Natássia de que Linda pudesse, então, deixar de ser sua nutricionista para que elas pudessem se relacionar como iguais fora do ambiente hospitalar (“*Só porque eu cheguei que começaram com essas frescuras, eu pedi para ela... Que ela podia deixar de ser a minha nutricionista e ir para a minha vida, sabe? Como uma pessoa normal*”). Ser uma pessoa “normal”, nesse fragmento, pareceu equivaler a não ocupar o lugar

de profissional. Se dentro do contexto de atendimento do GRATA o discurso sobre a distância necessária entre profissional e paciente trouxe o afastamento entre Natássia e Linda, fora dele, as duas poderiam se reaproximar e ser íntimas.

Todavia, o entendimento de Linda sobre a “ética” envolvida no relacionamento entre profissional e paciente fez com que ela se posicionasse contra tal sugestão. Para Linda, o formato da relação paciente-profissional se estenderia para fora dos muros do hospital, sendo assim, não seria possível que Natássia ocupasse outro lugar que não o de paciente. O “ódio” em relação à condição de fragilidade (“*Eu odeio ter um transtorno alimentar*”) apareceu nesse trecho como o ódio a essa marcação fixa de lugares que circunscrevem limites possibilidades de relacionamento. O sentido outorgado para o TA nesse momento foi fator impeditivo para que um relacionamento entre pessoas “normais” acontecesse (“*Eu passo com a Linda porque eu tenho um transtorno alimentar. Se eu não tivesse, se eu fosse normal, eu poderia encontrar ela na rua e conhecê-la. Conhecer a pessoa, entendeu?*”).

Ao mesmo tempo, outro sentido para a BN emergiu nesse segmento narrativo, contrastando com o sentido anterior. Foi o sentido da BN como algo que está no controle de Natássia, como algo que ela poderia optar por não ter mais se assim o desejasse (“*E se eu tiver alta? Poxa, eu faço qualquer coisa*”. “*Enfio aquela coisa na minha garganta, páro de vomitar, se eu pude ter você*”). O apelo por um modelo de relação distinto e exclusivo com a nutricionista, nesse momento da entrevista, seria o que propiciaria para Natássia a possibilidade de obter a cura de sua *problemática*.

Se no relacionamento com Linda, Natássia não podia ser próxima da profissional, com Teresa isso não acontecia (“*Tipo, a Teresa não tem essa ética idiota que ela [Linda] tem*”). Informada por sentidos éticos distintos, a psicóloga, no lugar de profissional, conseguiu oferecer para Natássia espaços de acolhimento e conversa (“*Com a Teresa, a gente conversa quase todo o dia por e-mail...*”). Todavia, Natássia temeu essa proximidade oferecida por Teresa e afirmou que fez, ela mesma, o corte nessa relação (“*Só que quando eu percebi que eu estava me apegando muito nela, aí eu sumi, que aí eu fiquei mais de uma semana sem falar com ela no e-mail*”). Como membro do contexto discursivo que constrói a adequação e inadequação na postura da categoria profissional, Natássia pareceu ficar na dúvida se a manutenção de uma relação próxima com a psicóloga seria positiva. Também temia que tamanho investimento afetivo nessa relação pudesse tornar a dor da eventual perda desse contato ainda maior, caso o mesmo que aconteceu com Linda acontecesse com Teresa.

No modelo de relacionamento profissional-paciente tradicional a necessidade de estar em tratamento de uma *patologia* seria condição *sine qua non* para que Natássia e Linda

pudessem continuar juntas. Dessa forma, receber “alta” do serviço seria algo que cindiria esse vínculo. Nessa lógica, um profissional, como Teresa, que permitisse que se desenvolvesse essa relação de “apego” do paciente, acabaria por colocá-lo em risco de ter maiores dificuldades caso a relação fosse interrompida com o término do tratamento. Todavia, Teresa, pela diferença de seu posicionamento ético, entendia que as duas poderiam continuar se encontrando fora do ambiente institucional, garantindo para Natássia que essa relação significativa permaneceria e poderia se estender para além dos contornos definidos pelo enquadre profissional (“*Por mais que eu já deixei bem claro, que por mais que um dia eu saia daqui e a gente possa continuar se vendo*”).

Na voz de Teresa, as diferenças nas posturas éticas entre profissionais teriam relação com o fato de as pessoas não serem “iguais” e cada um ter a “própria ética” para pautar sua conduta (“*que nem ela disse: nem todo mundo é igual, né. Cada um tem a sua ética, né?*”). Natássia entendeu a postura de Linda e Teresa como diferentes e não excludentes. Portanto, não seria possível dizer quem estaria “certa ou errada”. A posição de Linda, coerente a partir de um paradigma ético específico, não impediu que Natássia sentisse a “dor” de não poder estar próxima da nutricionista.

Natássia parecia desconfiar de que a postura de Teresa talvez não fosse a mais valorizada no serviço, e temeu que, ao confidenciar para Laura sobre a relação especial entre as duas, alguém “top” no GRATA exigisse que essa profissional mudasse sua forma de agir (“*Ai, isso não vai fazer ela mudar não, né?*”, “*Porque vai que algum... O que é top descobre e aí ele faz ela parar!*”). Ao usar o termo “top”, Natássia parecia estar se referindo a algum profissional que fosse hierarquicamente superior a Teresa no serviço e que tivesse o poder de decidir sobre como os profissionais deveriam se relacionar com os pacientes no ambulatório. Considerando o contexto de produção dessa entrevista, falar sobre o relacionamento com Teresa era contar para uma outra psicóloga do serviço sobre uma possível violação de uma forma correta de um psicólogo se portar. Como Laura entenderia essa fala? Seria ela representante de qual ética, da ética “idiota” de Linda, ou da ética transgressora de Teresa? Como ela escutaria essa narrativa polarizada?

Segundo Natássia, em seu relacionamento com Teresa, não apenas a psicóloga precisava dela como o contrário também acontecia (“*acabou o grupo, ela falou assim: ‘Ai, florzinha, eu preciso de você!’*”). Essa construção sobre o relacionamento entre as duas apresentou um contraponto importante com relação à maneira tradicional de pensar o relacionamento entre paciente e profissional, no qual este último seria o responsável por oferecer o cuidado e não o contrário. Contrariando não apenas essa lógica, mas também a

ideia de que o profissional deveria evitar manter contato com o paciente fora de seu ambiente de trabalho, Teresa enviava e-mails quando Natássia viajava e também em datas comemorativas (“*Quando eu ia viajar, ela mandava e-mail*”). Todos esses cuidados fizeram, de acordo com Natássia, com que Teresa passasse a “fazer parte” de sua “vida”.

Quando Natássia entrou naquilo que nomeou “crise” de que Teresa também ia deixá-la um dia, conseguiu manter o controle de suas emoções e não se desesperar imaginando que teria um espaço de “conversa” com a psicóloga. Aqui, a tranquilidade no relacionamento com a psicóloga nasceu de um contexto no qual a profissional conseguiu garantir meios de contato e proximidade com o paciente, que quaisquer princípios éticos não impediriam de acontecer (“*A gente pôde conversar sobre isso, entendeu? Então assim, eu não tenho mais tanto esse desespero*”). A discussão de como uma maior proximidade com os profissionais pode favorecer uma maneira diferente de escuta no âmbito do tratamento dos TA será feita no capítulo seguinte.

Momento 11

Foi ao responder ao questionamento de Laura sobre o que era positivo no relacionamento com os profissionais que Natássia lembrou um episódio que se deu por ocasião do Simpósio sobre TA organizado pelo GRATA. Na época, Natássia ficou sabendo sobre o evento e se inscreveu como participante. Como contou, se esforçou para conseguir juntar o dinheiro necessário para pagar a taxa de inscrição e estava feliz em poder participar. Todavia, próximo ao dia do evento recebeu uma ligação da empresa organizadora do Simpósio dizendo que ela não poderia mais participar, pois “as pessoas do GRATA” – referindo-se aos profissionais – não tinham autorizado sua participação por ela não ser estudante universitária na época. A reação que Natássia contou ter tido foi a de ter ficado indignada com a decisão, o que teria levado a causar um tumulto no ambulatório:

- ✧ *Natássia: É. Ela [Teresa] já ficou **emocionada** com uma situação minha... Eu achei isso tão bonitinho! Sabe? O ano passado... Você participou do Simpósio?*
- ✧ *Laura: Eu fui.*
- ✧ *Natássia: Então, eu ia também. Eu fiquei super-feliz, porque eu amo essas coisas. Eu fiquei super-feliz porque eles tinham deixado eu ir, sabe? Eu tinha conseguido o dinheiro, tinha conseguido fazer o negócio. Chegou lá, na semana, tipo, dois dias antes de ter, a mulher lá liga, falando que eu não ia poder ir. Falei: “Como não?”, “Ah, porque as pessoas do GRATA não deixaram porque você não faz faculdade”. Eu falei: “O quê?”, vim aqui e dei “bafão”. Falaram que não era aqui, era lá. Daí, tipo, eu fiquei puta da*

*vida. Aí no grupo [de pacientes] eu chorei tanto, mas tanto, tanto, tanto! Porque eu fiquei muito chateada. Ela... Tipo, eu estava esperando aquilo há meses, sabe? Tinha lido muito sobre aquilo. Tinha um cara que ia vir, o doutor [nome do médico] lá, uma coisa assim, e eu sonhava com o cara, pagava um super pau para ele, né? E ele ia vir, ele acabou não vindo, né, aí o Guimarães falou [psicólogo coordenador do grupo de apoio]: “Ah, para te confortar, ele não veio, tá?”. Eu queria muito ver assim, sabe? Tipo, eu sabia que vocês tinham se **empenhado** muito com aquele trabalho, sabe? Eu queria poder **prestigiar** isso, sabe? E aí eu não pude. E aí foi uma pessoa que me ajudou muito – porque eu fui na porta do Simpósio... Não fui dar bafão, que eu não sou **barraqueira**, mas eu fui... Sabe? Porque são os meus **direitos** – e a Teresa estava **disponível** a... Sabe, depois que acabou lá, ela me chamou em um cantinho e, eu estava com o olho cheio de lágrima, e ela chegou a ter um pouco de... Ela se **compadeceu**, **não fez aquilo como tanto faz**, sabe? Ela falou que passou **mal** o dia todo, então assim, a Teresa ela passou que ela é **sincera**. Ela não coloca essa **máscara** de psicóloga super-herói que não **sente** nada, que não se **importa** com o seu problema, porque para mim assim, se eu tiver uma psicóloga dura, então tipo, ela não está se **preocupando** com o meu **problema**. Ela não fala, ela não muda nada. Ela não pensa em mim, então tem uma pessoa ali que tem, que se preocupa comigo. Porque a Teresa é uma pessoa que se **preocupa**, e mostra que se preocupa. Ela não tem medo de ser uma **má** psicóloga por isso, porque ela **sabe quem ela é**. Então ela não fica fazendo essas graças.*

Como visto no momento anterior, Natássia contrapôs dois grupos de profissionais dentro da equipe do GRATA, cada um descrito como justificando suas ações a partir de diferentes referenciais sobre qual deve ser a relação profissional-paciente, considerando seu envolvimento afetivo.

Nesse fragmento, Teresa foi posicionada como alguém que se compadeceu com sua dor e que se “emocionou” com a injustiça perpetrada pela equipe com relação à sua participação no evento científico promovido pelo GRATA (“É. Ela [Teresa] já ficou emocionada com uma situação minha... Eu achei isso tão bonitinho! Sabe?”), diferente dos demais profissionais da equipe. Já Guimarães foi posicionado como alguém que tentou “confortá-la” ao dizer que o médico palestrante que ela tanto queria assistir acabou não podendo participar do evento (“Aí o Guimarães falou [psicólogo coordenador do grupo de apoio]: ‘Ah, para te confortar, ele não veio, tá?’”). Em seu contexto de produção, o sentido do profissional como alguém que não teme manter um maior contato pessoal com o paciente pode ser ampliado em sua compreensão a partir da consideração dos momentos anteriores dessa entrevista, quando Natássia contava de seu sofrimento com a retirada de uma profissional (Linda) de seu atendimento.

A construção retórica de uma separação entre gratos e ingratos na equipe de profissionais parecia estar relacionada à construções argumentativas de como a equipe foi insensível à dificuldade de Natássia em lidar com a separação da nutricionista. De maneira

especial, em uma análise de tempo curto da entrevista (SPINK; MEDRADO, 2000), é importante ressaltar que esse argumento foi construído na relação com uma entrevistadora que fazia parte dessa equipe de profissionais e que convidava Natássia para uma entrevista sobre o que ela considerava valioso no tratamento e de que maneira o serviço poderia melhor atender suas necessidades.

Natássia trouxe como repertórios interpretativos para sua participação no evento o fato de gostar de participar de simpósios (*“Eu fiquei super-feliz, porque eu amo essas coisas”*), o fato de ser uma oportunidade de ver um palestrante famoso (*“Tinha um cara que ia vir, o doutor [nome do médico] lá, uma coisa assim, e eu sonhava com o cara, pagava um super pau para ele”*), o fato de ser algo que ela aguardava com grande expectativa (*“Tipo, eu estava esperando aquilo há meses, sabe? Tinha lido muito sobre aquilo”*) e uma possibilidade de “prestigiar” o “empenho” da equipe (*“Eu queria muito ver assim, sabe? Tipo, eu sabia que vocês tinham se empenhado muito com aquele trabalho, sabe? Eu queria poder prestigiar isso, sabe?”*). O prestígio, mencionado por Natássia, pode ser entendido dentro de seu contexto de produção, que como mencionado, construía a recusa da equipe em deixá-la entrar no evento como uma ingratidão dos profissionais, uma vez que suas intenções eram de valorização de seu trabalho.

Natássia contou que foi até a porta do evento não para dar “bafão”, mas para defender seus “direitos” (*“porque eu fui na porta do Simpósio... Não fui dar bafão, que eu não sou barraqueira, mas eu fui... Sabe? Porque são os meus direitos”*), parecendo querer deixar claro que sua atitude foi tomada não por uma característica pessoal de assumir o lugar desviante, ou ser “barraqueira”, que na gíria popular remete-se a uma pessoa que cria confusão sem necessidade, que causa tumulto ou vexame em público. Ao contrário, Natássia colocou-se como alguém que buscava o cumprimento de seus “direitos”, colocando-se no lugar de quem esperava ser respeitada e posicionando a equipe como aquela que tomou a atitude errônea.

Natássia associou a possibilidade de Teresa de mostrar seus sentimentos para ela como algo que transpareceu “sinceridade” (*“então assim, a Teresa ela passou que ela é sincera”*). A falta de “sentimento” demonstrado pelo profissional na relação com o paciente significaria que ele não se “importava” com a dificuldade do paciente (*“Ela não coloca essa máscara de psicóloga super-herói que não sente nada, que não se importa com o seu problema, porque para mim assim, se eu tiver uma psicóloga dura, então tipo, ela não está se preocupando com o meu problema”*). Descrevendo a postura de Teresa como a de alguém que estava “disponível” para ela, que se “compadeceu”, que “não fez aquilo como tanto faz”, que ficou “mal” com a situação e que se “preocupou” com seu “problema” (*“Ela falou que passou mal*

o dia todo”, “e ela chegou a ter um pouco de... Ela se compadeceu, não fez aquilo como ‘tanto faz’, sabe?”), Teresa foi descrita como alguém que não entendia que nutrir uma maior intimidade com o paciente pudesse ser prejudicial a esse relacionamento. Já o restante da equipe foi posicionado como profissionais que não se compadeceram ou não se preocuparam com ela.

Por saber “quem é” e estar segura de sua identidade pessoal e profissional (“‘Ela não tem medo de ser uma má psicóloga por isso, porque ela sabe quem ela é’”), Teresa é que foi capaz de assumir uma outra postura com Natássia. E justamente por estar informada por um outro sentido sobre o que faz um bom ou mau profissional que, segundo a fala de Natássia, ela foi capaz de tomar a única atitude que a ajudou naquele dia difícil.

5.3 TALIA

Momento 2

Esse momento teve início com a pergunta de Laura Talia sobre qual foi o entendimento do que era a AN que mais a ajudou:

- ✧ *Laura: O que que mais te ajudou na internação? Conta um pouco como foi.*
- ✧ *Talia: Foi que eu ficava lá, sentada lá, e eu já não tinha mais controle, quem controlava a minha alimentação era a nutricionista.*
- ✧ *Laura: Tá.*
- ✧ *Talia: E quem controlava o meu remédio era a médica, quem controlava outras coisas lá eram outras pessoas. Então o que que eu ia controlar? Eu já não tinha controle, aí eu comecei a pensar em outras coisas. Porque eu me deixei ser controlada, já que eu não podia fazer mais nada por mim, já que os outros tinham que fazer. Então eu comecei a pensar mais na vida: “Nossa eu tô sentindo falta disso, tô sentindo falta daquilo” e, quando eu cheguei ao extremo de pesar uma quantidade muito pequena, eu não conseguia tomar banho, então eu falava: “Nossa, eu não tenho controle mais sobre tomar banho”, tipo, aí eu queria passar a tomar banho, eu já gostei: “Nossa, eu consigo tomar banho sozinha”, sem ninguém me ajudar, assim, a sentar na cadeira. Aí depois: “Nossa, eu consigo fazer isso sozinha, eu consigo caminhar sozinha”, “Nossa, eu consigo fazer outras coisas sozinha”. Aí eu fui gostando daquilo, aí eu fui cada vez gostando de fazer alguma coisa sozinha. Entendeu? Aí, eu fui crescendo. Só que, a hora, na primeira internação, eu não queria sair. Porque eu falava: “Gente, e agora eu vou chegar lá em casa, quem que vai controlar por mim?”. “Aí eu tenho que tomar banho sozinha, fazer isso sozinha, controlar minha alimentação sozinha, é muita coisa pra mim, eu não dou conta”. Aí foi onde que eu caí, caí, vim pra cá de novo, aí aqui não passaram a mão na minha cabeça como na primeira internação, não. Foi um pouco mais sofrido.*
- ✧ *Laura: Ah, o que mudou?*
- ✧ *Talia: Foi que aí já não... Tipo, na minha primeira internação, apesar deles controlar, eu ajudava eles a controlar, eu impunha as coisas. Na segunda*

já não, quem impunha era eles, são, eram os médicos, eu não tinha o direito de falar nada, se eles falassem que era assim, era assim.

✧ *Laura: Isso ajudou?*

✧ *Talia: É, ajudou, ajudou bastante, só que, eu ficava com um pouco, com raiva, né? Só que ,ao mesmo tempo, aí essa raiva me levou, que aí eu tive uma certa melhora e tudo mais, mais aí não foi suficiente. Então eu tive a terceira...*

✧ *Laura: Internação?*

✧ *Talia: Internação. Aí a terceira foi com sonda. E aí eles falavam: “Vai colocar sonda?”, “Vai”, “Eu não vou colocar”, “Vai”, “Soro?”, “Vai ter soro”, “Comida?”, “Vai comer”. E eu acho que foi pior, foi aí que eu cresci. Porque eles não passavam a mão na minha cabeça, tipo, ninguém me tratava: “Nossa, coitadinha, tem anorexia, nossa, tadinha”. Não, todo mundo me tratava: “É assim, a realidade é essa”. Não me puseram na [Unidade] Metabólica, me puseram lá fora pra mim dar de cara com a realidade, assim, sabe? Ali todo mundo doente, e não me davam atenção, quando eu apertava a campainha e falava que eu tava sentindo isso, ninguém dava bola: “Ah, é? Então tá, sente mais um pouco”. Aí, às vezes, eu pensava que eles falavam: “Sente mais um pouco pra você ver se é bom”, entendeu? Eles me mostraram a realidade, aí sim eu cresci, aí foi que eu não tive mais nenhuma internação.*

Talia contou dos diferentes efeitos que os posicionamentos da equipe provocaram em sua forma de lidar com a internação hospitalar. Na primeira internação, Talia descreveu uma equipe que cuidou de sua alimentação e medicamentos (“*quem controlava a minha alimentação era a nutricionista*”, “*E quem controlava o meu remédio era a médica, quem controlava outras coisas lá eram outras pessoas*”), o que, segundo ela, possibilitou que ela pudesse se reorganizar e prestar atenção em outros aspectos de sua vida não relacionados ao tratamento da AN (“*comecei a pensar mais na vida*”).

A possibilidade de retomar as atividades que ela fazia antes do *problema* alimentar aparecer (“*eu consigo caminhar sozinha*”, “*Nossa eu consigo fazer outras coisas sozinha*”, “*Nossa, eu consigo tomar banho sozinha*”) foi relacionada com a postura da equipe de “controlar” todos os aspectos do tratamento. Posicionada dessa forma, como a responsável pela alimentação e medicação de Talia, a equipe ofereceu-lhe a chance de perceber do que sentia “falta”. Todavia, não a instrumentalizou para lidar com esses aspectos do cuidado de si ao deixar o hospital (“*Gente, e agora eu vou chegar lá em casa, quem que vai controlar por mim?*”). Nesse trecho, a impossibilidade de fazer algo por si mesma foi construída como algo positivo e que gerou “crescimento” durante a internação, mas que colocou Talia em uma posição de acentuada dependência do cuidado promovido pela equipe (“*Só que, a hora, na primeira internação eu não queria sair*”).

A princípio descritos como únicos responsáveis por sua alimentação durante a primeira internação, nesse momento de sua narrativa, os profissionais foram reposicionados

como aqueles que permitiam com que ela “ajudasse” no controle de sua alimentação. Dessa forma, a recaída pós internação (“*Aí foi onde que eu caí, caí, vim pra cá de novo*”) foi relacionada com essa abertura da equipe para que ela pudesse “impor” o que queria com relação ao tratamento (“*Tipo, na minha primeira internação apesar deles controlar, eu ajudava eles a controlar, eu impunha as coisas*”). Essa postura da equipe poderia ser reconhecida como uma abertura para a coparticipação do paciente nos rumos do tratamento, em uma perspectiva que entende essa colaboração como importante para o bom êxito das intervenções em saúde (ANDERSON, 2009). Todavia, a voz que foi ouvida com essa abertura foi, segundo Talia, a voz da “AN”, que fez com que ela fizesse pedidos para a equipe que a mantinham não se alimentando de forma adequada. As peculiaridades das negociações profissional-paciente no tratamento da AN, considerando-se o risco de morte que pode estar envolvido nesse caso, serão discutidos posteriormente.

Nesse trecho, o sentido atribuído ao tratamento para AN foi o de um espaço no qual o paciente pudesse se alimentar de maneira saudável, saindo de uma condição de baixo peso para o alcance de um peso considerado normal, segundo os parâmetros, principalmente, da ciência médica. A partir desse sentido elaborado e considerando-se a descrição *psicopatológica* desse transtorno, o paciente estaria impedido pelos sintomas do TA de aceitar, em um primeiro momento, voltar a comer de maneira regular. Por essa inteligibilidade, considerar-se-ia aceitável que a equipe “impusesse” para Talia uma forma de alimentação saudável. Porém, a equipe parecia estar informada por outros sentidos sobre tratamento, que incluíam a consideração da dificuldade do paciente em aceitar voltar a se alimentar e a possibilidade de negociar com o mesmo sobre as condutas da internação.

Outro sentido para a postura da equipe durante a internação foi a ausência de complacência por parte da equipe multiprofissional em relação à sua dificuldade de se alimentar (“*Porque eles não passavam a mão na minha cabeça, tipo, ninguém me tratava: ‘Nossa, coitadinha, tem anorexia, nossa, tadinha’*”). Foi a partir do posicionamento da equipe como pouco rigorosa que Talia justificou seu entendimento de que a postura mais impositiva da equipe nas internações seguintes foi mais positiva, ainda que a tivesse feito sentir “raiva” em um novo jogo de posicionamentos entre uma equipe impositiva e uma paciente que tinha que obedecer (“*quem impunha era eles, são, eram os médicos, eu não tinha o direito de falar nada, se eles falassem que era assim, era assim*”).

Na fala de Talia a possibilidade, até então inédita, de ver “a realidade” na terceira internação foi relacionada ao fato de ter sido colocada fora da Unidade Metabólica (“*É assim, a realidade é essa*”). *Não me puseram na metabólica, me puseram lá fora pra mim dar de*

cara com a realidade, assim, sabe? Ali todo mundo doente, e não me davam atenção”). Nessa outra Unidade do hospital, não apenas pessoas com *TA* eram internadas, mas também pacientes diagnosticados com outros quadros crônicos, especialmente moléstias deflagadas por causas orgânicas, como a síndrome do intestino curto.

É comum, considerando algumas práticas discursivas cotidianas, que as pessoas e até profissionais demandem dos pacientes diagnosticados com *transtornos* psicológicos um esforço pessoal para alcançarem a melhora de seus *sintomas*. Entende-se que, de certa forma, sua cura estaria sob o controle do paciente e que, portanto, aquele que não melhorasse teria uma parcela de responsabilidade pessoal sobre isso. Esse cenário seria diferente dos pacientes com *patologias* orgânicas, para os quais tal demanda não seria feita da mesma forma, uma vez que se entenderia que a causa desses *transtornos* residiria em algo que não dependeria ou que não poderia ser modificado pela boa vontade do paciente.

Apesar do esforço retórico de muitos profissionais que trabalham com pessoas com *TA* para associar o comportamento de não querer se alimentar com a existência de uma *psicopatologia*, em um modelo científico que tem na objetividade e na visibilidade os pilares para sua produção de conhecimento (PESSOTTI, 1996), a falta de elementos concretos dessa evidência, como exames de raio-X, ultrassonografias, tomografias ou ressonâncias magnéticas, favoreceria a produção do sentido da *AN*, entre leigos, como algo que a própria pessoa acometida criaria para si. O sofrimento do paciente, a partir dessa inteligibilidade, pode ser visto com desconfiança, ou seja, poderia ser algo que ele mesmo criou e que, dessa forma, teria o poder de fazer desaparecer. Pode ter sido desse lugar que os profissionais que atenderam Talia em sua terceira internação estavam se relacionando com ela, entendendo que, ao ver o “real” sofrimento de outros pacientes internados, Talia poderia finalmente aceitar o alimento.

Outra forma de compreender essa narrativa é considerar a posição ofertada pela equipe para Talia, ou seja, a posição de alguém que era capaz de suportar o tratamento, de ver pessoas padecerem de condições clínicas ainda mais graves e de não contar com qualquer forma de atendimento privilegiada. Posicionada dessa forma, a Talia que suportou essa realidade pôde crescer e ter alta da internação.

Momento 6

Nesse momento, Laura e Talia conversaram sobre o que ajudou Talia a melhorar sua relação com a alimentação:

- ✧ *Laura: E o que te ajudou nessa coisa da comida?*
- ✧ *Talia: De comer?*
- ✧ *Laura: É.*
- ✧ *Talia: Foi assim, foi tudo muito devagar. Linda foi minha nutricionista desde o começo, ela é um amor de pessoa, eu amo ela, então ela falava: “Talia, você come isso, isso e isso”, “Eu não vou comer”, ela passava isso, eu falava: “Ih, pó passar isso aí, você vai ficar gastando o seu tempo, eu não vou comer, eu não vou comer e pronto”. Aí que eu fiquei internada, aí foi a Linda e a Ticá, a nutricionista que tinha aqui.*
- ✧ *Laura: Lá na enfermaria?*
- ✧ *Talia: Então, a Linda passava pra Ticá o que eu ia comer, tal, né?*
- ✧ *Laura: Continuou lá?*
- ✧ *Talia: É, isso, aí ela passou tudo e elas foram começando devagarzinho: “Talia, hoje...”, no começo foi, assim, eu não comia nada, né?, “Você vai começar com meio copo de leite desnatado sem açúcar, sem nada, concorda?”. Eu, ai, chorava, chorava: “Vamos colocar um soro nela”, colocaram um sorinho só, tanto é que minha primeira semana eu cheguei a perder peso. Depois, na segunda semana, ela foi aumentando, depois no segundo dia um copinho de leite e uma bolacha água e sal, no dia inteiro. Depois foi aumentando, cada dia ela foi aumentando até ficar uma alimentação adequada. E nisso eu tava vendo que eu tava ganhando de duzentas a trezentas gramas por semana, tava vendo que, não, e nisso que eu fui perdendo o medo da comida. Entendeu? Eles me ajudaram a perder o medo da comida, sozinha eu sei que eu não dava conta: “Ai meu Deus do céu”. Então eu tinha que ficar internada mesmo, pra mim conseguir, sozinha eu não ia dar conta, não.*
- ✧ *Laura: Então essa gradatividade aí, a coisa bem devagarzinho.*
- ✧ *Talia: Foi, muito bom, foi, nossa, excelente. Eu fui perdendo o medo da comida, fui perdendo... A nutricionista falava: “Experimenta. Você tem medo da banana. Então, vamos comer um pedacinho de banana”, “Então tá”, eu: “Isso”. No outro dia eu pesava: “Você viu, não deu diferença, né?”, “Vamo aumentar mais um pouquinho?”. E ela foi indo assim. A mesma coisa com alguma coisa calórica que eu tinha medo: “Vamos comer um pedacinho”. Entendeu? E foi assim.*
- ✧ *Laura: E o que... Você disse que ajuda essa coisa passo a passo na comida, mas serem firmes também. As duas coisas andaram juntas?*
- ✧ *Talia: As duas coisas andaram juntas.*
- ✧ *Laura: Tá, então tinha um lado que percebia seu medo...*
- ✧ *Talia: Então, no começo eles iam devagarzinho, depois eles continuavam devagarzinho, mas aí depois quando eles continuavam devagarzinho eu não tava nem aceitando ganhar trezentas, quatrocentas gramas por semana mais, sabe? Eu queria manter.*
- ✧ *Laura: Tá.*
- ✧ *Talia: Eles não queriam, aí eles impunham. Depois chegou na terceira internação, tanto é que eu ganhei soro, eu recebi soro e água pela sonda e ganhei um quilo, numa semana. Fiquei desesperada, menina, chorei até, aí eles pegaram, mostraram pra mim que era só líquido, foram muito agradáveis nessa situação, entendeu? Só que aí eles eram rígidos, na parte que tinha que fazer, tinha, porque na primeira internação eu falava que eu não ia fazer, aí a médica voltava atrás: “Ah, não vai fazer, então tá, então a gente não faz”, “A gente não faz, mas vamos combinar, assim, você come mais uma bolachinha a mais”. Aí eu combinava ali, ia embora e não comia nada. “Não, você não faz nada, então a gente vai fazer por você”. Entendeu? Eles me respeitavam sim.*
- ✧ *Laura: Á, han.*

- ✧ *Talia*: Só que na medida do possível.
- ✧ *Talia*: Entendeu? Eram rígidos, mas porque tinha que ser.

A mudança na relação de Talia com os alimentos, passando de um momento de total aversão e medo, no qual não aceitava comer nada, para um momento de experimentar, gradualmente, voltar a comer, foi construída como tendo sido facilitada pela postura da nutricionista Linda e Ticá de irem “devagarzinho” com sua alimentação (“*Foi assim, foi tudo muito devagar*”). O sentido oferecido para a gradatividade no aumento da alimentação foi o de ter “ajudado” com relação ao “medo” que Talia tinha da comida (“*E nisso eu tava vendo que eu tava ganhando de duzentos a trezentos gramas por semana, tava vendo que, não e nisso que eu fui perdendo o medo da comida*”). A postura das nutricionistas pareceu estar informada menos por teorias científicas sobre como deveria ser uma alimentação adequada e mais pela preocupação em considerar o pavor dos alimentos de Talia. A negociação pareceu se dar entre a necessidade de considerar o risco de vida de Talia por estar tão desnutrida e, ao mesmo tempo, levar em conta a sua dificuldade em alimentar-se.

Preocupadas em mostrar para Talia que voltar a se alimentar não ia fazer com que ela ganhasse peso desenfreadamente, as nutricionistas foram posicionadas, então, como necessárias para que ela continuasse melhorando, razão pela qual Talia achou que seria importante continuar internada no hospital (“*‘Ai meu Deus do céu’. Então eu tinha que ficar internada mesmo, pra mim conseguir, sozinha eu não ia dar conta, não*”). Acompanhada de perto por essas profissionais Talia parecia se sentir mais segura com relação aos alimentos, embora persistisse o pavor que acentuava o repúdio.

Na pergunta de Laura sobre o passo a passo na comida (“*Então essa gradatividade aí, a coisa bem devagarzinho*”) um outro sentido para a postura das nutricionistas foi oferecido, o de terem sido “firmes” (“*Você disse que ajuda essa coisa passo a passo na comida, mas serem firmes também. As duas coisas andaram juntas?*”). Esse sentido estava informado pelas narrativas anteriores de Talia, como visto no momento anterior, de que na primeira internação os profissionais recuavam quando ela se negava a comer, mas que na segunda e terceira internações os profissionais não mais aceitavam docilmente sua negativa, o que a entrevistadora trouxe como sentido de uma postura de firmeza da equipe. Ao fazer essa pergunta, Laura convidou a atitude dos profissionais a ser vista como um combinado entre uma postura de escuta em relação ao medo do paciente de alimentar-se, mas ao mesmo de consideração das condições de seu quadro clínico.

Um discurso que participa dessa construção é o do papel do profissional de saúde como o defensor da vida do paciente, ou seja, frente à dificuldade da pessoa em perceber que

suas atitudes podem acarretar sérios prejuízos para si, o profissional deveria intervir mesmo diante da recusa ostensiva do paciente em relação à intervenção proposta. Considerando as práticas discursivas em saúde, a noção de autonomia é implicada nesse discurso, ao propor que, em uma primeira instância, o paciente é autônomo para decidir sobre o que pode ou não ser feito com seu próprio corpo e vida. Todavia, em uma segunda instância, caso alguma *patologia* ou *disfunção* o impeça de usufruir dessa autonomia, carecendo da capacidade de discernimento para promover uma avaliação coerente da realidade, caberá ao profissional a decisão final sobre o que é ou não necessário para a manutenção de uma condição saudável (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). A forma como o conceito de autonomia participa das práticas relacionais profissional-paciente no tratamento dos TA será abordada no próximo capítulo.

Convidada a falar desse sentido sobre o papel dos profissionais, o de terem a obrigação de cuidarem da saúde do paciente quando este não é mais capaz disso, Talia contou que parou de comer durante a primeira internação, mesmo com a recuperação gradual de peso (*“mas aí depois quando eles continuavam devagarzinho eu não tava nem aceitando ganhar trezentas, quatrocentas gramas por semana mais, sabe? Eu queria manter”*). Em resposta a essa recusa, a equipe passou a “impor” a alimentação (*“eu ganhei soro, eu recebi soro e água pela sonda e ganhei um quilo, numa semana”*).

O sentido outorgado a essa imposição da equipe estava relacionado ao fato de que ela não mais cumpria os combinados, portanto, os profissionais precisaram mudar sua forma de se relacionar com ela. Construída dessa forma, a imposição foi percebida por Talia como uma postura de respeito por parte da equipe (*“Aí eu combinava ali, ia embora e não comia nada. ‘Não, você não faz nada a gente vai fazer por você’. Entendeu? Eles me respeitavam sim”*). O respeito implicava em, ao mesmo tempo, negociar com Talia sobre a alimentação quando era possível, e impor quando percebiam que ela descumpria os combinados (*“Só que aí eles eram rígidos, na parte que tinha que fazer, tinha, porque na primeira internação eu falava que eu não ia fazer, aí a médica voltava atrás: ‘Ah, não vai fazer, então tá, então a gente não faz’, ‘A gente não faz, mas vamos combinar, assim, você come mais uma bolachinha a mais’”*).

Momento 8

Esse momento se iniciou com a pergunta de Laura sobre como foi quando ela recebeu o diagnóstico de AN pela primeira vez:

- ✧ *Laura: É, deixa eu ver [olhando para o roteiro de perguntas]. Ah tá, quando você primeiro pensou, percebeu, ou alguém te falou que você tinha anorexia, né? É um momento muito difícil normalmente, mas o que te ajudou nesse momento, quando você ficou sabendo?*
- ✧ *Talia: Eu ria.*
- ✧ *Laura: É?*
- ✧ *Talia: É, eu olhava pro médico que falava: “É uma coisa que você emagrece, emagrece e você olha no espelho e você tá magra e você tá falando que você tá gorda”. [E eu pensava]: “Ai, isso não existe, tá me chamando de louca e louca eu não sou. Sou **esperta**”. Xinguei o moço, xinguei tudo o moço e ainda fui embora. Eu falei que não era daquele jeito, que eu não tava, que eu tava, que eu era gorda e pronto, não existia o cabimento que você olha no espelho e você tá gorda e os outros tá falando, isso não existe.*
- ✧ *Laura: Você chegou a ser internada?*
- ✧ *Talia: Lá em [cidade de origem], minha cidade, não tem [tratamento], aí eu internei em [cidade próxima]. Eles me **sedaram**, aí eu tive **crise compulsiva** também, sabe? Tipo, eles me **enfiavam comida** assim, só que do mesmo jeito que eles enfiavam, voltava, mas não era porque eu provocava, não. Eu tive crise compulsiva e eles me chegaram a dopar, eu ficava assim, boba. Tudo que eles falavam pra mim eu fazia assim com a cabeça. Eu não tinha reação. Tudo que eles falavam pra mim, tudo que eles faziam, pra mim tava bom. Eu engordei dois quilos, mas eu não sabia, a hora que eu saí da internação que eu caí por mim, que eu tinha engordado dois quilos eu fiquei **louca**. Aí **voltou** tudo de novo. Aí eu comecei a **malhar** e **regime** em cima de regime, aí o médico falou que ia me internar no [nome da clínica], que é uma clínica que tem lá no, em [cidade da região], de psiquiatria, só que aí ele nem chegou a me internar porque ele foi embora, sabe? **Ele foi embora sem dar explicação** sem nada, sem lógica, uma **coisa de louco**. Aí me indicaram pra São Paulo. São Paulo eu fui lá num psiquiatra, o psiquiatra **riu da minha cara** e falou que ia me dar um remedinho que ia ser tiro e queda, um, me dar um apetite, um **remédio de apetite**, para abrir o apetite. Aí, eu chegava lá em casa se deixasse um bolo, assim, eu queria, eu, eu **devorava o bolo inteiro**, só que aí, como eu tinha controle, eu comia um pedaço de bolo e eu tinha vontade de comer o resto, só que eu não comia, o que eu fazia? Pegava o bolo, **tacava na parede** e **gritava**, muito desesperada, gritava, gritava, gritava e não conseguia dormir, de **espernear** ficava muito **ansiosa**. Que eu tinha controle da comida, mas não tinha controle dos desejos. Aí eu peguei, descobri que era o coiso [psiquiatra], não quis ir mais nele, né? Descobri que era o remédio que tava me dando apetite. Não quis ir mais nele e cheguei e vi que, não acreditei em psiquiatra nenhum, falei assim que psiquiatra pra mim não existia, psiquiatra tinha que **ter confiança**, ser uma pessoa de confiança, falei assim: “Não quero”. Minha mãe me levou em todos psiquiatra, olhava na cara dele e falava: “Não vou fazer, não quero, tchau”, bati a porta na cara deles. Tipo, não aceitava nada porque perdi a confiança. Um me abandonou, o outro me deu um remédio e ainda ri da minha cara o quê que ele tava pensando que eu era? Eu era um **ser humano**. Eu falei que não queria tratamento que*

tratamento era... Deixava... Me deixava tratá que eu sabia muito bem cuidar de mim, que eu tava me sentindo bem daquele jeito. Aí só comecei a emagrecer, emagrecer, cheguei aqui [no GRATA] com 39 quilos e aqui continuei emagrecendo até os 32 que eles [os médicos do GRATA] me internaram.

Nesse fragmento, a voz do médico trouxe o que a literatura médica e psicológica na área (APA, 2000) apresentam como distorção da imagem corporal (“*É uma coisa que você emagrece, emagrece e você olha no espelho e você tá magra e você tá falando que você tá gorda*”). Essa descrição *psicopatológica* posicionou Talia como portadora de um *transtorno emocional* (“*tá me chamando de louca e louca eu não sou. Sou esperta*”). Em nossa sociedade as pessoas diagnosticadas com *psicopatologias* podem ser descritas a partir do discurso da loucura que marca a diferença entre loucos e normais, em um julgamento de valor no qual a loucura passa a ser vista a partir do estigma que constrói (FOUCAULT, 1972). Contra esse posicionamento de alguém enlouquecida, Talia se situou como alguém que era “esperta”, retirando-se da cena médica (“*Xinguei o moço, xinguei tudo o moço e ainda fui embora*”). Nesse momento, o *problema* alimentar como *psicopatologia*, entendido a partir do discurso estigmatizante da *loucura*, produziu o afastamento entre profissional e paciente.

Nesse trecho a “crise compulsiva”, que é entendida por algumas teorias psicológicas como fruto de uma condição *patológica* individual (VINDREAU, 2003), foi significada como uma resposta de Talia à atitude da equipe de profissionais, que a “sedaram” e lhe “enfiaram a comida” à força (“*Tipo, eles me enfiavam comida assim, só que do mesmo jeito que eles enfiavam, voltava, mas não era porque eu provocava*”). Não apenas esse comportamento purgativo pode ser entendido dentro de um cenário relacional, mas também a “loucura” que Talia mencionou ter vivido quando acordou do período de sedação e descobriu-se com dois quilos a mais. Essa loucura, assim como a “malhação” e o “regime”, foram construídos como respostas para a atitude impositiva da equipe (“*a hora que eu saí da internação que eu caí por mim, que eu tinha engordado dois quilos eu fiquei louca. Aí voltou tudo de novo. Aí eu comecei a malhar e regime em cima de regime*”).

Por sua vez, os profissionais descritos por Talia podem ser vistos como agindo de acordo com alguns preceitos específicos para o tratamento de uma pessoa emagrecida, como já argumentado. Vendo uma Talia com a saúde física em risco, a prescrição de uma alimentação forçada e até com sedação podem ser significadas como formas legítimas de recuperação do peso saudável, a partir de um olhar que prioriza a condição física como o *problema* a ser resolvido. Seria no corpo que residiria, então, o foco de intervenção profissional. Todavia, entendida a partir de teorias psicológicas sobre os *TA*, Talia passaria a

ser posicionada como alguém com uma *patologia* emocional, trocando o *locus* do *problema* do corpo para, por exemplo, a *psiquê*. A partir dessas teorias, a alimentação forçada poderia trazer como benefício a recuperação da saúde física, porém, seria inútil em sua tentativa de erradicar as origens do *problema*. Estratégias de intervenção que tivessem como objetivo o cuidado dos aspectos psicológicos seriam propostas, entendendo que a alimentação forçada resolveria o *problema* físico apenas temporariamente (CRISP, 2002).

A partir do entendimento do *TA* como um fenômeno psíquico, como uma *psicopatologia*, que a atitude dos profissionais foi significada como inadequada. Sendo ineficaz, uma vez findada a seditação, os *sintomas* purgativos “voltaram”. A atribuição desse sentido colaborou na construção da denúncia que Talia elaborou com relação às experiências de tratamento que descreveu. Assim, na conversa, Talia posicionou-se como alguém que havia passado por tratamentos anteriores inadequados. Ao longo da entrevista, contou de que forma o GRATA foi capaz de oferecer uma forma de atendimento diferente e mais eficaz, baseado em princípios como negociação e firmeza.

De modo especial, nessa construção argumentativa, a emergência do sentido de *TA* como uma categoria psiquiátrica pareceu funcionar na defesa de uma forma de relacionamento com o profissional na qual o paciente seja ouvido em suas necessidades. Dessa forma, a compreensão de que o paciente não seria capaz de controlar sua dificuldade alimentar serviria para protegê-lo de intervenções profissionais impositivas como as relatadas por Talia. O sentido da não-intencionalidade dos comportamentos purgativos poderia favorecer com que paciente e profissional se colocassem lado a lado contra o *problema* alimentar.

Ao mesmo tempo, esse mesmo sentido poderia servir para justificar a iniciativa da equipe de propor a alimentação à força ou a seditação da paciente com vistas a alcançar a qualquer custo a recuperação de peso, pois poder-se-ia compreender a atitude dos profissionais como legitimada pelo entendimento do descontrole emocional de Talia, de sua impossibilidade psicológica de cooperar com o tratamento. O sentido da *psicopatologia*, como já discutido, pode construir um sujeito que, de forma momentânea ou permanentemente, é incapaz de julgar a realidade de maneira adequada. Dessa forma, dentro dessa realidade discursiva, caberia ao julgamento do profissional a avaliação da extensão dessa (in)capacidade do paciente em poder ou não ter suas opiniões sobre si consideradas na proposição de seu tratamento. Uma vez que Talia, considerada como portadora de uma *psicopatologia* grave não seria capaz de perceber sua própria magreza e debilidade física, o

olhar não adoecido do profissional seria o responsável pela decisão do que seria melhor para ela.

Como abordado anteriormente, vômitos induzidos, exercícios físicos exagerados com vistas ao emagrecimento e dieta altamente restritiva se encaixam na descrição dos comportamentos inadequados que referenciam o diagnóstico de *TA* (APA, 2000). Todavia, diferentemente do que apontam os manuais de psiquiatria, nesse momento da entrevista, a construção desses comportamentos como fruto de uma postura impositiva e não negociada da equipe, antes de sustentar o argumento de uma *psicopatologia* individual, reforçava a denúncia de como os profissionais de saúde podem colaborar para intensificar o sofrimento do paciente. Nesse momento, esses profissionais não estavam sendo entendidos por Talia como os especialistas na solução da problemática, mas como os causadores dela.

Talia contou como sua visão de seu próprio corpo foi colocada em xeque pelo psiquiatra, que disse que ela tinha uma distorção de sua autoimagem. Nesse caso, o profissional estava posicionado como aquele que era capaz de avaliar a norma e o desvio, cumprindo o discurso tradicional de distinção entre os lugares ocupados pelo paciente e pelo profissional. Todavia, quando contou que esse profissional “foi embora sem dar explicação”, acabou por posicionar o médico como aquele que confirmou, com esse gesto, a inadequação de sua forma de agir, algo que para ela se configuraria como “coisa de louco”. No uso dessa desse repertório interpretativo, a loucura passou a ser descrita como incongruência identificada no comportamento daquele que, a princípio, dentro de um campo discursivo específico que concebe a tradicional hierarquia entre profissional e paciente, deveria demonstrar ser são. Dessa forma, Talia ficou posicionada como alguém capaz de perceber a inadequação das atitudes dos profissionais que a atenderam, o que demanda um juízo crítico da realidade preservado.

Esse jogo de posicionamentos se relacionava à crítica tecida por Talia, na conversa comigo, uma profissional que trabalha na assistência em *TA*, sobre as implicações das diferentes descrições de si de profissionais e pacientes. Assim, a narrativa de Talia sobre o estranho comportamento do médico parecia relacionar-se a sua denúncia do mau uso que esse profissional teria feito na ocupação de seu lugar social.

A inadequação desse novo psiquiatra, mencionada por Talia, relacionava-se ao fato de o profissional ter “rido na cara dela” e ter receitado um remédio para “abrir o apetite” sem informá-la (“*falou que ia me dar um remedinho que ia ser tiro e queda, me dar um apetite*”, “*Descobri que era o remédio que tava me dando apetite*”). Mais uma vez alguns comportamentos que poderiam ter sido construídos como *sintomas* de uma *patologia*

emocional individual, tais como: “devorar o bolo inteiro”, “tacar o bolo na parede”, “gritar e espernear” e o sentimento que ela nomeia de “ansiedade”, foram tecidos como consequência do comportamento inadequado do profissional (“*peguei descobri que era o coiso [psiquiatra], não quis ir mais nele, né?*”).

Além de gerar intenso sofrimento em Talia, a omissão do profissional, ao dissimular sua real intenção com a prescrição do medicamento, foi construída como tendo como consequência a sua falta de “confiança” em qualquer outro profissional que a atendesse posteriormente (“*Não quis ir mais nele e cheguei e vi que, não acreditei em psiquiatra nenhum, falei assim que psiquiatra pra mim não existia, psiquiatra tinha que ter confiança*”), fazendo com que, a partir daquele momento, Talia decidisse se cuidar sozinha (“*Me deixava tratá que eu sabia muito bem cuidar de mim, que eu tava me sentindo bem daquele jeito*”). O profissional posicionado como alguém que não era capaz de tratar o paciente como um “ser humano” e em quem não se podia confiar, afastou uma Talia que precisava de ajuda, pois continuava emagrecendo demais (“*Aí só comecei a emagrecer, emagrecer, cheguei aqui [no GRATA] com 39 quilos*”).

Com a experiência de um psiquiatra “louco” e de outro que não a tratou como ser humano, uma Talia que passaria a se cuidar sozinha entrou em cena. Só que essa Talia não conseguia parar de emagrecer e teve que ser internada novamente (“*continuei emagrecendo até os 32 que eles [os médicos do GRATA] me internaram*”), ficando novamente exposta a procedimentos invasivos e ameaçadores.

Momento 10

Esse momento se iniciou com a pergunta de Laura sobre o que ajudou Talia desde que ela chegou ao serviço. Em sua resposta, Talia contou que, como Natássia, também estava vivendo o momento de troca de nutricionistas, com o afastamento de Linda dos atendimentos aos pacientes:

- ✧ *Laura: O que mais te ajudou fora a internação? Que outras coisas que colaboraram para isso?*
- ✧ *Talia: Foi paciência, compreensão, sabe? A paciência e a compreensão principalmente da Linda, sabe? Porque ela não chegava e falava pra mim: “Você tem que comer, assim, assim, assim”. Ela mostrava a realidade pra mim das coisas, é uma tática que eu não sei como ela usava, mas que comigo caía muito bem, entendeu? Que ela conseguia, tipo, eu tô fazendo, minha nutricionista agora mudou, tipo, eu senti muito, porque não é a mesma assim, sabe? Foram táticas de tantos anos, então, eu tenho medo. Medo de a gente conversar dos alimentos, com essa nutricionista [nova] eu tenho medo, com a Linda não, ela olha na minha cara: “Quê que tem? E*

daí?”. Tipo, com uma **naturalidade**, como se, e com essa já não, com essa eu já me prendo mais. Então, é uma tática que eu não sei te explicar como é, mas que só o jeito dela...

- ✧ Laura: É segurança que passa?
- ✧ Talia: É, muita segurança. Tipo, muita segurança: “Eu tô com você e você tá comigo, nós duas aqui, minha filha, você não vai sair recuperando peso assim não, confia em mim e eu confio em você”, entendeu? Uma segurança enorme e... E ela não mostra medo nos alimentos também. Ela mostra que os alimentos é coisa natural. Agora, eu não sei, eu não posso criticar, porque eu já tive uma, uma consulta só com essa nutricionista nova, então eu não sou ninguém para criticar ninguém, ela tá fazendo o lado dela, e ela é uma ótima profissional porque eu creio que eles não iam colocar um profissional ruim aqui. Só que eu tenho que me encaixar, mas eu não tô me encaixando não.
- ✧ Laura: Todo vínculo demora, né?
- ✧ Talia: É.
- ✧ Laura: Pra gente confiar em alguém, né?
- ✧ Talia: Demora um pouco.
- ✧ Laura: Você acha que... Tem uma pergunta minha [no roteiro de entrevista], que eu falo, eu pergunto assim, né? Qual profissional que você tem uma relação mais positiva e como que ele te ajuda? Nessa relação? Com a Linda?
- ✧ Talia: É. A Linda. Essa relação de amizade, não é amizade, não tô dizendo que nós somos amigas, nós somos, como, uma palavra... A gente é, ela uma profissional que, que, ela tem muito carinho pelos pacientes e acho que assim, ela, ela, ela não vive só aqui dentro do hospital. Eu acho que ela leva, pensa nos pacientes dela a hora que ela tá sozinha, ela pensa, ela pensa como tentar ajudar, como melhorar, como, por exemplo, quando eu precisava tomar um suplemento [alimentar]... Eu não tinha nenhuma consulta com ela, ela trouxe: “Talia, eu preciso falar com a Talia”, ela trouxe um caderninho pra mim, chegou lá na sala dela e falou: “Você pode fazer isso, fazer essa receitinha que é muito boa”, ela se preocupa com os pacientes, ela. Então tudo que ela tem agora, se ela conseguiu isso na profissão [mudar de posição dentro do serviço] foi por mérito dela, da dedicação dela, entendeu? Porque ela sempre foi uma pessoa muito, muito presente no que ela fazia e eu penso assim.

A “paciência”, “compreensão” e “naturalidade” participaram da descrição de um conjunto de “táticas” que compunham o relacionamento com Linda como importante (“A paciência e a compreensão principalmente da Linda, sabe? Porque ela não chegava e falava pra mim: “Você tem que comer, assim, assim, assim”. Ela mostrava a realidade pra mim das coisas, é uma tática que eu não sei como ela usava, mas que comigo caía muito bem, entendeu?”). As táticas, descritas como parte do “jeito” de ser da profissional, têm o sentido de algo que seria decorrente de uma característica pessoal de Linda, algo que não se podia “explicar”, como conta Talia (“Então, é uma tática que eu não sei te explicar como é, mas que só o jeito dela...”).

Dessa forma, aquilo que aconteceu de positivo entre as duas estaria localizado em algo que Linda era ou fazia, e não em algo que as duas faziam juntas ou algo que outra

nutricionista poderia também repetir, como a palavra “tática” dá a entender. Assim, dificilmente outra pessoa poderia reunir as mesmas qualidades excepcionais de Linda (“*Que ela conseguia, tipo, eu tô fazendo, minha nutricionista agora mudou, tipo, eu senti muito, porque não é a mesma assim, sabe? Foram táticas de tantos anos, então, eu tenho medo*”).

Na fala de Laura, a segurança apareceu como sentido suplementar para o relacionamento de Linda com Talia (“*É segurança que passa?*”). Talia, na sequência interativa, respondendo ao sentido por oferecido pela entrevistadora, narrou o relacionamento entre ela e Linda como algo que nasceu da confiança que a profissional pediu que ela tivesse nela (“*Tipo, muita segurança: “Eu tô com você e você tá comigo, nós duas aqui minha filha, você não vai sair recuperando peso assim não, confia em mim e eu confio em você”, entendeu?*”). Na voz de Linda, as duas foram posicionadas como caminhando juntas na busca de estratégias que favoreceriam uma alimentação ideal.

A confiança na equipe, de que não iriam “colocar uma profissional ruim” no novo atendimento, participava desse momento de significação da substituição de sua nutricionista (“*porque eu já tive uma, uma consulta só com essa nutricionista nova, então eu não sou ninguém para criticar ninguém, ela tá fazendo o lado dela, e ela é uma ótima profissional porque eu creio que eles não iam colocar um profissional ruim aqui*”). Como discutido, nas práticas discursivas em saúde, o lugar social do paciente é usualmente identificado como aquele que deve confiar no tratamento oferecido e o profissional como o responsável pela defesa do bem-estar do paciente (ANDERSON, 2009). Nesse sentido, a legitimação desse lugar do profissional ajuda a entender a fala de Talia de “ter que se encaixar” na relação com a nova nutricionista proposta pela equipe (“*Só que eu tenho que me encaixar, mas eu não tô me encaixando não*”). A partir desse modelo, ao qual seria necessário se ajustar, o comando do tratamento se encontraria no domínio da especialização profissional.

Na afirmação de Laura de que “*todo vínculo demora*” foi oferecido o sentido da relação profissional-paciente como uma ligação emocional que se intensifica com o tempo e que precisa de confiança e tempo para acontecer. A partir do uso desse sentido, Laura se posicionava como capaz de compreender a dificuldade de Talia na “desvinculação” com sua nutricionista.

Respondendo a pergunta da entrevistadora sobre com qual profissional Talia tinha uma relação “positiva” (“*Qual profissional que você tem uma relação mais positiva e como que ele te ajuda? Nessa relação? Com a Linda?*”), ela buscou definir seu relacionamento com Linda a partir de algumas características que seriam próprias da descrição de uma relação de “amizade” (“*Essa relação de amizade*”). A dificuldade em definir sua relação com a

profissional nesses termos (“*não é amizade, não tô dizendo que nós somos amigas, nós somos, como, uma palavra...*”) pareceu estar relacionada ao conflito entre os diferentes posturas que são socialmente esperadas para um relacionamento entre o profissional e seu paciente e um relacionamento entre amigos. No primeiro caso, como argumentando anteriormente, uma postura de um certo distanciamento seria necessária para garantir a objetividade de avaliação e a eficácia no atendimento oferecido, ao passo que, no segundo caso, a proximidade entre as pessoas seria uma das principais marcas para aquilo que é designado como amizade.

Na fala de Talia, as marcas discursivas que posicionariam Linda como amiga seriam ter “muito carinho pelos pacientes”, “não viver” a relação com o paciente só dentro do hospital, “levar os pacientes” em pensamento quando saía do hospital para “pensar formas de ajudar”. No contexto de produção desses sentidos, essas seriam características de proximidade antagônicas considerando-se os discursos sociais legitimados sobre as práticas relacionais em saúde envolvendo profissionais e pacientes. Respondendo a esse discurso hegemônico, Talia pareceu relutar em definir sua relação com Linda a partir do sentido de amizade.

Outro sentido para a postura de Linda construído por Talia foi o da “preocupação” com os pacientes. Tal sentido construiu-se na contraposição com o discurso da neutralidade do profissional. Diferentemente do que esse discurso apregoa, nesse momento a percepção dessa preocupação foi justamente o que agregou valor à Linda como profissional, justificando inclusive o crescimento profissional da nutricionista dentro do serviço. Portanto, o sentido para a substituição de Linda foi de “mérito” recebido pela “dedicação” demonstrada pela nutricionista com seus pacientes.

Momento 12

Entendendo as entrevistas com pacientes como oportunidades para elas falarem sobre de que maneira as relações profissional-paciente poderiam ser mais favorecedoras de mudanças, ao final da entrevista Laura retomou a história do primeiro psiquiatra que atendeu Talia e perguntou como esse mesmo médico poderia ter sido melhor na sua forma de conversar com ela:

- ✧ *Laura: Você falou da... Pra terminar [a entrevista]. Que eu lembrei que você falou do cara [psiquiatra] que te falou que você tinha AN. E aí você falou: “Meu filho, tá achando que eu sou louca, né?”*
- ✧ *Talia: É.*

- ✧ *Laura: Como seria um jeito legal dele te falar? Lembrando de você naquela época, né? Com as dificuldades que você tava, com o seu jeito de entender as coisas. Você acha que teria um jeito?*
- ✧ *Talia: Teria: “Talia, você tem um transtorno alimentar”. Aí não sei o rumo que ele... Mas: “Você tá com transtorno alimentar, então teus pensamentos pensam que você tá gorda e tudo mais, mas isso tem cura”, e “Tá tá tá, nã, nã”. E, por fim de tudo, ele falaria: “Isso tem um nome, isso se chama AN, mas tem tratamento”. Ele falou “Nossa Senhora, você tem AN, pegou, abriu o livro e: “Aqui a menina com AN” e pôs o esqueleto lá.*
- ✧ *Laura: Ele falou?*
- ✧ *Talia: Mostrou aquele esqueleto. Eu olhei pra cara dele e falei: “Meu filho, eu não tô com isso não, fio”. Foi desse jeito, ele me mostrou [eu] lá no fundo: “Nunca!”.*
- ✧ *Laura: Ou seja, ele não te deu a ideia da possibilidade da esperança de se modificar?*
- ✧ *Talia: Não me deu a possibilidade e já me mostrou que eu estava lá **no fundo [do poço]**, né? Que eu poderia ficar assim, que eu já tava lá no fundão. Poderia ter descartado essa hipótese. Podia ter mostrado, podia ter falado que tem tratamento, que tal, que, com psicólogo, com psiquiatra, que ele ia me dar um remedinho pra melhorar meus pensamentos, que eu ia tá pensando que eu não estava [magra], mas eu... É... Que eu não estava, que eu estava gorda.*
- ✧ *Laura: Que era normal que você pensasse que você não tinha.*
- ✧ *Talia: Isso! Que era normal que eu pensasse que eu não tinha. Que era normal que eu pensasse que eu tava gorda: “Não era normal eu tá falando que era gorda, não era normal, “Você tá me chamando de louca?”. Foi uma coisa diferente que eu não esperava.*

Em sua descrição de um cenário ideal no qual o profissional falasse do diagnóstico de TA para o paciente, Talia enfatizaria a possibilidade de “cura” (“*mas isso tem cura*”) do transtorno. Uma abordagem médica que enfatizasse a esperança que o tratamento poderia trazer ajudaria, segundo Talia, a diminuir os efeitos negativos que um diagnóstico de AN poderia trazer. Nesse momento, Talia pareceu estar falando das participações que as pesquisas na área dos TA têm na construção dessas *psicopatologias* como graves (BECKER, 2004) e de difícil tratamento (RICHARD, 2005b). Além disso, Talia podia estar falando de como o uso do sentido dos TA como *psicopatologia* convida descrições identitárias estigmatizantes (GERGEN, 1997), incluindo o estigma da *loucura*, já que é descrito como um tipo de transtorno psiquiátrico. Pode ter sido a partir desse último sentido que Talia entendeu que, ao falar que ela tinha AN, o médico a estava chamando de louca (“*Meu filho, tá achando que eu sou louca, né?*”).

A *psicopatologia* como algo irreversível levaria a AN a ser entendida como algo que se é e não como algo que se tem, por exemplo. O profissional ideal imaginado por Talia podia estar respondendo a essa diferença, pois ele enfatizaria a AN como algo que a pessoa tem (“*Você tá com transtorno alimentar*”) e posicionaria o paciente como alguém que iria passar por um tratamento para ser curado e que conseguiria sair da condição adoecida (“*mas tem*

tratamento”). O ato de mostrar uma foto de uma pessoa “esquelética”, segundo Talia, a posicionou como alguém “no fundo do poço” (“pegou, abriu o livro e aqui a menina com AN e pôs o esqueleto lá”), referindo-se possivelmente à descrição de uma pessoa com AN como gravemente adoecida, sentido apregoadado pela literatura especializada e referendado por conhecimento do senso comum (NIELSEN et al.,1998).

Como participante do universo discursivo que constrói “a realidade dos TA”, o lugar ocupado por Laura nesse momento da entrevista parecia ser o da profissional que tratava desses transtornos, posição que garantia ao profissional o *status* de especialista nesses problemas. Assim, em sua pergunta, a ênfase que o profissional ideal de Talia colocaria na cura e tratamento do transtorno foi construída como a possibilidade de trazer “esperança” ao paciente a partir da oferta do tratamento com profissionais de saúde (“possibilidade da esperança, de se modificar”).

Compartilhando, nesse momento, do sentido da AN como *psicopatologia* que a pessoa tem, a fala da entrevistadora trouxe a esperança como advinda do cuidado especializado que o psiquiatra que atendeu Talia poderia oferecer. Dessa forma, esse profissional ofereceria o diagnóstico, mas também falaria da possibilidade de promover o tratamento. Suplementando esse sentido, Talia contou que acreditava que uma fala mais adequada do profissional enfatizaria aquilo que poderia ser feito para o alcance da melhora (“podia ter falado que tem tratamento, que tal, que, com psicólogo, com psiquiatra, que ele ia me dar um remedinho pra melhorar meus pensamentos”). Além disso, o profissional ideal iria mencionar a distorção da imagem corporal da paciente (“que eu ia tá pensando que eu não estava [magra]”).

Diferentemente da distorção da imagem corporal significada como fruto de uma *psicopatologia*, o sentido para a percepção da autoimagem de Talia como algo que era “normal” foi oferecido pela entrevistadora e suplementado por Talia como pertinente para a busca de uma fala do profissional que, ao normalizar a percepção de si trazida pelo paciente (“Que era normal que eu pensasse que eu não tinha. Que era normal que eu pensasse que eu tava gorda”), evitaria o estigma da loucura (“Você tá me chamando de louca?”). O conflito entre profissional e paciente seria, então, decorrente da necessidade do profissional em enquadrar o paciente em um diagnóstico, necessidade que se justifica na legitimação das teorias nosológicas em saúde (GRANDESSO, 2000). O profissional, como responsável em fazer o paciente reconhecer-se a partir do diagnóstico de AN, pode entrar em conflito com um paciente que carrega suas próprias teorias sobre o que acontece consigo mesmo.

Nas práticas discursivas em saúde mental, é possível encontrar repertórios interpretativos que trazem a dificuldade do paciente em aceitar o diagnóstico de uma

psicopatologia explicada a partir de certa concepção de *doença*, o que o impediria de perceber-se de maneira realística e sem sofrer a influência perniciosa de suas próprias dificuldades emocionais. Dessa forma, é apenas com a garantia da concordância do paciente sobre a existência de suas dificuldades que o tratamento poderia ser buscado e aceito. A condição para que a estratégia de intervenção definida pelo profissional ganhe eficácia é o pleno consentimento por parte do paciente, o que é obtido a partir de sua conscientização a respeito de problemas de saúde e de suas consequências. Nesse campo discursivo, o compromisso ético do profissional passa a estar relacionado com tentativas de fazer o paciente com *TA* perceber que sua forma de alimentação não é normal (MALSON et al., 2004). A norma, nesse caso, seria balizada e ornamentada pelas teorias científicas das quais os profissionais de saúde seriam os legítimos representantes por excelência.

5.4 CATARINA

Momento 2

Esse momento teve início com Catarina contando que havia pedido demissão de um emprego no qual não se sentia valorizada. Ela contou que essa decisão foi tomada após um momento de “irritação” com o Ambulatório de Psiquiatria do Hospital. No caso de algumas pacientes do GRATA, o atendimento psiquiátrico acontecia não com os psiquiatras do serviço, mas no Ambulatório de Psiquiatria do mesmo hospital. Esse era o caso de Catarina, que era atendida pela Psiquiatria antes de ingressar no GRATA e assim permanecia até o momento da entrevista:

- ✧ *Laura*: *Você saiu [do emprego]? Era estressante?*
- ✧ *Catarina*: *Ai, eu acho que eu cheguei no meu limite, sabe? Eu já tava irritada com o HC; eu vim aqui na plástica, que eu fui chamada pra plástica, eles falaram que eu não podia fazer a plástica, porque eu não tenho alta da psiquiatria, eu falei: “Ah, pelo amor de Deus, por causa da psiquiatria eu não vou poder fazer plástica?”. O meu sonho era fazer plástica, eu já ganhei a prótese, é que eu queria pôr peito, né? Não quero consertar o resto que não dá, eu ia ficar dez anos fazendo plástica e não ia arrumar nada, mas a prótese do peito eu ganhei do meu namorado de presente de Natal do ano passado, já venho tentando tanto tempo falar com esse pessoal da plástica pra colocar pra mim. A hora que eu consigo, o médico senta na minha frente e fala assim: “Você não pode, porque o psiquiatra... Você tá em tratamento”. Eu falava: “Você tá brincando, né? Metade dos meus problemas vão se curar com essa plástica, moço, você não tá entendendo, [riso] eu não vou precisar nem do psiquiatra mais”. Claro que não é assim, é lógico. Mas na realidade, isso ia me fazer muito bem porque eu sempre tive complexo, mesmo quando eu era gorda, de ter pouco*

peito, não desenvolveu porque eu tive problema de hormônio. Então, eu sempre achei que isso seria o ideal, veio a cirurgia do estômago pra reduzir: “Ah vamo emagrecer”, lógico, também era uma coisa que me atormentava. Poxa, me barrar pra fazer plástica do peito foi demais. Aí eu fiquei muito estressada, aí eu falei: “Nossa! O duro que agora mudou tudo, os psiquiatra [no Ambulatório de Psiquiatria], mudou tudo a nutrição [no GRATA], tudo, tudo, todo mundo aqui [no GRATA]”. Falei: agora mudou todo mundo. Aí no dia eu já fiquei me sentindo um lixo, aí eu falei: agora acabou mesmo, não posso mais ter esperança de nada, daqui um, sei lá quantos anos que eu vou sair dessa psiquiatria, eu já vou tá tão velha que eu não vou precisar mais pôr peito, vou pôr peito pra quê?

- ✧ *Laura: Eles tavam entendendo essa coisa de um jeito, assim... Mas como que você entende? Essa coisa de tratamento psiquiátrico? Que eles tavam entendendo, assim: “Você é louca e por isso você não pode?”*
- ✧ *Catarina: Acho que eles entendem assim que eu tenho que passar por psiquiatra, porque ele tem que me receitar remédio pra que eu tome o remédio, pra que eu melhore por consequência do remédio, diminua os vômitos ou conserte os vômitos ou a compulsão de vomitar, alguma coisa nesse sentido. E também, assim, pra que eu não venha a ficar **deprimida e ansiosa**, que aí aumenta a quantidade de comida e dá uma vontade de fazer alguma **besteira**. O que eu acho que **não tá tão errado**, porque quando eu fiquei mal com vontade de fazer besteira, realmente foram os remédios... Foram toda essa ajuda que eu tive aqui que me ajudou a não fazer as besteiras que eu tinha vontade de fazer.*

Catarina narrou sua irritação com o hospital contando do episódio no qual o cirurgião plástico se recusou a fazer a plástica de implantação de silicone em seu seio por ela ser paciente do Ambulatório de Psiquiatria (“eles falaram que eu não podia fazer a plástica, porque eu não tenho alta da psiquiatria”), posicionando-a como alguém que não poderia lidar emocionalmente com uma cirurgia desse tipo. No acontecer da entrevista, Catarina contou que já havia tentado o suicídio e seria, então, no seu entender, para evitar uma possível recorrência dessa tentativa, que o médico estava negando realizar a cirurgia plástica.

Pode-se entender a posição do profissional na interação estabelecida com Catarina como marcada pelos sentidos propagados por algumas teorias psicológicas que, mesmo a partir de bases epistemológicas distintas, definem as tentativas de suicídio como decorrentes de graves quadros *psicopatológicos* individuais (APA, 2000). Por essa lógica, ter conhecimento do histórico de tratamento psiquiátrico de Catarina pareceu ter posicionado o médico como aquele que deveria, por princípios teóricos, técnicos e éticos, avaliar se a paciente era capaz de se responsabilizar por suas decisões e suportar suas consequências. Portanto, o médico, dentro da inteligibilidade conferida por esse contexto discursivo, pareceu responder a esse compromisso profissional de entender se Catarina era capaz de lidar emocionalmente ou não com as implicações de uma cirurgia plástica.

Indignada em ter que ocupar o lugar de uma paciente que tinha que esperar o tratamento e tomar seus remédios para poder submeter-se à cirurgia (*“Acho que eles entendem assim que eu tenho que passar por psiquiatra, porque ele tem que me receitar remédio pra que eu tome o remédio, pra que eu melhore por consequência do remédio”*), Catarina argumentou que teria benefícios emocionais com a cirurgia (*“Metade dos meus problemas vão se curar com essa plástica”*), que poderia realizar seu “sonho” de ter seios maiores (*“O meu sonho era fazer plástica”*), que se livraria de um complexo com o próprio corpo (*“ia me fazer muito bem porque eu sempre tive complexo, mesmo quando eu era gorda, de ter pouco peito”*), que tinha o benefício de já ter conseguido comprar a prótese (*“eu ganhei do meu namorado de presente de Natal do ano passado”*) e que já esperava pela plástica havia algum tempo (*“já venho tentando tanto tempo falar com esse pessoal da plástica pra colocar pra mim”*). Todos esses argumentos participavam da construção da decisão do médico como equivocada.

Pareceu ser também em resposta a essa negação do médico que Catarina contou de seu incômodo com a troca de profissionais no Ambulatório de Psiquiatria e também no GRATA (*“Aí eu fiquei muito estressada, aí eu falei: “Nossa! O duro que agora mudou tudo, os psiquiatra [no Ambulatório de Psiquiatria], mudou tudo, a nutrição [no GRATA], tudo, tudo, todo mundo aqui [no GRATA]”*). A partir dessa fala do médico, Catarina precisava primeiro receber o tratamento oferecido tanto pelo Ambulatório da Psiquiatria, quanto pelo GRATA, para que melhorasse, tivesse alta, para só então poder ser operada. Dessa forma, com a realização de seu sonho atrelada à superação de sua *patologia emocional*, Catarina precisaria garantir que os serviços nos quais ela se tratava oferecessem um tratamento adequado.

Todavia, ao considerar a constante troca de profissionais nesses serviços como indício de instabilidade, Catarina pareceu entender que seria maior a dificuldade de receber um tratamento eficaz, o que a distanciaria da possibilidade de fazer a cirurgia plástica (*“Aí no dia eu já fiquei me sentindo um lixo, aí eu falei: agora acabou mesmo, não posso mais ter esperança de nada, daqui um, sei lá quantos anos que eu vou sair dessa psiquiatria, eu já vou tá tão velha que eu não vou precisar mais pôr peito, vou pôr peito pra quê?”*). Essa postura de colocar nas mãos dos profissionais a responsabilidade por sua melhora pode ser entendida, no contexto de produção de sentidos de sua entrevista, não apenas no uso do discurso do profissional como especialista, mas também a partir das narrativas tecidas sobre os momentos de desacordos vividos por Catarina com os profissionais.

Entendendo-se como alguém que não poderia fazer escolhas por si mesma, Catarina passou a cobrar da equipe do GRATA a solução de sua *psicopatologia*, reforçando o lugar do

profissional como aquele que devia oferecer a solução para seus *problemas*. Importante reconhecer como essa forma de se posicionar nasceu de um jogo de posicionamento anterior com um outro profissional, o cirurgião plástico, que usou de seu conhecimento especializado para julgar quem dos dois tinha a melhor visão sobre a possibilidade de uma intervenção cirúrgica em Catarina com finalidade estética.

Laura mencionou a tendência, presente nas práticas discursivas cotidianas, como já comentado, das pessoas diagnosticadas com *transtornos mentais* e que se encontram em tratamento psiquiátrico serem taxadas como “loucas” (“*Essa coisa de tratamento psiquiátrico? Que eles tavam entendendo, assim: ‘Você é louca e por isso você não pode?’*”). Ao posicionar o cirurgião plástico como alguém que tinha um entendimento estigmatizante sobre as pessoas tratadas pela Psiquiatria, Laura posicionou-se como alguém diferente dele, alguém que não via Catarina como uma louca, alguém que não tinha preconceitos com relação ao fato de ela frequentar o Ambulatório de Psiquiatria.

Esse posicionamento poderia ter favorecido uma proximidade entre Laura e Catarina, construindo a diferença da entrevistadora com relação aos profissionais que Catarina mencionou nesse fragmento da entrevista, o cirurgião plástico que a impediu de realizar seu sonho e os profissionais da Psiquiatria e do GRATA que perdiam o vínculo com ela ao rodizarem suas funções nesses serviços. Todavia, frente a postura de crítica de Laura a esses profissionais, Catarina pareceu sentir a necessidade de defendê-los, explicando que, dentro do que eles acreditavam que era bom para ela, a conduta tomada pelo cirurgião era justificável. Essa postura de defesa podia estar respondendo a outro sentido para o relacionamento com os profissionais desses serviços, que é o do profissional como alguém de quem o paciente gosta e a quem confia sua saúde. A convivência desses diferentes sentidos e sua participação em alguns discursos sociais convidava Laura a perceber a complexidade da construção das realidades relacionais profissional-paciente.

Catarina me explicou entender que o que o cirurgião queria era que ela não tivesse mais “compulsão” e não mais “vomitasse” (“*pra que eu melhore por consequência do remédio, diminua os vômitos ou conserte os vômitos ou a compulsão de vomitar, alguma coisa nesse sentido*”). Nesse caso, esses seriam *sintomas* que impediriam Catarina de ser considerada curada de seu *TA*. A presença de uma *psicopatologia* pareceu ter sido construída como fator impeditivo da cirurgia plástica pela não garantia das condições emocionais da paciente para lidar com as consequências de uma intervenção cirúrgica, aspecto que encontra eco nas práticas médicas em saúde. Comportamentos como o vomitar são entendidos como responsáveis por prejuízos físicos importantes para uma pessoa (BIRMINGHAM;

BEUMONT, 2004), o que implicava em riscos clínicos para a realização de procedimentos cirúrgicos.

Outro aspecto que Catarina associou à atitude do médico foi a tentativa de evitar que ela ficasse “deprimida” e “ansiosa” com relação à cirurgia, o que poderia incrementar a ocorrência e intensidade de seus *sintomas* alimentares e a colocaria em risco de fazer “besteira” (“*E também, assim, pra que eu não venha a ficar deprimida e ansiosa, que aí aumenta a quantidade de comida e dá uma vontade de fazer alguma besteira*”). O termo “besteira” pareceu estar relacionado à tentativa anterior de suicídio de Catarina e, sendo assim, o médico foi posicionado como alguém que cuidava para que Catarina não corresse risco de morte.

Ao posicioná-lo dessa forma, Catarina lembrou momentos anteriores nos quais foi esse sentido de cuidado por terceiros que a protegeu de cometer suicídio. Pensada assim, a atitude do médico foi construída como “não tão errada”. O entendimento da atitude do cirurgião como um cuidado à sua saúde encontra base, como discutido, nas práticas sociais que legitimam o profissional como uma espécie de guardião responsável pela defesa da vida, ainda que, para que tal defesa aconteça, seja necessário por vezes insurgir-se contra os desejos do paciente.

Momento 4

Nesse momento, Catarina contou de como os médicos muitas vezes não percebiam o que estava acontecendo com ela do ponto de vista clínico, deixando de checar atentamente seus exames. Como um dos objetivos das entrevistas era entender de que forma os profissionais poderiam melhorar sua forma de se relacionar com os pacientes, Laura questionou:

- ✧ *Laura: E outra coisa, pensei nos médicos, quando você fala de exame [clínico], na verdade, né? É os médicos estarem mais atentos para um cuidado, né? Que mais você acha que podia ter?*
- ✧ *Catarina: Hum, não sei. Eu acho que é... O que mais me mata aqui no HC [Hospital das Clínicas], é você **contar sempre a mesma história.***
- ✧ *Laura: Quando muda o profissional?*
- ✧ *Catarina: É o que me crucifica, aquilo, nossa; é muito ruim você contar aquilo que te faz mal, muitas vezes, porque tem muitas vezes que você conta aquilo que te faz mal. Ele te faz mais mal ainda, mas o pior é quando você tem coragem de falar uma coisa pra alguém e aí aquela pessoa tá com a sua história, ela muda, vem outra, você tem que passar tudo aquilo de novo pra contar sua história pra aquela outra, que você sabe que vai mudar, que vai vim outra. Então aquilo nunca tem fim, então você acha que o seu problema nunca tem solução, por que você dá pra ele e ele leva embora o seu*

problema e não te deixou solução, ele levou com ele o que você contou, essa é a impressão que dá, que ele levou com ele tudo o que você passou pra ele, mas não te deixou solução de nada, não te deixou resolução de nada, não te sarou de nada.

Em sua pergunta, Laura posicionou Catarina como alguém que não obtinha apoio suficiente dos médicos e posicionou esses profissionais como responsáveis por uma maior “atenção” em seu “cuidado” (“*É os médicos estarem mais atentos para um cuidado, né?*”). Nesse momento, Laura acompanhava Catarina na contraposição à um posicionamento muito comum no âmbito das práticas discursivas em saúde, que é o do paciente como objeto de intervenção profissional e não como participante ativo na construção do tratamento (CAMARGO-BORGES; MISHIMA, McNAMEE, 2008). No uso desse discurso, a busca por um melhor relacionamento com o profissional pode acontecer a partir da posição denunciadora do paciente. É a partir dessa postura denunciadora que Laura convidou Catarina a falar sobre o que poderia ser melhorado em sua relação com os médicos do GRATA. Em sua resposta, ela mencionou seu relacionamento não apenas com os profissionais do GRATA, mas de outros ambulatorios que frequentava no Hospital das Clínicas, incluindo o Ambulatório de Psiquiatria.

Catarina contou de seu desconforto com a rotatividade de profissionais nos ambulatorios do hospital de ensino, por ter que contar a “mesma história” a cada novo membro da equipe que passava a atendê-la (“*ela muda, vem outra, você tem que passar tudo aquilo de novo pra contar sua história pra aquela outra, que você sabe que vai mudar, que vai vim outra*”). O “contar a mesma história” parecia estar relacionado com qual era a descrição de si valorizada no contexto hospitalar. O lugar do paciente pode implicar, dadas as práticas discursivas em saúde, o espaço daquele que deve dissertar sobre suas dores, desconfortos, fraquezas, dificuldades e *doenças* (GUANAES, 2006). Essas são as narrativas que buscam responder ao entendimento socialmente construído do profissional como o responsável pelo diagnóstico e tratamento dessas dificuldades. No campo das práticas de atendimento a pessoas diagnosticadas com *TA*, as narrativas muitas vezes valorizadas são aquelas que remetem aos aspectos das dificuldades encontradas na esfera do comportamento alimentares, incluindo, por exemplo, a história da origem dos *sintomas*. Contar a mesma história, no caso de Catarina, parece ter a conotação de narrar a saga de uma Catarina com *BN*, ou seja, uma história de sofrimentos, episódios que, ao serem relatados, não a ajudavam em sua melhora (“*nossa, é muito ruim você contar aquilo que te faz mal, muitas vezes, porque tem muitas vezes que você conta aquilo que te faz mal*”).

O sentido do relacionamento entre profissional e paciente como espaço para a escuta exclusiva do sofrimento humano, exigiria revelação dessas histórias aos profissionais, devido ao compromisso com um discurso científico que apregoa que apenas por meio delas seria possível diagnosticar o *problema* e propor seu tratamento. É a partir de uma perspectiva realista que o TA passa a demandar estratégias para seu reconhecimento e tratamento pelo especialista. Posicionado como responsável por dar conta dessa demanda, o profissional seria aquele que deveria, nas palavras de Catarina, “deixar a solução” para o paciente antes de ir embora. Esse sentido outorgado ao profissional como especialista, segundo ela, tinha como efeitos o sofrimento do paciente de ter que reiterar sua história *ad infinitum* e o fato de o *problema* permanecer sem solução.

Momento 8

Quando Laura perguntou a Catarina sobre o que ela considerava significativo no tratamento, ela contou que, no grupo de apoio psicológico, ela era sempre vista e ouvida, então Laura questionou:

- ✧ *Laura: O quê que ajuda no grupo?*
- ✧ *Catarina: [Tosse] O que que ajuda? [Silêncio] Pra começar o grupo, ele existe, né? Então, uma coisa que ajuda, por você pensar que você tem um... Um... Pessoas que montaram o grupo pra te ajudar, isso já é uma coisa que é... É muito, muito carinhosa com a gente. Segundo lugar, quando você chega todo mundo é um, é único, né? Pra, pros que estão lá, né? E você nunca é esquecida no grupo, você falando ou não falando, você nunca é esquecida porque mesmo quando você não fala ou porque você tá muito triste ou porque você tá sem coragem ou porque você não tá a fim ou porque você tá irritada, alguém procura você, alguém mexe com você, alguém chama sua atenção, alguém quer que você fale, alguém tá se preocupando com você.*
- ✧ *Laura: Esse alguém pode ser o coordenador, como também pode ser...*
- ✧ *Catarina: Geralmente é o Guimarães que busca, porque a pessoa que tá falando, às vezes, ela empolga, ela não pára de falar, então, às vezes, o Guimarães **corta um pouquinho**, e fala: “Você que tá quietinha aí, o quê que você acha disso?”. Então, quer dizer, ele é aquele pai que tá vendo todos os filhos brincando ou quieto ou se isolando e ele vai saber de cada um, porque que tá brincando, porque que tá, que nem às vezes, fala que a gente é uma família, são os irmãos que brigam, que são diferentes [tosse] e ele e a Teresa como se fossem os pais, né? Mas eles representam realmente a **presença mais forte** do nosso grupo, são as pessoas que são o **centro das nossas atenções**, eles realmente são os que são **centrado**, eles **têm o controle**, né? Ou, eles podem ter todos os problemas na vida, mas é o trabalho, eles tão aqui concentrado na gente. Então, e aí, [silêncio] eu acho que, é assim que funciona, mais ou menos, porque como eles são as duas pessoas mais **consciente** do grupo, eles são profissionais [tosse] então, acho que, é, eles têm o controle da situação, até a maneira que ele acha pra chamar aquela pessoa que tá no cantinho ou cortar aquela que tá falando,*

ele tem todo um jeito que ele não deixa nem o que tá falando chateado, nem agride aquele que tá quieto, ele busca, sem, ele pega, sem machucar.

✧ *Laura: Áhan.*

✧ *Catarina: Sabe? Ele aperta de leve, então é uma coisa mais ou menos, assim, é muita delicadeza deles, eles fazem um trabalho muito importante com todo mundo.*

Diferente de uma forma de atendimento na qual as ações dos profissionais são padronizadas, Catarina, nesse momento, falava de um profissional que levava em conta, em sua relação com a paciente, as especificidades de cada pessoa, considerando a forma como ela está se sentindo a cada dia (“*pra, pros que estão lá, né? E você nunca é esquecida no grupo*”). Um coordenador de grupo que se “preocupava” com essas diferenças conseguia se aproximar de cada paciente.

Essa consideração com cada paciente não se referia apenas ao respeito pelo momento vivido pela pessoa, mas também, segundo Catarina, à possibilidade de que todos participantes tivessem espaço para falar no grupo (“*você falando ou não falando, você nunca é esquecida porque mesmo quando você não fala ou porque você tá muito triste ou porque você tá sem coragem ou porque você não tá a fim ou porque você tá irritada, alguém procura você, alguém mexe com você, alguém chama sua atenção, alguém quer que você fala, alguém tá se preocupando com você*”).

Catarina contou de uma diferença de posições ocupadas por profissionais e pacientes no grupo. Os primeiros seriam a “presença forte”, “o centro das atenções”, os que “têm o controle”, “são centrados”, “são mais conscientes”. Essa descrição pode ser entendida a partir dos sentidos e discursos, já mencionados, que constroem o paciente com TA como alguém que apresenta algum grau de *disfunção* emocional. Fortaleza, centralidade, controle e consciência são, usualmente, adjetivos utilizados em nossa cultura para a caracterização das pessoas sãs, que não possuem qualquer déficit em seu funcionamento mental. A partir desse discurso, como comentado, o profissional estaria posicionado como aquele que tem um melhor funcionamento emocional que o paciente e o encontro entre os dois teria como finalidade possibilitar que o primeiro tratasse o déficit do segundo.

Todavia, Catarina trouxe em sua fala um outro sentido para essa relação, que foi o do modelo familiar, no qual o profissional seria o pai e os pacientes seriam posicionados como os filhos (“*ele é aquele pai que tá vendo todos os filhos*”, “*fala que a gente é uma família, são os irmãos que brigam*”). Com o uso desse sentido, a hierarquia entre profissional e paciente não precisaria mais ser entendida a partir da diferença entre sãos e loucos. Um pai, nas práticas discursivas cotidianas, pode ser entendido como figura responsável por zelar pelo cuidado e

integridade dos filhos. Para tanto, tem que ter o “controle da situação” para poder educá-los e protegê-los. Esse relacionamento, entendido dessa forma, fazia com que o profissional fosse capaz de cuidar de todos os seus filhos sem esquecer nenhum, nas especificidades de suas necessidades e levando também em conta o bem-estar do grupo (“*Ele aperta de leve, então é uma coisa mais ou menos, assim, é muita delicadeza deles, eles fazem um trabalho muito importante com todo mundo*”).

Momento 10

Interessada em conhecer outros exemplos que Catarina poderia contar sobre relações significativas com os profissionais do GRATA, Laura perguntou:

- ✧ *Laura: Você fala da relação com a sua psicóloga e fala da relação com o Guimarães. Tem algum outro profissional, você não precisa nem falar o nome se você não quiser, mas, assim, que outras coisas você acha que são fundamentais nessa postura do profissional ou que outras coisas que ajudam?*
- ✧ *Catarina: Que eu acho que a **vida** é feita assim, **pequenas coisas importantes, elas se tornam grandes demais**. Então um dia eu cheguei aqui, tava uma crise de **depressão** terrível, tinha tido minha filha não fazia muito tempo e eu ainda tava naquela fase de pensar constantemente em me matar, né? E, e, um dia eu cheguei e tava muito nervosa, fui conversar com uma moreninha que tinha, acho que era Mara [médica do GRATA] que ela chamava, não me lembro muito bem. Eu sou péssima pra nome e acho que ela chamava Mara. Aí ela... Eu tava falando pra ela do problema, chorando e eu me sentia muito culpada por tá passando aquele problema, por ter aquele problema e por tá descobrindo uma nova doença [BN], ainda, numa pessoa que não precisava de mais nada. Aí, ela pegou e falou assim pra mim: “Ninguém tá falando que isso é sua culpa, Catarina, isso não é sua culpa, não foi você que causou pra você, isso é uma doença, você não tem culpa de nada”. Nossa, você não sabe quantos quilos e quilos e toneladas que ela tirou das minhas costas aquele dia, sabe? Eu cheguei me sentindo culpada por tá passando por isso, eu achava que era só minha culpa de tá assim, de tá me sentindo, ela falou: “Não é sua culpa, isso a gente não escolhe, isso é uma coisa que aconteceu”. Ela, como profissional falando, a gente sente aquilo como verdadeiro e eu acreditei profundamente naquilo, se foi **tática**, nota 100 pra ela.*
- ✧ *Laura: [Risos].*
- ✧ *Catarina: Se foi verdadeiro, nota 100 pra ela. Porque aquilo lá foi o começo da minha melhora, aquilo foi o primeiro passo pra que eu me agarrasse naquelas palavras de que não era minha culpa, então eu ia lutar porque aquilo... Porque não era minha culpa. Por que se fosse eu que tava criando tudo aquilo, eu tinha mesmo era que morrer, porque ô ser humano sem vergonha, que se cria uma doença, merece morrer mesmo, sabe? Era mais ou menos assim que era minha concepção naquela época, eu tinha que morrer mesmo, eu tava criando um monte de coisa pra mim, tudo na minha vida era **psicológico**, todas as dores, todos os problemas eram psicológicos, ô ser humano vagabundo, sem vergonha, não tinha conserto não... Que aí já não era eu, né? Era meu, meu psicológico que tava **querendo** tudo aquilo,*

me matando, me lesando, me prejudicando. Então eu tinha que morrer, que eu era um ser humano louco, não tinha conserto. Eu brigar com meu cérebro, com meus pensamentos, meus raciocínios, como cê vai fazer isso? Eu não tava dando conta, eu tava criando uma doença pra mim. Então não tinha como eu lutar contra uma coisa que pra mim era conscientemente certo, correto, tudo certinho, né? Então quando ela falou que não era minha culpa, que não fui eu, aconteceu. Que não fui eu que criei aquilo que aconteceu comigo, e que não era minha culpa, nossa, ela realmente tirou toda minha culpa que eu tinha, se eu tinha alguma, ela me tirou. E foi aí que eu comecei realmente a melhorar e a buscar ajuda, a aceitar ajuda e a cada vez mais ir em frente.

Respondendo a pergunta de Laura sobre de que forma o profissional poderia ajudar um paciente (“*que outras coisas você acha que são fundamentais nessa postura do profissional ou que outras coisas que ajudam?*”), Catarina retomou um episódio no qual uma médica do GRATA a ajudou muito, relatando esse momento como uma “pequena coisa” da “vida” que se torna “grande demais”. Contou que, na época do nascimento de sua filha, entendia a *BN* como algo que seria “culpa” do paciente, algo que o paciente “criava” (“*eu me sentia muito culpada por tá passando aquele problema*”).

Esse sentido pode ser entendido a partir das práticas em saúde, já discutidas anteriormente, nas quais é comum a divisão entre as *patologias* de origem orgânica das *patologias* de origem emocional. No uso desse discurso, como mencionado, as *psicopatologias* são muitas vezes questionadas em sua existência, uma vez que não poderiam ser observadas de maneira direta ou por meio de exames físicos, como acontece no caso de grande parte das *patologias* orgânicas. Nesse questionamento, os sentimentos e dores podem ser interpretados como algo que a própria pessoa “criou”, conforme trazido por Catarina.

Em outros momentos da entrevista, Catarina mencionou que alguns anos antes havia passado por uma cirurgia bariátrica e que nos meses que se seguiram sentia muita dor no abdômen. Após exames físicos que nada indicavam de errado em seu organismo, os médicos rotularam suas dores como “psicológicas”. Nessa ocasião, Catarina, ao pensar que as dores haviam sido criadas por ela, tentou suicídio.

Assim, o sentido da *BN* como algo que o paciente “criaria” para se autflagelar, como apareceu nesse momento da entrevista, poderia estar relacionado à forma como Catarina entendia suas dores no abdômen, como visto nos momentos anteriores dessa entrevista. Ou seja, correlacionando o *TA* com a descrição que obtivera dos médicos sobre suas dores no abdômen como algo que seria “psicológico” (“*tudo na minha vida era psicológico, todas as dores, todos os problemas eram psicológicos*”), esse sentido produziu, como efeitos, segundo Catarina, autoculpabilização e sentimentos de menos valia (“*Por que se fosse eu que tava*

criando tudo aquilo, eu tinha mesmo era que morrer, porque ô ser humano sem vergonha que se cria uma doença merece morrer mesmo”).

A partir desse sentido, a “luta” contra o *transtorno* não valeria a pena, pois seria a luta contra si mesma (“*era um ser humano louco, não tinha conserto. Eu brigar com meu cérebro, com meus pensamentos, meus raciocínios, como cê vai fazer isso?”*). A BN como algo que a pessoa “quer” para si (“*eu tava criando uma doença pra mim*”, “*Era meu, meu psicológico que tava querendo tudo aquilo, me matando, me lesando, me prejudicando*”) leva ao entendimento de que sua superação dependeria apenas da vontade da pessoa. Dessa forma, continuar sofrendo seria uma escolha pessoal (“*Então não tinha como eu lutar contra uma coisa que pra mim era conscientemente certo, correto, tudo certinho, né?*”). Uma vez que não conseguia deixar de sentir sua dor, Catarina entendeu que deveria ser “louca” e que “merecia morrer”.

O sentido da *doença* como algo que não está sob controle do paciente, que apareceu na voz da médica Mara (“*Ninguém tá falando que isso é sua culpa, Catarina, isso não é sua culpa, não foi você que causou pra você, isso é uma doença, você não tem culpa de nada*”), teve como efeito tirar a “culpa” de Catarina com relação a responsabilidade sobre o que acontecia a si mesma (“*aquilo foi o primeiro passo pra que eu me agarrasse naquelas palavras de que não era minha culpa, então eu ia lutar*”). Sendo uma *doença* não seria mais uma escolha (“*Que não fui eu que criei aquilo que aconteceu comigo, e que não era minha culpa*”). Catarina relacionou esse sentido oferecido com o lugar social ocupado pela médica, o lugar de profissional, posição socialmente considerada como representativa de um saber confiável, ou seja, um saber científico (“*Ela como profissional falando, a gente sente aquilo como verdadeiro e eu acreditei profundamente naquilo*”).

Ainda que, da posição de médica, Mara tenha conseguido angariar a confiança de Catarina sobre a descrição oferecida, esta ficou na dúvida se a fala não seria uma “tática” utilizada pela profissional para Catarina deixar de pensar em suicídio e aceitar o tratamento (“*se foi tática, nota 100 pra ela*”). Nesse momento, Catarina pareceu estar falando do profissional como aquele que conhece a verdade sobre as coisas, mas que, pelo bem do paciente, muitas vezes pode omiti-la. Esse é um sentido muito comum no âmbito das práticas tradicionais em saúde. A partir de tal inteligibilidade, a decisão pela omissão caberia ao profissional, como apontado anteriormente, pois, no caso de um paciente com *transtorno mental*, o profissional seria o mais apto para conhecer o que seria necessário ou não para o paciente saber de si mesmo. No caso de Catarina, a restituição de sua saúde permaneceu vinculada à possibilidade de receber tratamento especializado no ambulatório do hospital (“*E*

foi aí que eu comecei a realmente a melhorar e a buscar ajuda, a aceitar ajuda e a cada vez mais ir em frente”).

5.5 ILDA

Momento 3

Respondendo a pergunta de Laura sobre o que poderia ajudar um paciente com TA durante sua internação hospitalar, Ilda contou sobre os atritos que vivenciou em suas experiências de internação:

- ✧ *Ilda: Eu tive várias crises, várias internações, vários contatos com o pessoal da equipe, vários atritos. Questão de conduta que eu não aceitava, eu queria impor a conduta, a minha conduta não a conduta o médico. O pessoal falava que eu era muito manipuladora, que eu manipulava os residentes. Então que, eles acharam que eu era desse jeito, o pessoal da psiquiatria a mesma forma. Eu fui mesmo estigmatizada mesmo.* [Barulho]
- ✧ *Laura: Quer ir para lá [apontando uma sala em outro corredor do hospital]? Vamos?* [trocamos de lugar para dar continuidade à entrevista sem o barulho inicial].
- ✧ *Ilda: [Continuando a responder minha pergunta]: É uma coisa assim que eu não aceitei muito a conduta da equipe. O Dr. Álvaro foi, assim, taxativo que não iria fazer, colocar outro cateter; a Dra. Magda, na época tava me acompanhando, que era uma R3 na época, ela também falou que não. Por ela não tinha nem colocado o primeiro. Quem fez força pra tá colocando foi a Dra. Eliana, que foi bom depois, né?*
- ✧ *Laura: Quê que foi bom na relação com ela [Dra. Eliana], que, que te ajudou?*
- ✧ *Ilda: A Dra. Eliana... Eu acho que ela entendeu a minha carência de ser atendida na minha necessidade, no meu jeito de aceitar o tratamento. Melhorar a minha aceitação, aceitando a minha conduta também, a minha participação. Não que a minha conduta... Conduta é do médico, mais do pessoal da equipe. Mas, assim, a minha participação na tomada de conduta, isso acho que me trouxe de bom, por parte dela. Ela me respeitou, ela respeitou a minha vontade, ela foi contra todo mundo, que lá o pessoal caiu em cima dela, caiu matando por causa do cateter, ninguém se conformou: “Gente, ninguém com anorexia colocou cateter até hoje, você vai colocar? Nossa, é muito arriscado”. Aí virava a Antônia, enfermeira lá da Metabólica: “Ilda, pensa melhor, você não acha melhor você ficar com sonda? É menos invasivo, imagina se uma infecção disseminar”, falou desse jeito. E no dia que foi colocar o cateter e não tava dando certo, eles não sedam a gente, né? É anestesia local, aí começou a chamar R1, R2, R3, R4, R7: “Você quer saber duma coisa? Gente, fecha esse coiso aqui que eu quero sair, eu não agüento mais, pára”.*

No caso do GRATA, as internações de seus pacientes no hospital aconteciam com acompanhamento de profissionais que não eram os mesmos que trabalhavam no serviço ambulatorial, à exceção dos médicos nutrólogos. Os “atritos” entre Ilda e a equipe da

internação, construídos como decorrentes da discordância entre a conduta a ser tomada com relação ao seu tratamento (“*Questão de conduta que eu não aceitava, eu queria impor a conduta, a minha conduta, não a conduta o médico*”), podem ser entendidos a partir da disputa de poder com relação às posições ocupadas pelo paciente e profissional no âmbito das práticas em saúde.

Como discutido anteriormente, a decisão sobre o melhor para o paciente, tradicionalmente, deve ter como base sua referência a conhecimentos cientificamente comprovados. Sendo o profissional socialmente reconhecido como representante desse conhecimento, o paciente pode, considerando-se a força de ação desses posicionamentos, sentir-se na obrigação de acatar a decisão da equipe. A recusa nessa aceitação, segundo essa lógica discursiva, pode ser interpretada como resistência do paciente àquilo que é bom para ele (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008), aspecto que será melhor discutido no próximo capítulo.

A partir desses sentidos e discursos, Ilda foi posicionada pela equipe como “manipuladora”, que, como já foi comentado, é um adjetivo comum nas práticas discursivas em saúde mental, e, especialmente, no cotidiano profissional e na literatura psicológica sobre os TA (BRUCH, 1978). O paciente manipulador, entendido por essas teorias, seria aquele que buscaria enganar a equipe para conseguir o que quer. Seus desejos estariam a favor da manutenção da *psicopatologia*. Nesse jogo de posicionamentos, a equipe seria a responsável por identificar essa manipulação a partir das teorias científicas que explicam a AN e BN.

O “estigma” ao qual Ilda se referiu foi construído como relacionado ao fato de ter tido experiências anteriores de internação comandada por essa mesma equipe de profissionais (“*Eu tive várias crises, várias internações, vários contatos com o pessoal da equipe*”). Segundo Ilda, o conhecimento prévio da equipe com relação a ela faria com que todas as vezes em que ela era internada, os profissionais esperassem dela o mesmo comportamento manipulativo. Na tradição individualista sobre identidade, como argumentado anteriormente, tem-se a noção de que as pessoas são sempre as mesmas nos diferentes contextos interativos, o que convida uma construção de eu unificado, cristalizando uma única forma de ser nas relações (GERGEN, 2009b). A partir do sentido do TA como *psicopatologia*, a manipulação seria decorrente dos *sintomas* do transtorno e, enquanto a pessoa estivesse em tratamento, seria um comportamento esperado. O profissional deve estar alerta para não se deixar enganar.

Na discussão sobre a implantação ou não do cateter, Ilda entendeu que a equipe estava em desacordo (“*o Dr. Álvaro foi, assim, taxativo que não iria fazer, colocar outro cateter; a*

Dra. Magda, na época tava me acompanhando, que era uma R3 na época, ela também falou que não. Por ela não tinha nem colocado o primeiro. Quem fez força pra tá colocando foi a Dra. Eliana, que foi bom depois, né?”). A doutora Eliana foi posicionada como a única profissional da equipe que concordou com a opinião de Ilda sobre esse aspecto, o que me convidou a perguntar sobre o que era positivo na relação com essa médica.

A partir desse convite, Ilda narrou de que forma os profissionais poderiam garantir a participação dos pacientes nas decisões sobre o tratamento. Considerando sua “carência” e “necessidade”, a equipe teria conseguido a colaboração de Ilda, pois ela entenderia que sua “conduta” também estaria sendo “aceita”. A palavra conduta, no contexto de produção de sentidos em saúde, usualmente está relacionada a um comportamento típico do profissional, daí a correção que Ilda faz substituindo o termo conduta por “participação” (“*Conduta é do médico, mais do pessoal da equipe. Mas, assim a minha participação na tomada de conduta, isso acho que me trouxe de bom, por parte dela*”).

Nesse trecho parece haver um conflito quanto às ações e decisões que podem ser tomadas por profissionais e pacientes com relação aos lugares que ocupam no tratamento da AN, e na construção das decisões em saúde de maneira mais ampla. Tradicionalmente, como já discutido, o que se configura a partir desse cenário relacional é o posicionamento entre alguém que busca ajuda (o paciente) e alguém que oferece ajuda (o profissional). A mudança nessa configuração vai depender dos paradigmas filosóficos que embasam as práticas em saúde, incluindo aí a crítica ao lugar exclusivo de poder ocupado pelo profissional (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008; GRANDESSO, 2000).

A equipe, por sua vez, parecia estar respondendo ao conhecimento que tinha abstraído sobre o histórico de tratamento da AN naquele serviço, no qual, até aquele momento, nenhum paciente havia implantado um cateter para a passagem de dieta parenteral. O sentido que fundamentava a opinião contrária dos profissionais à adoção desse procedimento era o do “risco” clínico que ele implicava (“*Gente, ninguém com anorexia colocou cateter até hoje, você vai colocar? Nossa, é muito arriscado*”, “*com sonda é menos invasivo, imagina se uma infecção disseminar*”). A polarização das opiniões entre Ilda e a equipe pareceu estar relacionada à necessidade de ambos se posicionarem de maneira tão rígida e radical a favor ou contra a colocação do cateter (“*o Dr. Álvaro foi, assim, taxativo que não iria fazer*”). Esse extremismo, por sua vez, respondia ao jogo de posicionamentos e forças implicados nas decisões de saúde, especialmente aquelas nas quais o paciente está em risco iminente de vida.

O profissional, posicionado como responsável pela manutenção da vida do paciente, não tem como dividir essa responsabilidade com ele. A negociação de sentidos sobre as

condutas se tornam difíceis nesse cenário. Nessa construção relacional, Ilda e a equipe se engajaram durante o penoso procedimento de colocação do cateter (“*E no dia que foi colocar o cateter e não tava dando certo, eles não sedam a gente, né? É anestesia local, aí começou a chamar R1, R2, R3, R4, R7: ‘Você qué saber duma coisa? Gente, fecha esse coiso aqui que eu quero sair, eu não agüento mais, pára’*”).

Momento 5

Nesse momento, Ilda contou sobre como era difícil para ela aceitar as condutas da equipe durante suas primeiras internações. Segundo ela, o profissional deveria ficar atento para perceber quais eram os momentos nos quais o paciente estava com possibilidade de cooperar e, nesse caso, o profissional poderia participá-lo sobre as decisões da internação, e os momentos nos quais não adiantaria esclarecer porque o paciente não iria colaborar. Laura questionou, então, sobre como seria possível discriminar esses dois momentos e perceber essa diferença:

- ✧ *Laura: E o que você acha que ajuda pra distinguir esse momento no qual o paciente não consegue decidir o que é melhor pra ele e quando ele tá, né, tá tão difícil a situação que ele...*
- ✧ *Ilda: As últimas vezes eu já tinha tempo de doença, eu já tinha internado várias vezes. Inclusive assim, o pessoal não queria me internar mais na Metabólica. Eu sentia nitidamente, eu sinto que me internavam na enfermaria [psiquiátrica] junto com todo mundo. Então eu sentia uma certa discriminação, porque eles não queriam porque eu já tinha feito muita coisa lá dentro. Eu peguei e joguei fora [a dieta]. Eu pegava, ela [enfermeira] me pegou na pia, aí, você já viu, né? Passa o filtro tudo normal, aí eu falava pra ele [médico]: “Olha, eu não tô conseguindo deixar, eu não tô conseguindo aceitar”. Aí, eu acho que aí eu perdi a noção. Eu perdi a noção, eu acho que, aí... Mas eles me obrigaram a ir. Mas, assim, foi muito traumatizante essa passagem. Eu acho que se eu tivesse, por exemplo, desde o começo do tratamento, assim, você ter uma noção mais ou menos... Tá certo que você pode não aceitar no início, você não enxerga.*

Na questão de Laura, o profissional foi posicionado como aquele que teria prioridade nas decisões do tratamento (“*E o que você acha que ajuda pra distinguir esse momento no qual o paciente não consegue decidir o que é melhor pra ele e quando ele tá, né? Tá tão difícil a situação que ele...*”), com o paciente participando apenas quando fosse capaz de fazer um bom julgamento do que seria o “melhor” para si. Nesse caso, a gravidade do TA seria o impeditivo para que o paciente conseguisse decidir de maneira racional sobre o tratamento. Esse sentido adjudicado à função do profissional no tratamento estava em consonância com

muitas práticas tradicionais no campo da saúde mental, que, como já apontado, habilitam o profissional como o especialista na condição psíquica do paciente.

Convidada por Laura a falar sobre como a equipe poderia perceber quando o paciente estava apto a colaborar ou não com o tratamento, Ilda trouxe o novo sentido para a dificuldade dos profissionais de confiarem nela, que era o histórico dos relacionamentos estabelecidos entre ela e a equipe ao longo de suas internações no hospital (*“As últimas vezes eu já tinha tempo de doença, eu já tinha internado várias vezes”*; *Então eu sentia uma certa discriminação, porque eles não queriam porque eu já tinha feito muita coisa lá dentro*). Por essa razão, reivindicava que a equipe a visse como alguém que não era a mesma a cada nova internação. Se antes jogava a dieta fora e não cumpria os combinados (*“Eu peguei e joguei fora [a dieta]. Eu pegava, ela [enfermeira] me pegou na pia, aí, você já viu, né?”*), agora ela pedia pela confiança dos profissionais naquilo que já conseguia cumprir.

Os comportamentos da equipe descritos como punições pelas antigas atitudes de Ilda (*“Inclusive assim, o pessoal não queria me internar mais na Metabólica. Eu sentia nitidamente, eu sinto que me internavam na enfermaria junto com todo mundo”*) construíam um relacionamento entre ela e a equipe marcado pela dificuldade em percebê-la a partir de outras realidades. Dessa forma, podemos entender a busca de Ilda, nessa entrevista, de contar sobre outros posicionamentos possíveis, como a de uma paciente-profissional capaz de entender as intervenções propostas (*“Eu acho que, se eu tivesse, por exemplo, desde o começo do tratamento, assim, você ter uma noção mais ou menos”*) como a posição de uma Ilda injustiçada com a forma da equipe impor a internação.

AN como impeditivo de o paciente poder cooperar com o tratamento foi o sentido que ajudou Ilda a construir uma imagem de si não como alguém que queria se insurgir contra a equipe, mas como alguém que, por causa do *transtorno*, não conseguia evitar certos comportamentos *patológicos* (*“Tá certo que você pode não aceitar no início, você não enxerga”, “Passa o filtro tudo normal aí eu falava pra ele [médico]: ‘Olha, eu não tô conseguindo deixar, eu não tô conseguindo aceitar’*). O pedido de diferenciação entre o que era propriamente da Ilda e o que era decorrente da *doença* pareceu ter sido feito para aproximar a equipe de outras possibilidades de relacionamento com ela, de modo a abrir espaço para formas mais generativas de relação e de cuidado.

Momento 7

Como Ilda havia, até esse momento, focado nas dificuldades que ela havia vivido em suas internações hospitalares, Laura buscou resgatar o que poderia ter sido positivo nessas experiências:

- ✧ *Laura: E o que mais te ajudou na internação?*
- ✧ *Ilda: Olha, eu acho, assim, é, eu acho que a equipe ajuda muito desde que ela **entenda**, ela se ponha numa postura de entender o comportamento do paciente. Porque muitas vezes, acho que por falta... **Por inexperiência, falta de contato com o paciente desse tipo** [com transtorno alimentar], eles tratam a gente duma forma, assim, **inadequada**. É, como é que eu vou te falar?... Eles falam... **Eles esquecem que você é racional, por exemplo, você aumenta o volume da dieta e não me avisa, por exemplo**. Aí, toma uma conduta qualquer, entra com medicação tal, entra com dieta tanto, tanto e vai lá e quer instalar, você fala: “Mas como?” Aí eu olho o volume tá maior, eu falei: “Mas escuta, o **combinado** não foi tal volume?”. Não avisa ou então acha, assim, por exemplo, o que você tá sentindo, tipo assim, as crises de ansiedade que a gente tem, e tem muitas, **porque a doença da gente envolve muita coisa**. Mas muitas vezes eu tive **crises de ansiedade**, então você tem os mesmos sintomas como se você tivesse tendo um infarto ou uma coisa assim, falta de ar, taquicardia, parece que tem um peso no peito, uma coisa ruim, **você fica, horrível, você fica muito mal e a pessoa não acredita**. Aí chama a residente, a residente vem atender, que você tá mal e falei pras funcionárias: “Não, não tô aguentando, eu vou morrer, tô mal, tô mal; chama alguém pelo amor de Deus”. Aí chegou a residente muito assim: “**Ah, esse pessoal interna uma crise de ansiedade, pra quê? Tá internada porque tá com ansiedade? Nunca vi isso, internar por causa de ansiedade**”. Aí ela pegou, deu, tinha um ansiolítico lá, pegou, prescreveu e falou: “Ah, dá agora, meio comprimido”, não sei que remédio que é, é o mesmo que um diazepam, não sei o que, que é, não lembro mais. Aí me deram. Não foi lá falar nada pra mim.*

A ajuda oferecida pela equipe de internação foi construída por Ilda a partir da possibilidade de que o profissional “entendesse” o paciente (“*Olha, eu acho, assim, é, eu acho que a equipe ajuda muito desde que ela entenda, ela se ponha numa postura de entender o comportamento do paciente*”). As razões para os desentendimentos entre paciente e profissional apareceram, nesse trecho, como relacionadas à “inexperiência” do profissional ou a “falta de contato” com pacientes com esse tipo de *transtorno*. Disso derivaria uma postura profissional de “inadequação”, desconsideração da “racionalidade” do paciente (“*Eles esquecem que você é racional, por exemplo, você aumenta o volume da dieta e não me avisa, por exemplo*”) e de descumprimento injustificado de “combinados” (“*Mas escuta, o combinado não foi tal volume?*”).

Nesse momento, Ilda parecia falar das implicações das teorias psicológicas na área dos TA para o entendimento da especificidade do relacionamento profissional-paciente no

tratamento da AN e BN (“*falta de contato com o paciente desse tipo*”). O uso dessas teorias pareceu ter servido como uma forma de Ilda legitimar a demanda por uma postura de respeito do profissional. Colocar-se como alguém que tem uma *perturbação* emocional que requer cuidados específicos, que são legitimados e defendidos pela literatura científica da área, pode ter sido um dos ingredientes da construção de um argumento de validação de um pedido de que a voz do paciente fosse considerada nas decisões tomadas durante o tratamento. O sentido de AN como algo que a pessoa “tem” e que provoca reações e comportamentos específicos nos pacientes (“*porque a doença da gente envolve muita coisa*”), remete a um discurso generalizante sobre os TA. Nessa fala de Ilda, AN foi significada como forma de legitimação daquilo que o paciente está vivendo.

Como discutido anteriormente, em uma perspectiva positivista, dada a impossibilidade de comprovação empírica sobre o que o paciente está sentindo, no caso dos desconfortos dos *sintomas* emocionais, o profissional pode colocar em dúvida tal descrição e entendê-la como em razão do comportamento manipulador do paciente (“*you fica, horrível, you fica muito mal e a pessoa não acredita*”).

A postura do médico, relatada por Ilda, pode ainda ser compreendida à luz da diferença na forma de abordar as *patologias* físicas e as *disfunções* emocionais em alguns discursos em saúde. Pessotti (1996) retomou a história da formação dos estudantes de Medicina ao longo dos séculos e apontou a influência que o pensamento cartesiano teve nessa disciplina para a “desqualificação de saberes que, por não ostentarem base empírica reconhecida, foram relegados ao limbo, ou à margem da florescente 'Ciência' (p. 442). Dessa forma, as práticas discursivas no contexto de produção de uma ciência médica passaram a valorizar os conhecimentos derivados de pesquisa empírica rigorosa, com estratégias metodológicas de observação acurada de “objetos concretos”, o que, segundo Pessotti (1996), levou o médico a “rejeitar, como ilegítimas, quaisquer questões relativas à subjetividade humana” (p. 442).

A influência desse modo de entendimento sobre as ações em saúde pode ser a de hierarquização da importância da angústia do paciente a partir da localização da origem de seu incômodo. Sendo assim, uma “crise de ansiedade”, como mencionada por Ilda, teria menor importância que um *sintoma* de origem orgânica (“*Ah, esse pessoal interna uma crise de ansiedade, pra quê? Tá internada porque tá com ansiedade? Nunca vi isso, internar por causa de ansiedade*”).

Esse discurso pode produzir não apenas a cisão do ser humano em dimensões estanques, como a biológica e a psicológica, mas também a separação entre as diversas

categorias profissionais que vão se ocupar dessas diferentes dimensões. Assim, é possível entender como um médico nutrólogo, por exemplo, possa não se ver como responsável por lidar com a ansiedade que o paciente com TA está vivendo durante sua internação. Tal preocupação seria terceirizada para o psicólogo ou psiquiatra. Essa divisão de funções pareceu pedir que os diferentes profissionais pudessem compartilhar o conhecimento ampliado sobre o paciente, para que, nas ações médicas, por exemplo, fosse levado em consideração o estado emocional do paciente. A partir desses sentidos sobre a AN como uma perturbação que afeta diferentes dimensões da pessoa, Ilda se apresentou como alguém que precisava de um cuidado integrado dos profissionais do GRATA.

Momento 13

Ao contar sobre os relacionamentos significativos que tinha com alguns profissionais da equipe, Ilda mencionou a abertura que sentia nas conversas com seu psiquiatra, que era um profissional que a atendia fora do hospital e que não fazia parte da equipe do GRATA, embora fosse próximo dela. Laura perguntou sobre o que ajudava essas conversas a serem positivas:

- 5) *Laura: Mas só pra voltar naquilo – que eu achei importante – o que te ajudou a falar com o Carlos [psiquiatra] naquele momento? Né? Porque que com ele você sentiu... Que você fala: “Eu tava sem poder dá conta de mim mesma”, mas com ele...*
- 6) *Ilda: Eu senti uma, uma confiança, eu senti um apoio, uma sensação de, como é que fala? Interesse em você, carinho. Eu achei que ele veio, ele pegava na minha mão, o contato físico é muito importante. Não, assim que eu fosse interpretar de outra forma, não. Não é aquele contato que você, você entende de outra forma, não é o contato que você tá, é, com interesse pelo sexo oposto, vamos dizer. Não é assim, é assim, um contato físico, ele me dava a mão, ele segurava, ele me cumprimenta, até hoje, ele me dá três beijinhos, ele assim, não que eu vá confundir isso com outras coisas, mas assim eu acho que o contato, o carinho, a preocupação com você. Porque o pessoal da equipe, tipo assim, médico, a equipe médica, e às vezes, a nutricionista – a nutricionista um pouco menos – mas, assim, o médico, ele é muito mais, frio, ele pensa mais no objetivo dele que é tratar a doença. Assim, dos sintomas, ele quer atuar sobre os sintomas, que você não morra, ele quer que você não morra de inanição e você quer morrer de inanição. Então, ele quer atuar muito nessa parte mais prática da situação, objetivo. O nutricionista também, em questão da dieta, também, também é uma coisa assim, mais objetiva. Apesar que a nutricionista, às vezes, conversa um pouco mais do lado emocional também envolvido, do que o médico. O médico não, o médico é mais, assim, restrito. A Dra. Mariângela [médica nutróloga] é uma exceção. Mas assim, pelo menos que eu conheço e de outras, assim, outras, não. A outra já era mais assim, mais o tratamento mesmo: “Isso é, se você não fizer isso, você tem que fazer isso, você tem que*

fazer aquilo, a prescrição é essa, tem que fazer isso, isso, aquilo”. “Recusou?”, você tem que falar que está recusando: “A gente prescreveu, você é que não quis tratar”. Então, assim era uma coisa muito imposta. O psiquiatra eu achei que não, ele conversava, tentava tirar porque que eu tava sentindo aquilo, eu tava num desespero, eu tava deprimida.

Buscando reconhecer os recursos que possibilitavam que a relação com o psiquiatra Carlos se tornasse significativa e almejando que tais recursos pudessem ser utilizados nas relações futuras entre profissionais e pacientes no GRATA.

A separação entre os profissionais “frios” e não frios apareceu na fala de Ilda, primeiramente a partir da possibilidade do profissional ter um “contato físico” com o paciente, incluindo “pegar na mão” e “cumprimentar com um beijo”. Esses gestos foram associados por Ilda com uma “sensação” de “confiança”, “interesse” e “carinho” por parte do profissional. Quando diferenciou essa proximidade física de um relacionamento do tipo homem e mulher (“*Não, assim que eu fosse interpretar de outra forma, não. Não é aquele contato que você, você entende de outra forma, não é o contato que você tá, é, com interesse pelo sexo oposto, vamos dizer*”), Ilda pareceu fazer a distinção, frequente nas práticas discursivas cotidianas, entre o tipo de comportamento que é próprio e adequado a um relacionamento profissional e a um relacionamento pessoal. Ou seja, tradicionalmente, como já comentando, o campo das relações profissional-paciente pede por uma maior formalidade, neutralidade e distanciamento, elementos necessários, como já discutido, para garantir que o profissional seja mais preciso em suas condutas e não deixe seus sentimentos interferirem em sua avaliação e no planejamento das ações em saúde.

O segundo aspecto que diferenciaria os profissionais “frios” dos não frios seria que os primeiros focariam sua atenção no bem-estar do paciente, valorizando o acolhimento e não apenas o *transtorno* e seu tratamento, postura descrita por Ilda como centrada no objetivo (“*mas, assim, o médico, ele é muito mais, frio, ele pensa mais no objetivo dele que é tratar a doença*”). Ilda associou a maior proximidade do profissional em relação ao paciente com o fato de ser uma “conversa sobre o lado emocional”. Falar de emoções, nesse sentido, seria algo mais facilmente identificado na função de um psiquiatra, sendo que nutricionistas e nutrólogos, por exemplo, incluiriam tal abordagem de maneira excepcional, ou “restrita” como apontou a participante.

Segundo Pessotti (1996), a partir do século XVII o conhecimento médico começou a ser influenciado pelo dualismo cartesiano, sublinhando a separação entre um mundo físico e um mundo subjetivo. Essa cisão garantiu que a competência do fazer médico pudesse prescindir da consideração dos aspectos abstratos da “subjetividade humana” (p. 442),

podendo focar somente nos eventos materiais, na matéria orgânica e na anatomia e fisiologia do corpo humano: “O homem, que julga, sofre, escolhe e avalia, não pertence mais ao saber médico” (p. 442).

Os profissionais descritos por Ilda pareceram buscar responder a esses sentidos sobre o cuidado em saúde a partir de uma concepção teórica de homem que vê a mente e o corpo, como objetos de investigação separados. O apelo de Ilda pareceu ser por um profissional que pudesse evitar que ela “morresse de inanição”, mas ao mesmo tempo que buscasse entender porque ela insistia em querer morrer dessa forma (“*ele conversava, tentava tirar porque que eu tava sentindo aquilo, eu tava num desespero, eu tava deprimida*”).

A recusa em seguir as prescrições médicas, quando vista como algo de responsabilidade exclusiva de Ilda, como aconteceu com a última médica descrita por ela, não permite que o profissional possa refletir se, de alguma maneira suas teorias sobre a própria profissão e o relacionamento profissional-paciente não colaborariam para a construção dessa recusa (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008). Ao mesmo tempo, essa alienação profissional responde a uma formação nos cursos superiores de medicina, que muitas vezes prepara o futuro médico para lidar com “um paciente padrão, um paciente teórico, virtual, que não existe, que não é o que comparece no consultório ou no ambulatório” (PESSOTTI, 1996, p. 443). A possibilidade que Ilda vislumbra de que todos os profissionais da saúde, de qualquer especialidade, possam abordar as dificuldades emocionais de um paciente com TA facilitaria que eles percebessem as dificuldades que impediam que o paciente seguisse suas prescrições, aspecto que será discutido no próximo capítulo.

Momento 16

Ilda foi internada para tratar da AN no mesmo hospital em que trabalhava naquela época. Durante essa internação, Ilda contou que não se enxergava como *doente*, mas como profissional que deveria cuidar das demais pessoas que estavam internadas com ela:

- ✧ *Laura: O fato de você ser enfermeira ajuda nessas coisas?* [referindo-me ao conhecimento que Ilda tinha de que, na colocação do cateter para sua alimentação, os médicos não estavam conseguindo achar a via de acesso correta].
- ✧ *Ilda: Eu não me via como paciente, me via profissional. Então é diferente o profissional que fica doente, é muito mais difícil tratar, eu acho. Porque até você tomar a tua posição que você não é o profissional, você é o doente, chegava a uma condição, uma situação assim que, às vezes no noturno, eu ajudava os outros pacientes, coitada da funcionária. Ou mesmo assim ajudar na parada [cardíaca]. Tinha uma paciente em parada, chamaram, na época tinha a – agora acho que não tem mais, tinha o pessoal da equipe de*

parada cardíaca que a gente chamava no CTI – enquanto os funcionários tava lá, eu ia ligando, tudo. Aí depois ele pegou e me dispensou: “Vai lá pro centro obstétrico onde você trabalha, fica lá um pouco, realmente parou [o coração do paciente que ela estava cuidando] e não teve jeito”. Aí, eu peguei, era assim, ou então eu ia lá pro centro obstétrico onde eu trabalhava, eu começava a ajudar as meninas lá. Com sonda [nasogástrica] e tudo tava lá, ficava anotando. Até que a enfermeira falou: “Ó, você não pode assinar, não, não sei o quê, não posso te responsabilizar, não sei o quê”.

✧ *Laura: É... O importante foi essa... Essa possibilidade do outro te trazer o que tá acontecendo? Que você fala: “Olha, uma coisa importante pra mim é essa orientação que vem dos profissionais, né? Essa capacidade de descreverem...”.*

✧ *Ilda: É, tipo assim, é, não presumir que o paciente sabe. Porque apesar de eu ser [profissional da saúde], eu sou paciente. Então muitas coisas são passadas por cima, por quê? Porque você é um profissional, você, alguma coisa você entende, tecnicamente, né? As coisas você sabe como é que funcionam, o metabolismo, essas coisas você sabe, mas você tem que ter aquela noção da pessoa te passar: “Olha, você tá com esses sintomas assim, quando tá baixa acontece isso, pode acontecer aquilo, esse sintoma significa”, tipo assim, uma hipoglicemia: “Então o que você pode fazer?”. Como a gente faz com diabético. Eu orientava muito, eles falavam: “O que você faz se você começar a passar mal? Como é que você sabe que tá passando mal? Que sintoma que você tem que prestar atenção?” Sabe? Então são coisas que eu acho que a gente tem que saber. Você saber a constituição dos alimentos, até eu questionei uma vez com uma nutricionista que saiu, ela era voluntária e ela teve uns problemas, ela acabou não ficando. Esqueci, a Ariane, acho que é Ariane, não sei, como que ela chama, esqueci o nome dela. É, eu perguntava se ela não dava pra fazer uma lista, assim, com as calorias, ela falou assim: “Não, isso não é o adequado, né? Pra ficar, enquadrar os alimentos que vão te manter o peso, porque o peso, não é mantido assim. Não adianta te dar uma dieta de 1200 calorias, você não vai fazer aquela dieta de 1200 calorias. Você tem um cardápio muito restrito e monótono e você não... Eu não posso fazer nesse sentido pra você ficar no que tá”, então ela falou assim. O número de calorias não, mas poderia me explicar assim que nutriente que tem mais, por exemplo, você tá com déficit de potássio, qual alimento que tem mais, que você poderia, né, tá comendo, senão você vai fazer reposição, se você não fizer por alimentação, você vai ter que repor com medicamento.*

Na primeira pergunta de Laura, uma Ilda-profissional foi convidada a contar como se sentiu no lugar de uma paciente com TA (“O fato de você ser enfermeira ajuda nessas coisas?”). Construída a diferença entre esses dois lugares (“Eu não me via como paciente, me via profissional”), Ilda contou que, durante sua primeira internação, cuidava dos pacientes internados no hospital (“às vezes no noturno, eu ajudava os outros pacientes, coitada da funcionária”), os acudia na parada cárdio-respiratória (“enquanto os funcionários tava lá, eu ia ligando, tudo”) e os monitorava no ambulatório de obstetrícia (“eu ia lá pro centro obstétrico onde eu trabalhava, eu começava a ajudar as meninas lá. Com sonda [nasogástrica] e tudo tava lá, ficava anotando”).

Esse comportamento não parecia ser o esperado pela equipe que a atendia na internação. Na voz da enfermeira, Ilda apareceu como aquela que não teria condições de ser responsabilizada por suas ações (“*Ó, você não pode assinar, não, não sei o quê, não posso te responsabilizar, não sei o quê*”). Essa fala, como discutido, encontra eco em teorias psicológicas e psiquiátricas que descrevem as pessoas com *transtornos* emocionais como aquelas que podem estar limitadas em sua capacidade de discernimento da realidade e avaliação de suas ações. Parece ter sido desse lugar que a enfermeira questionou Ilda.

Outro ponto de conflito entre as distintas descrições de si presentes nesse fragmento, relaciona-se com o lugar social designado para o paciente, conforme comentado anteriormente, como o de alguém que deve colocar-se na posição de quem recebe o tratamento em uma postura passiva, e para o profissional como aquele que interroga as queixas do paciente, estabelece um diagnóstico que depende de uma semiologia atenta a sinais e *sintomas* imediatamente presentes e identificáveis, e prescreve o tratamento, em uma postura ativa. Como escreve Grandesso (2000), essa relação passa a ser definida por uma hierarquia de poder, que constrói uma relação entre um agente (profissional) e um paciente, sendo que este último submete-se ao processo. Como profissional, considerando-se essa hierarquia, Ilda estaria ocupando um lugar social de maior prestígio e, sendo assim, é possível entender sua afirmação de que, para um profissional, é mais difícil ocupar o lugar de *doente* (“*Então é diferente o profissional que fica doente, é muito mais difícil tratar, eu acho*”).

A segunda pergunta de Laura nesse fragmento selecionado (“*É... O importante foi essa... Essa possibilidade do outro te trazer o que tá acontecendo? Que você fala: ‘Olha, uma coisa importante pra mim é essa orientação que vem dos profissionais, né? Essa capacidade de descreverem...’*”), trouxe para a conversa o sentido do relacionamento entre profissional e paciente como um espaço no qual o profissional teria a obrigação de esclarecer ao paciente sobre os procedimentos a serem realizados.

Em sua resposta, Ilda descreveu a posição da equipe a partir de dois aspectos. O primeiro seria que o profissional não falaria sobre os procedimentos realizados e não partilharia das decisões sobre o tratamento porque presumiria que a paciente-profissional de saúde já saberia do que se trata (“*É, tipo assim, é, não presumir que o paciente sabe. Porque apesar de eu ser [profissional da saúde], eu sou paciente*”). Nesse caso, o argumento de Ilda ia a favor de que a equipe entendesse que o profissional, quando colocado no lugar de paciente, deveria ser tratado como paciente, ou seja, deveria receber todos os esclarecimentos acerca de seu *problema*. O segundo aspecto foi que, justamente pelo fato de a paciente ser

profissional de saúde e compartilhar do linguajar técnico da área, seria possível uma comunicação bem sucedida entre os dois. Assim, a orientação sobre todos os procedimentos seria facilitada (*“Então muitas coisas são passadas por cima, por quê? Porque você é um profissional, você, alguma coisa você entende, tecnicamente, né?”*).

Esses argumentos e justificativas pareceram pesar na defesa de que; no caso dos TA, o paciente fosse tratado da mesma maneira que nas demais patologias, como no exemplo que Ilda trouxe, das pessoas com diabetes mellitus (*“Como a gente faz com diabético. Eu orientava muito, eles falavam: 'O que você faz se você começar a passar mal? Como é que você sabe que tá passando mal? Que sintoma que você tem que prestar atenção?' Sabe? Então são coisas que eu acho que a gente tem acho que saber”*). Ao comparar o relacionamento entre profissional e paciente, no caso dos dois tratamentos, do TA e do diabetes mellitus, Ilda pareceu convidar Laura a ver a diferença com que os pacientes com AN e BN são tratados (*“As coisas você sabe como é que funcionam, o metabolismo, essas coisas você sabe, mas você tem que ter aquela noção da pessoa te passar”*).

No caso da AN, diagnóstico designado à Ilda, mesmo que o paciente recebesse as orientações sobre o que seria uma alimentação saudável, isso não o impediria de continuar evitando comer a todo custo, colocando sua vida em risco. Essa diferença sustenta a posição que o profissional passa a ter que ocupar no caso das assim denominadas psicopatologias, a de não poder confiar que o paciente vai cumprir o que ele, durante a consulta, assume que fará.

A opção oferecida pela nutricionista Ariane marcou a possibilidade de atender o pedido de Ilda (*“É, eu perguntava se ela não dava pra fazer uma lista, assim, com as calorias”*), de receber orientações sobre sua alimentação e, ao mesmo tempo, respondeu ao sentido que possivelmente estava informando a posição tomada pela nutricionista, do TA como um acontecimento que está fora do controle do paciente (*“Não adianta te dar uma dieta de 1200 calorias, você não vai fazer aquela dieta de 1200 calorias”*). Assim, Ariane negociou com Ilda quais esclarecimentos seriam válidos para ela melhorar sua saúde e quais estariam a serviço dos sintomas da doença (*“O número de calorias não, mas poderia me explicar assim que nutriente que tem mais, por exemplo, você tá com déficit de potássio, qual alimento que tem mais, que você poderia, né, tá comendo, senão você vai fazer reposição, se você não fizer por alimentação, você vai ter que repor com medicamento”*).

Momento 18

Em um momento anterior Ilda contava sobre a importância que o grupo de apoio psicológico tinha para sua recuperação. Ela mencionou que muitas vezes não participava do grupo porque a participação nessa atividade do GRATA não era obrigatória, diferentemente da presença nas consultas com nutricionistas ou médicos. Laura questionou se ela estava fazendo a defesa da obrigatoriedade do grupo como forma de aumentar a frequência de participação dos pacientes:

- ✧ *Laura: Você acha que o seu grupo tinha que ser opcional?*
- ✧ *Ilda: Não, não é que tem que ser opcional. Eu acho assim, ele é... Você vem se você quer no grupo, não tem obrigação de vir. É assim que funciona, eu costumo vir nos meus retornos. Porque eles estão intervalando mais as minhas consultas, e eu me senti muito mal com esse intervalo. Dessa vez me puseram pra três semanas já, me deram um mês de gancho. Então, quer dizer, eu tava vindo a cada 15 dias, me passaram pra um mês. Então, pra mim, eu falei assim, é, eu vir aqui só pro grupo de apoio, de pacientes, eu não venho, é difícil, muito difícil.*
- ✧ *Laura: Entendi, entendi.*
- ✧ *Ilda: E a... Eu venho quando eu tenho consulta, apesar desses, é, eles me deram período porque eles acham, aparentemente, que se você tá recuperando peso, você tá bem. Fisicamente você tá bem, o médico conversou comigo hoje? Ela me examinou? Não. Certo? Ela pressupôs, pressupôs que eu tô bem. Mas por dentro eu tô um lixo. Então, esse tempo todo pra mim foi bom? Não, eu sofri muito esse tempo porque eu tô recuperando peso e eu não tô aceitando. Então eu acho que a... O tempo, a ocasião em que você mais precisa de ajuda é a ocasião que eles intervalam mais.*
- ✧ *Laura: E quê que é a ocasião?*
- ✧ *Ilda: É a fase que você tá passando, uma fase que você tá um peso diferente, você tem que se aceitar em outro [peso]. Você tem que se aceitar em outra situação. Então, você sozinha, você não dá conta disso em casa. Você tem muitos altos e baixos, você sofre. E eu não fiz nada contrário dessa vez, das outras vezes eu pegava e tentava perder peso nesse período todo que eu não vinha que, que acontecia? Eu restringia, eu fazia o diabo a quatro. Dessa vez eu não fiz isso, porque alguma coisa dentro de mim tá segurando pra eu não fazer. Mas eu não sei se a partir do momento que começar isso de novo, se eu vou começar a fazer. Que eu falo, se eu começar a restringir, eu volto a tomar os bagulho tudo de novo, começo a fazer atividade física.*
- ✧ *Laura: Ilda, você já chegou a falar disso no ambulatório?*
- ✧ *Ilda: Do quê?*
- ✧ *Laura: Dessa sua sensação, disso... Disso que você está me falando agora.*
- ✧ *Ilda: Eu falei assim... Hoje eu consigo falá, antes eu não conseguia falar isso não.*
- ✧ *Laura: O quê que ajuda? A ter espaço, né?*
- ✧ *Ilda: Esse espaço? Eu acho assim, que a ponte que é feita do grupo... O pessoal [as outras meninas do grupo] fala assim, eu falo em termos assim, um pouco mais vulgar, de passar fio. Porque, assim, de uma forma ou de outra, eles sabem porque tem reunião de equipe, tudo. Então, assim, é, o que a gente fala, muita coisa que a gente fala em grupo, às vezes, eu sinto assim, eu sinto que o Guimarães e a Teresa são porta-voz.*

- ✧ *Laura: Ahã.*
- ✧ *Ilda: Eu não uso isso como uma coisa ruim, entendeu? Não como uma coisa que o pessoal fala: “Você fica, vai passar fio, ficá passando a minha história, né?” Uma pessoa, eu que, eu não quero que a pessoa saiba, não sei o quê. Eu falo assim: “Não, tudo bem de manter”, eu sei que tem um sigilo, né? Se eu não quiser não vai ser falado. Mas assim, eu me sinto bem aqui em falar, e eu não me sinto mal se for falado isso depois, entendeu? Mas, assim, às vezes você não consegue falar diretamente, na consulta. Também você fica meio truncado porque o pessoal tem limite de tempo pra tá falando com a gente também. Tem esse, estrutura do ambulatório que tem um tempo, né, pra você atender e, às vezes, você não tem abertura pra tá falando esse tipo de coisa, né? Então assim, é difícil.*

A dificuldade de sua participação no grupo de apoio, diferentemente do que Laura havia entendido, não era um argumento a favor da obrigatoriedade da participação do paciente nessa modalidade de atendimento psicológico (“*Não, não é que tem que ser opcional*”, “*Você vem se você quer no grupo, não tem obrigação de vir*”), mas uma crítica com relação ao espaçamento de seus retornos feito pelos profissionais médicos e nutricionistas (“*Porque eles estão intervalando mais as minhas consultas, e eu me senti muito mal com esse intervalo*”). Uma vez que sua participação no grupo estava atrelada por ela à sua vinda nas consultas (“*eu vir aqui só pro grupo de apoio, de pacientes, eu não venho, é difícil, muito difícil*”, “*Eu venho quando eu tenho consulta*”), a ampliação do “intervalo” do agendamento de seus retornos no serviço a distanciava da participação em um espaço que ela valorizava: o grupo de apoio.

A conduta adotada pela equipe no sentido de aumentar o espaçamento dos retornos se justificava, segundo Ilda, pela constatação de sua melhora física, especialmente com relação à recuperação de peso (“*eles me deram período porque eles acham, aparentemente, que se você tá recuperando peso, você tá bem*”). Ilda utilizou o termo “gancho” para definir a atitude que a equipe havia tomado em relação a ela. Tal termo é recorrente na linguagem da prática esportiva do futebol para referir-se a um jogador que, ao praticar uma infração às regras do jogo, é punido e tem que permanecer por um tempo afastado do campo.

A partir desse entendimento, Ilda ocuparia a posição de uma paciente que estava sendo punida pela equipe ao ser mantida distante do tratamento. Ao mesmo tempo, o tratamento foi construído como um lugar do qual o paciente sente necessidade de frequentar. Tal vontade estaria relacionada, segundo Ilda, à necessidade de receber apoio pelo sofrimento que sente ao lidar com a indesejável recuperação de peso (“*É a fase que você tá passando, uma fase que você tá um peso diferente, você tem que se aceitar em outro [peso]*”). Sendo assim, a equipe seria a responsável por ajudar o paciente a lidar com essa mudança corporal

(“Você tem que se aceitar em outra situação. Então, você sozinha, você não dá conta disso em casa. Você tem muitos altos e baixos, você sofre”).

Nesse momento da entrevista, a equipe foi descrita como dividida entre profissionais que entendem que a melhora no tratamento da AN se relacionaria ao alcance de uma condição física saudável e aqueles que associam essa melhora ao alcance de um bem-estar geral do paciente (*“Fisicamente você tá bem, o médico conversou comigo hoje? Ela me examinou? Não. Certo? Ela pressupôs, pressupôs que eu tô bem. Mas por dentro eu tô um lixo”*). Essa divisão, como já discutido, encontra eco na literatura especializada da área, que apresenta especificidades na construção de diferentes realidades sobre a origem do que vai ser descrito como TA para cada disciplina científica. A melhora vista como a recuperação da saúde física do paciente ou como o bem estar psicológico alcançado compõe, de maneira distinta, as decisões sobre a alta do tratamento.

Nesse momento, Ilda relacionou a falta de espaço para conversas sobre a angústia com o ganho de peso com os demais profissionais do serviço como algo que, anteriormente, a fazia restringir ainda mais sua alimentação e ir contra as prescrições profissionais para sua melhora (*“eu pegava e tentava perder peso nesse período todo que eu não vinha; que, que acontecia? Eu restringia, eu fazia o diabo a quatro”*). A razão alegada para não ter repetido tal resposta dessa vez foi significada como tendo origem em uma mudança localizada em si mesma, ainda que Ilda não soubesse explicar exatamente o que era (*“Dessa vez eu não fiz isso, porque alguma coisa dentro de mim tá segurando pra eu não fazer”*).

Aqui, os *sintomas* da AN foram construídos como algo que estava sob o domínio de Ilda, funcionando como um comportamento de represália com relação ao “gancho” recebido da equipe. Dessa forma, o controle sobre seus *sintomas* daria para Ilda a chance de reivindicar uma maior proximidade com a equipe, ainda que, para que essa aproximação pudesse acontecer, ela tivesse que regredir com relação ao TA (*“Que eu falo se eu começar a restringir, eu volto a tomar os bagulho tudo de novo, começo a fazer atividade física”*).

Quando Laura questionou o que lhe possibilitou falar diretamente de suas dificuldades com os profissionais do serviço (*“Ilda, você já chegou a falar disso no ambulatório?”*), ela descreveu os coordenadores do grupo de apoio como aqueles que, por terem contato com os demais profissionais da equipe (*“Porque assim, de uma forma ou de outra eles sabem porque tem reunião de equipe, tudo”*), levariam as queixas das pacientes para esses profissionais (*“eu falo em termos assim, um pouco mais vulgar, de passar fio”*). Nesse sentido, as consultas com médicos e nutricionistas pareceram estar relacionadas à busca de sua recuperação nutricional (*“Tem esse, estrutura do ambulatório que tem um tempo, né, pra você atender e, às vezes,*

você não tem abertura pra tá falando esse tipo de coisa, né?”), enquanto que o grupo de apoio psicológico seria o espaço de acolhimento de sua dificuldade em lidar com a recuperação de peso.

Tal caracterização das diferentes modalidades e espaços de intervenção distinguiria as conversas que seriam apropriadas para se ter com os diferentes profissionais do GRATA. Com os psicólogos era possível falar de sua insatisfação com os intervalos de agendamento de seus retornos (*“Mas assim, eu me sinto bem aqui em falar”*), e esses profissionais especialistas do relacionamento com o paciente, levariam tal mensagem para o restante da equipe. Dessa forma, não seria possível uma conversa franca e direta com o nutricionista ou médico (*“Mas, assim, às vezes, você não consegue falar diretamente, na consulta”*).

Nas práticas psicológicas em saúde, especialmente nas que ocorrem no contexto das instituições hospitalares, é comum o posicionamento do psicólogo como mediador entre o paciente e os demais profissionais (*“Eu acho assim, que a ponte que é feita do grupo”, “eu sinto que o Guimarães e a Teresa são porta-voz”*). Nesse caso, a premissa que sustenta essa atribuição desse lugar fronteiriço é que, dada sua formação curricular, o psicólogo estaria mais apto a identificar as vivências emocionais do paciente, interpretá-las e explicá-las aos demais profissionais que não têm a psique humana como foco de sua intervenção. Um dos efeitos da construção desse sentido para a prática profissional do psicólogo é o de que os demais profissionais, conforme relatado por Ilda, poderiam não abrir espaço em suas consultas para conversas sobre o como o paciente está se sentindo no tratamento e sobre a relação estabelecida, aspecto que será abordado de maneira mais ampla no próximo capítulo.

6. AMPLIANDO A CONVERSA

A análise empreendida no capítulo anterior convidou o leitor ao conhecimento de algumas construções sobre o relacionamento profissional-paciente, a partir da apresentação de discursos, posicionamentos e sentidos participantes do contexto de produção das entrevistas com as participantes desse estudo. No presente capítulo, buscamos ampliar a conversa a partir de uma articulação entre a análise das entrevistas e os questionamentos críticos contemporâneos no campo da saúde.

De maneira especial, almejamos refletir sobre as implicações do uso do discurso biomédico na construção de diferentes lugares para profissionais e pacientes no tratamento dos *TA* e explorar as inteligibilidades que podem dar sustentação aos encontros e desencontros entre ambos. Essas reflexões não devem ser consideradas como a verdade última sobre como esses relacionamentos ou o próprio tratamento acontecem ou deveriam acontecer, mas como busca de ampliação da reflexão crítica e convite para outras formas de vida, como diria Wittgenstein (1999).

Oferecemos alguns recursos construcionistas sociais para se pensar construções alternativas no relacionamento profissional-paciente no âmbito do tratamento dos *TA*. Um posicionamento ético e político fica evidente nessa proposição, que é o da valorização de uma postura colaborativa enquanto marcador para as ações em saúde, ou seja, a defesa de práticas que enfatizem; na atuação dos profissionais: (a) o convite para a ampla participação na tomada de decisões, descentralizando as deliberações sobre o tratamento; (b) a co-existência de verdades quando se pensa saúde e cuidado no contexto do tratamento dos *TA*; (c) a suspensão de conhecimentos prévios para valorizar a curiosidade ao conhecimento localmente produzido; e (d) a procura pela novidade e pela exceção, ao invés da busca por regularidades.

6.1 RELACIONAMENTO PROFISSIONAL-PACIENTE E AS CONSTRUÇÕES IDENTITÁRIAS

Considerando-se os posicionamentos assumidos pelas participantes nas entrevistas pode-se falar das implicações identitárias e relacionais no diagnóstico de uma *psicopatologia*. Aqui cabe uma ressalva. Ao abordarmos os possíveis efeitos negativos da utilização do discurso biomédico na produção de sentidos sobre si não se está considerando que tal uso está

sempre a serviço da construção da exclusão social. Entendemos os processos conversacionais como dinâmicos e situados (GUANAES; JAPUR, 2005), e com isso queremos evitar reducionismos interpretativos e conclusões que acabem com o diálogo. Todavia, o que buscamos é ampliar a conversa a partir do questionamento dos cenários relacionais profissional-paciente construídos nas entrevistas e seus possíveis efeitos para o entendimento do lugar do paciente nas práticas produtoras de saúde.

6.1.1 Psicopatologia e construção de si

Das produções científicas na área dos *TA* os repertórios interpretativos oferecidos para o entendimento dessa *problemática* apontam, como discutido na introdução desse trabalho, para o entendimento das pessoas diagnosticadas como tendo algum tipo de dificuldade com relação à sua “saúde psicológica” (APPLETON; GOWAN, 2006). A partir das realidades construídas na análise das entrevistas, foi possível acompanhar a narrativa de Estefânia sobre seu aprisionamento em uma condição de déficit. Descrita a partir de sua *patologia*, Estefânia era a “bulímica que mentia” e que não inspirava a confiança dos profissionais sobre a veracidade do que falava. Já a entrevista com Talia mostrou como o discurso biomédico da loucura a afastou dos psiquiatras que deveriam ter cuidado dela. Receber o diagnóstico de um *TA* de difícil tratamento e tamanha gravidade fez com que ela se sentisse desesperançada com relação a seu prognóstico. Na entrevista com Ilda foi possível perceber a *AN* como causa do preconceito dos profissionais em relação a ela, posicionando-a como manipulativa ou resistente ao tratamento.

Em muitos momentos nas entrevistas, as participantes relatavam construções de si guiadas pelo déficit que possuiriam com relação as demais pessoas, ditas “normais”. Essa forma de olhar para esses *transtornos* remonta ao histórico de construção das *doenças mentais* nas práticas sociais ao longo do tempo. Como escreve Foucault (1975/2000), foi a partir do reconhecimento social da *doença mental* como um desvio que foi oferecido ao *doente* um *status* que o exclui socialmente. Giles (2006) menciona a busca de muitos jovens de se colocarem contra os “estereótipos” oferecidos pelo diagnóstico do *TA*, defendendo sua relação com a alimentação em uma perspectiva não *psicopatológica*, e sim como exercício de escolha de um estilo de vida. Desse posicionamento nasceriam as “Anas” (anoréxicas) e as “Mias” (bulímicas) que, especialmente no espaço virtual da internet, colocam-se contra o esforço de serem reconhecidas como *doentes*.

Como “portadoras” de uma *psicopatologia*, as pessoas diagnosticadas com *TA* podem ser posicionadas de forma particular nas relações com os profissionais. Suas condutas podem ser colocados em dúvida, como no caso das “mentiras” de Estefânia. Suas necessidades podem ser relacionadas com a *doença*, como no caso de Natássia, que reivindicava um maior contato com sua nutricionista. Seu sofrimento pode ser menosprezado, como no caso do residente que atendeu Ilda em sua crise de ansiedade. E suas dores podem ser compreendidas como algo inexistente, como no caso de Catarina.

A tradição individualista, participante da construção do *TA* como uma *psicopatologia*, oferece, como argumentado anteriormente, o sentido de identidade como estável e passível de ser estudada em sua estrutura e características de funcionamento. Um efeito dessa prática pode ser o “auto-empobrecimento” mencionado por Gergen (1997), que é a essencialização de “um único modo de ser no mundo”, que seria guiado pela terminologia *sintomática* do *transtorno*. Ou, como pontuado por Foucault (1977), é a “redução nominalista da existência que libera uma verdade constante” (p. 135). Malson et al. (2004), em seu estudo sobre o processo de construção do paciente com *TA*, abordam tal aspecto, mostrando como em diversos momentos como o uso do diagnóstico pode convidar construções de si guiadas exclusivamente pela *patologia*.

A descrição do *transtorno* com suas características, histórico de aparecimento e fatores etiológicos, vai sendo disponibilizada aos pacientes nas falas dos profissionais, de modo que, anos após receberem a alta do tratamento, os pacientes narram o início de seus *sintomas* com o uso quase que exclusivo de repertórios interpretativos disponibilizados pelo discurso biomédico (HEPWORTH, 1999). Nessa vertente, é pertinente indagar: quais aberturas poderiam acontecer com o entendimento dos “discursos e práticas discursivas” que compõem os entendimentos contemporâneos do que quer que esteja sendo entendido como *TA*? (MALSON; USSHER, 1996).

Um efeito da priorização da categorização diagnóstica no entendimento de quem são as pessoas que procuram atendimento no ambulatório de *TA* é, como relatado na entrevista de Catarina, uma preferência pelas histórias dos *sintomas* do *transtorno* nos diálogos tecidos entre profissional e paciente. Essa priorização decorre, como já argumentado, da ideia de que essas histórias contam da verdade do que acontece com o paciente e, portanto, são a única via de acesso para sua cura. Como afirma Gergen (2009b), as palavras dos profissionais têm um peso simbólico e cultural importante, e é por ter essa densidade reconhecida que os pacientes aceitam que os profissionais façam perguntas sobre sua intimidade e que abordem aspectos que são bastante sensíveis para eles. Muitas pessoas procuram um profissional por se

encontrarem em cenários relacionais de muito sofrimento, sentindo-se presos em padrões de ação que se tornam dolorosos. Todavia, a exclusividade dessas narrativas no campo relacional profissional-paciente impede que se possa assumir que o paciente não carrega apenas repertórios de ações consideradas *problemáticas*, mas também alternativas que podem ser muito valiosas para promover e encorajar as mudanças que ele deseja (GERGEN, 2009b).

De que forma outras histórias poderiam ter oferecido aberturas para os cenários relacionais profissional-paciente no caso de Catarina? O que teria acontecido se o cirurgião plástico tivesse se encontrado com uma Catarina que, justamente por ter passado pela experiência de um erro médico, saberia participar da decisão sobre a possibilidade ou não de se submeter a uma nova cirurgia? Ou se os profissionais que a ouviram relatar sobre sua dor no estômago a tivessem encarado como uma pessoa que podia ser confiável em suas descrições acerca de si mesma?

Como afirmam Gergen e McNamee (2000), quando as categorias diagnósticas são tratadas como neutras, o processo de diagnóstico pode acontecer sem reflexão. Foucault (1972) conta como o uso do discurso psiquiátrico promoveu a mudança histórica no posicionamento das pessoas consideradas desviantes da posição de “culpadas” para “inocentes”. O entendimento do desvio passou de castigo divino decorrente de uma incorreção moral para o infortúnio da *doença*. Se tal transformação discursiva ofereceu um lugar menos suscetível a “barbaridades” no tratamento dos desviantes, como afirma o autor, por outro lado localizou a origem do *problema* no funcionamento psíquico do indivíduo, sem um questionamento sobre quais são os possíveis padrões de relacionamento que interatuam para sustentar as descrições de si estigmatizantes. Natássia, por exemplo, construiu sua relação com a equipe a partir de suas características desviantes, o que colocaria apenas sobre ela a responsabilidade pelas dificuldades relacionais com os profissionais.

Na entrevista com Catarina, o diagnóstico da *BN* apareceu como peça fundamental para o alívio de sua culpa, para a aceitação do cuidado da equipe e para melhorar a ideia que tinha de si mesma. Como afirma Gergen (1997), o diagnóstico de uma *psicopatologia* pode ser positivo para tornar familiar aquilo que, antes, era estranho e desconhecido, e para que o comportamento socialmente inadequado tenha chance de ser visto com maior empatia pelas pessoas. Considerando-se os padrões culturais e morais vigentes é, muitas vezes, mais vantajoso para uma pessoa ter seus comportamentos alimentares *inadequados* associados à existência de uma *patologia* do que como fruto de intencionalidade. Porém, será que ocupar o lugar de *doente*, com todos os processos sociais de exclusão que tal posição implica, é o único

caminho possível para sair de uma condição de culpabilização e desespero, como a narrada por Catarina?

Dada a valorização cultural que as ciências desfrutam e a confiança que as pessoas têm nos profissionais que as representam, a explicação *dos fenômenos* por meio do diagnóstico de uma *psicopatologia* pode trazer a confiança de que o conhecimento científico irá trazer ajuda (GERGEN; McNAMEE, 2000). Todavia, como argumentado na análise das entrevistas, em muitos momentos o foco do profissional no *TA*, no diagnóstico e no histórico hospitalar do paciente, como no caso de Ilda, o impediu de olhar para aquilo que fugia ao padrão, para o que não se repetia, para a exceção.

Em uma proposta construcionista social o convite é dirigido à polissemia que pode surgir da exploração da novidade nos relacionamentos, da abertura para a pluralidade de produções de mundo possíveis. Contrapondo-se a essa multiplicidade, o uso do diagnóstico demanda por unanimidade interpretativa, ou seja, pode não permitir outras formas de narrar o que é que esteja sendo denominado de *problema* alimentar pelos cânones do discurso biomédico. De que maneira o compromisso com um discurso biomédico pode abrir uma reflexão de como o profissional participa da construção que torna inteligível a ideia de uma *patologia* e a necessidade de sua cura?

6.1.2 O uso do diagnóstico pelos profissionais

Por outro lado, o uso do discurso biomédico pelo profissional pode ser considerado legítimo no esforço de compreensão do que está acontecendo com o paciente. Gergen (1997) significa esse empenho a partir da consideração da utilização que o profissional faz da visão representacional ou pictórica da linguagem para estabelecer seus diagnósticos. Como abordado anteriormente, é partindo dessa visão de linguagem que os profissionais confiam na possibilidade de um acesso indireto – no caso das *psicopatologias* – ao estudo dos “estados internos” das pessoas, solicitando ao paciente relatos de seus pensamentos e sentimentos. Como afirma o autor, parte-se de uma crença de que as palavras, nesse sentido, seriam uma via de acesso ao “estado interior” da pessoa. Dessa forma, o profissional trata como real aquilo a que a linguagem parece se referir, garantindo sua existência ontológica.

No uso do diagnóstico, o lugar do profissional é o de alguém que detém um conhecimento especializado, que foi obtido e certificado por instituições com compromisso de validade científica. Além dos discursos oficiais científicos apregoados pelas instituições profissionalizantes, os profissionais que cuidam de pacientes diagnosticados com *TA* têm

também disponíveis para suas conversas as tradições de coordenação de ações trazidas de outros relacionamentos engendrados ao longo do processo de socialização de cada um. Assim, tradições realistas e racionalistas participam das práticas discursivas sobre *AN* e *BN*.

Por essa lógica, é possível entender a postura de muitos profissionais mencionados pelas participantes durante a entrevistas de insistirem que as pacientes percebessem que tinham uma *psicopatologia* que deveria ser tratada. Ética é significada, nesse campo discursivo, como o compromisso de desalienação do outro (paciente) com relação a sua condição adoecida. Ou, como fala Foucault (1972), de mostrar para o paciente “as marcas indubitáveis da verdade” (p. 126). O diagnóstico dá legitimidade, confiança e previsibilidade ao profissional, pela funcionalidade operada dentro de um sistema de categorias no qual os *problemas* são encaixados, em referência a um quadro teórico-conceitual específico. Nesse sentido, a participação em tradições específicas de linguagem faz com que paciente e profissional compartilhem do anseio de decifrar a natureza do *problema* e nomeá-lo (GERGEN, 1997), ainda que a partir de repertórios interpretativos distintos.

Como afirma Gergen (1997), acreditar que um conhecimento possa ser objetivo e que descreva “as coisas como elas realmente são”, pode impedir a reflexão sobre suas origens sociais, sobre quais pessoas são beneficiadas com esse conhecimento e quais são marginalizadas, a quem ele ajuda e quando é útil sua aplicação. Inspirados pelas reflexões desse autor, poderíamos nos perguntar: para que/quem o diagnóstico de um *TA* pode ser útil? Longe de buscar respostas passíveis de generalização há um convite para o questionamento sobre quais cenários relacionais o discurso biomédico pode implicar. De que maneira esses cenários podem corresponder a nossos ideais no cuidado em saúde? Quais as possibilidades alternativas?

Um questionamento como esse não é novidade nas conversas reflexivas realizadas por teóricos construcionistas sociais. Gergen, Hoffman e Anderson (1996) empreendem um diálogo sobre a questão: o diagnóstico seria ou não um desastre? Os autores se questionam: Qual o objetivo do diagnóstico? Como trazer o paciente para esse processo sem colocá-lo em uma posição subserviente? Como o diagnóstico pode ser colaborativo? Que outras palavras podem ser utilizadas e com que vantagens? Como fazer com que multi-versões possam coexistir?

Gergen conta que, quando faz essas perguntas aos profissionais de saúde, ouve como resposta uma outra pergunta, que é se seria possível falar em “padrões problemáticos” mesmo quando se está de acordo com os argumentos construcionistas sociais (GERGEN; HOFFMAN; ANDERSON, 1996). O autor entende esse argumento como razoável, uma vez

que participamos de tradições nas quais o “mundo real” efetivamente conta. Todavia, a pergunta que ele se faz é se é mesmo necessário o uso de rótulos diagnósticos. Até porque, como pondera o autor, a partir de um entendimento construcionista social da linguagem, não é possível afirmar que aquilo que um profissional quer dizer com um termo técnico é o mesmo que uma outra pessoa entende pelo termo idêntico. O profissional não observa o comportamento disfuncional; na verdade, o rótulo de disfuncional aparece a partir dos valores que esse profissional carrega e legitima em suas práticas. Dessa forma, o entendimento seria sempre parte de um acordo local. Por esses argumentos, o diagnóstico poderia criar a ilusão de que os profissionais estão falando de “um mesmo fenômeno”, gerando uma atmosfera de segurança e confiabilidade.

Hoffman afirma que, mesmo quando discorda de uma descrição patologizante oferecida por um profissional ou paciente, opta por tentar participar das inteligibilidades presentes buscando reconhecer possibilidades de conversa (GERGEN; HOFFMAN; ANDERSON, 1996). Gergen se posiciona de forma diferente, entendendo que se o diagnóstico é ruim para o paciente não haveria razão para utilizá-lo (GERGEN; HOFFMAN; ANDERSON, 1996). Ao mesmo tempo, o autor pondera que, posicionar-se desse modo, pode ser mais simples para ele, por não estar vinculado à prática profissional de maneira direta. Para Anderson, se existe um processo diagnóstico acontecendo na relação entre profissional e paciente, então algumas perguntas são importantes de serem feitas: Qual o objetivo da busca por um diagnóstico? A quem ele ajuda? Que significado tem para cada pessoa envolvida no processo relacional? Quais as potencialidades e restrições implicadas nesse diagnosticar? (GERGEN; HOFFMAN; ANDERSON, 1996).

Esses questionamentos podem ser úteis para se pensar o campo de tratamento dos *TA*, incluindo a questão de quais vozes são incluídas ou suprimidas no processo relacional profissional-paciente e quais possibilidades se abrem quando ambos se dão conta de que as categorias diagnósticas podem ser consideradas a partir de suas tradições locais de origem e percebem que existem outras tradições de entendimento possíveis. Na criação de um tratamento para a *AN* e *BN*, como já discutido, os jogos de posicionamentos profissional-paciente são atravessados pelos padrões culturais de interação disponibilizados para essas posições sociais, pelos repertórios interpretativos considerados apropriados para esse campo relacional e pelos discursos sociais que dão inteligibilidade para esses relacionamentos. Na interanimação dialógica, o relacionar-se constrói o paciente como alguém e a ação conjunta profissional-paciente indica diferentes possibilidades de construção relacional.

Por essa razão, ainda que as relações profissional-paciente estejam “marcadas por posições sociais e institucionalmente estabelecidas” (PINHEIRO, 2000, p. 187), as negociações com relação a essas posições e sentidos podem acontecer a todo momento. Dessa forma, a possibilidade de mudança na construção de um “eu” participa dessas negociações (GUANAES, 2006). Quando o paciente é questionado pelo profissional sobre qual é o *problema*, ele é convidado a trazer para a conversa histórias que constroem um *problema* e as posições entre alguém que pede ajuda e alguém que a oferece. Essas posições pré-definidas pedem por uma coerência narrativa, que muitas vezes impede o convite à multiplicidade de versões possíveis (PINHEIRO, 2000).

A tradição individualista que atravessa as produções diagnósticas entende os indivíduos como entidades autocontidas separadas umas das outras. No modelo biomédico, a pessoa é concebida como separada do meio (familiar e social) e como influenciada por seu contexto de vida. Para Gergen (2009b), esse modo de construção identitária pode favorecer uma experiência de impotência ou porque não é possível, muitas vezes, mudar esse meio externo que influencia negativamente o indivíduo, ou porque não é possível mudar um mundo interno que estaria funcionando inadequadamente. A própria noção de que caberia ao indivíduo modificar algo para buscar uma melhor relação consigo mesmo e com o mundo é derivada dessa concepção de indivíduo como autocontido, capaz de agir de maneira voluntária e autônoma, garantindo a noção de agência pessoal.

Essa construção de si mesmo convida à comparação entre as pessoas e sua categorização entre melhores e piores, capazes e incapazes, *doentes* e *sãos*. Além disso, como argumenta Gergen (2009b), como não é possível o acesso direto a esse mundo interno alheio, as ações e intenções das pessoas podem ser sempre contestadas, convidando movimentos relacionais de desconfiança. Para esse autor, essa tradição traz uma visão utilitarista dos relacionamentos, sendo o relacionar-se, em muitos momentos, um esforço que iria na contramão dos interesses individuais.

6.1.3 Alternativas construcionistas sociais para as construções de si

Que possibilidades discursivas alternativas poderiam evitar a localização do *problema* em um mundo interno adoecido da pessoa que busca ajuda? Buscamos encontrar na literatura uma oferta discursiva para pensarmos a noção de identidade na construção do tratamento dos TA. Uma alternativa é dada por Gergen (2009b), que sugere que as ações humanas não precisam necessariamente ser explicadas nem por uma razão localizada internamente, nem

por pressão de um externo, mas por uma confluência⁶ coativa, em uma série de relacionamentos mutuamente definidores, dentro dos quais nossa ação se torna inteligível. O conceito do Ser relacional, proposto por esse autor, parte dessa noção e assume que é nos relacionamentos que nos tornamos alguém, que construímos uma identidade. Esse é um conceito utilizado para substituir a noção de um “eu” como uma entidade estática, propondo-se um “ser” que se constitui nas e pelas relações, um ser expresso pelo movimento, algo que se move de um passado para o presente e para um devir. Portanto, a identidade passa a ser vista como dependente de como somos posicionados e nos posicionamos nos relacionamentos.

Transpondo esse conceito para as práticas discursivas no campo de construção do tratamento dos *TA*, pode-se convidar a coexistência de um repertório *de eus* das pessoas diagnosticadas com *AN* ou *BN*, em contraposição a um entendimento único de quem é o paciente, valorizando-se a multiplicidade narrativas. Isso não quer dizer, como alerta esse teórico, a exclusão das histórias de *déficit* produzidas nesse campo relacional, uma vez que qualquer história pode ser considerada fértil considerando-se seu uso nos relacionamentos. Todavia, é importante perceber como as histórias, consideradas como ações situadas, podem “sustentar” ou “destruir” relacionamentos, “aproximar” ou “afastar” pessoas e cristalizar “rituais de relação (GERGEN, 2009b). Essa possibilidade discursiva pode ser uma alternativa oferecida ao sentido do *problema* alimentar como frescura, como condutas que a pessoa assumiria para chamar a atenção de quem está ao seu redor, como um gesto intencional ou como algo *patológico*. As ações das pessoas diagnosticadas com *AN* e *BN* passam a ser entendidas como ações conjuntas profissional-paciente, e a realidade dos relacionamentos é oferecida como alternativa a uma realidade do indivíduo. A coerência identitária pode ser um componente importante nessas relações, mas é também possível a exploração dos “múltiplos potenciais” que carregamos (GERGEN, 2009b). Essa postura não quer dizer, como alerta Gergen (2009b), assumir que nada existe antes do momento da co-criação: “O que quer que exista simplesmente existe. No entanto, no processo da co-ação o que quer que exista toma forma como algo para nós” (p. 37, tradução nossa).

Não estamos argumentando em defesa ou contra a existência dos *TA* nas pessoas que buscam ajuda profissional para seu sofrimento, mas propondo pensar quais são os efeitos engendrados nos processos dialógicos profissional-paciente *quando os sentidos produzidos*

⁶ O conceito de confluência é de difícil definição, uma vez que Gergen (2009b) afirma que sua própria existência dependerá de quem o define. Cada tentativa de definição estará situada dentro de uma tradição de relacionamento. Toda vez que identificarmos algo como uma confluência, estaremos cortando um pedaço de “um todo”. Qualquer que seja o recorte que façamos imporá um limite nas nossas formas de compreensão.

sobre quem são essas pessoas e o que é a *doença* são entendidos em termos de co-ações. Também não estamos argumentando que os *TA* são reais ou que são construídos. E não estamos falando da separação entre uma entidade ontológica chamada *TA* e as ideias socialmente construídas sobre essa entidade clínica. Como aponta Hacking (1999), falar em termos de construção social é cuidar de apontar essas diferenças. O que estamos propondo é que as práticas discursivas sobre *TA* colocam para “funcionar” nossas meta-teorias e discursos particulares e suas afirmações sobre o que existe, como podemos conhecê-lo e produzir conhecimento sobre ele.

Pensar identidade como parte de processos conversacionais convida, como propõe McNamee (1996), ao questionamento de como as formas de falar sustentam interações específicas, como favorece determinadas ações e descrições, e não outras. Operar essas reflexões no espaço conversacional profissional-paciente é convidar novas práticas discursivas para a produção de descrições identitárias no âmbito do tratamento dos *TA*.

6.2 PROXIMIDADE AFETIVA COM O PROFISSIONAL

Um ponto interessante de ser conversado mais demoradamente é sobre o pedido de algumas das entrevistadas de uma maior proximidade afetiva com o profissional que as atendia. O uso do discurso da neutralidade parecia promover, como argumentado nas entrevistas, a impossibilidade de que o profissional se mostrasse afetivamente próximo das pacientes. Algumas colocações podem ser realizadas para discussão de como esse discurso participa das relações profissional-paciente no campo da assistência em *TA*.

Como visto na introdução desse trabalho, um possível efeito da disponibilização dos repertórios interpretativos sobre o relacionamento profissional-paciente na literatura científica sobre *TA* é a generalização que pode ocorrer quando se entende todo e qualquer paciente a partir deles. Nessa generalização, as dificuldades construídas no relacionamento entre profissional e paciente podem ser narradas como decorrentes das características desviantes de personalidade dos pacientes, sem que se abra espaço para a legitimação de outras explicações a respeito das dificuldades, como, por exemplo, explicações que abranjam os processos sociais que podem estar atravessando a decisão do paciente de abandonar o tratamento. Considerando as entrevistas realizadas em nossa investigação, poderíamos perguntar sobre quais seriam os efeitos de perceber a demanda de Natássia pela proximidade com a nutricionista Linda de forma mais relacional e não como uma característica desviante de sua personalidade. Colocar Natássia na posição de inadequada, como ela mesma fez em sua

narrativa, pode evitar o questionamento sobre ao que, ou a quem, a neutralidade na postura profissional serve. Ou ainda, poderíamos nos perguntar de que forma esses repertórios compunham as posturas da equipe em delimitar os espaços a serem ocupados por Natássia, ou em circunscrever as definições sobre em quais condutas e decisões Tália, Ilda e Catarina poderiam tomar parte.

A necessidade de haver uma distância mínima entre profissional e paciente como garantia para um trabalho objetivo do profissional, sendo que essa objetividade seria pré-requisito para a efetividade das intervenções, é defendida, como já abordado, pela tradição em saúde que entende que a separação afetiva entre profissional e paciente evitaria a contaminação dos sentimentos de um pelo outro (McNAMEE; GERGEN, 1999).

Nas entrevistas, as participantes não contaram de uma relação direta entre uma maior objetividade do profissional e melhora apresentadas por elas. Ao contrário, elas colocavam essa proximidade como o ingrediente essencial para uma possível superação do *transtorno*. Ainda que os argumentos a favor de um contato mais íntimo com os profissionais não devam ser vistos fora de seu contexto de produção e da consideração de para quem eram endereçados e quais efeitos buscavam produzir, podemos dialogar sobre de que forma o discurso da neutralidade pode impedir um formato de relacionamento profissional-paciente, que poderia de maneira mais direta atender as necessidades das pacientes. Aqui cabe uma ressalva para que essas necessidades possam ser entendidas também como uma construções sociais. Como vamos abordar posteriormente, a demanda pela “amizade” com uma nutricionista, mencionada por Natássia, ou a satisfação pelo “contato mais íntimo” com o psiquiatra, como apontado por Ilda, podem ser entendidas como decorrentes da eleição do tratamento como *locus* exclusivo das trocas sociais realizadas por essas pacientes. Nesse sentido, a falta de outras redes de apoio social poderiam participar da construção da necessidade de um relacionamento afetivo com o profissional.

Considerando-se a literatura sobre *TA*, as reflexões empreendidas sobre uma maior proximidade entre profissional e paciente são feitas, especialmente, no campo das práticas psicoterapêuticas. Tantillo (2004) aventa a possibilidade de o terapeuta revelar aspectos de sua vida pessoal como forma de favorecer um melhor vínculo com o paciente com *AN* e *BN* e favorecer sua melhora. Rabinor (2004) fala de como ela, como terapeuta, pôde experimentar os efeitos benéficos de um abraço oferecido a uma paciente com *AN* durante um de seus atendimentos. Já no âmbito do trabalho da enfermagem, George (1997) aponta que, para que o relacionamento com o paciente seja terapêutica, o profissional deve ser capaz de “aceitar” verdadeiramente o paciente e tornar seus encontros ambientes de “proximidade”, “empatia”,

“confiança”, “compromisso”, de ausência de “julgamentos” morais e de relacionamento genuíno.

Todos esses elementos foram apontados pelas pacientes nas entrevistas. A confiança foi reivindicada por Estefânia para que os profissionais acreditassem nela e especialmente valorizassem sua melhora dos *sintomas* da *BN*. O compromisso foi pedido por Catarina, para que os profissionais não interrompessem seu atendimento, deixando-a entregue à desesperança e sem solução. A aceitação foi pedida por Talia, que gostaria que seu psiquiatra entendesse a forma peculiar como ela percebia seu próprio corpo. A proximidade foi pedida por Natássia, que gostaria de poder conversar não só de assuntos relacionados ao *TA* com a equipe. A empatia foi solicitada por Ilda, que gostaria que alguém a acolhesse em sua crise de ansiedade. A genuidade foi pedida por Catarina, que duvidava que sua médica falava da *doença* apenas para aliviar sua culpa de saber uma verdade oculta que a responsabilizaria por seu sofrimento. E todas pediam para não serem julgadas a partir de seu diagnóstico de *AN* e *BN*.

Na voz dos profissionais, presentificadas nas narrativas das participantes, uma justificativa dada para a preservação de um maior distância e menor intimidade entre profissional e paciente foi a exigência ética, que imporia para essas relações a necessidade de demarcar limites claros que pudessem garantir que o profissional pudesse ocupar um lugar específico de oferta de ajuda. Como mencionado, ética é aqui entendida como a necessidade de delimitar as posições no interjogo relacional deixando claras as funções do profissional e diferenciando-as das do paciente. Nesse jogo de posicionamentos, o profissional ocupa um lugar de suposto saber e tem um papel social específico e diferenciado, por exemplo, do papel de um amigo. Um amigo pode ter o compromisso de fazer companhia a alguém, de aconselhar, de tranquilizar e oferecer carinho. Um profissional de saúde teria o compromisso com a verdade do que é a *doença* e do que é bom e recomendável para o seu tratamento, sendo que, como visto no estudo de George (1997) e de Rabinor (2004), uma maior proximidade entre ele e o paciente só deveria ser ofertada se esse tipo de envolvimento emocional fosse considerado como terapêutico. Ou seja, o valor de uma relação próxima com o paciente estaria condicionado à capacidade dessa proximidade se comprovar empiricamente como favorável a superação da *patologia*.

Ética, nessa inteligibilidade, é um compromisso do profissional como um representante de um saber científico, sendo que ciência é aqui entendida como o campo da descoberta de verdades universais e, portanto, inquestionáveis. As inteligibilidades pós-modernas, ou da chamada modernidade tardia (SPINK, 2004), por sua vez, propõem uma

noção ética distinta. Quando se entende que não existe uma única verdade aceitável sobre o mundo, mas verdades situadas em contextos de produção locais, os repertórios interpretativos disponibilizados pelo discurso científico moderno passam a ser vistos como algumas possibilidades para a produção de sentidos em saúde. Ainda que o espaço de construção do tratamento dos *TA* possa priorizar esses repertórios, outras versões de mundo convivem com essas tradições.

O sentido de ética, como ética relacional (McNAMEE, GERGEN, 1999) e não individual, é uma das propostas que se abrem para pensar as relações profissional-paciente no âmbito da assistência em *AN* e *BN*. Ética é proposta como uma arena de negociações, na qual a decisão sobre o que vai ser considerado correto e útil parte de um movimento dialógico, ou seja, se constitui na relação, no momento interativo (SPINK, 2000), na abertura para aquilo que paciente e profissional trazem para a arena conversacional.

6.2.1 O lugar do(a) psicólogo(a) no campo da construção da demanda por uma relação próxima com o profissional

Nas entrevistas, as pacientes traçaram a relação existente entre o que seria o protótipo de um bom relacionamento profissional-paciente e o alcance da melhora. Natássia deixou claro que sua adesão ao tratamento só se deu a partir de seu relacionamento positivo com Linda, Talia falou do respeito que percebeu nos profissionais da equipe multidisciplinar durante sua internação, Ilda apontou como o carinho do psiquiatra fez bem a ela e Catarina contou como no grupo de apoio se sentia olhada (reconhecida) e cuidada.

Todavia, especialmente na fala de Natássia foi possível perceber a diferença atribuída entre a reação do(a) psicólogo(a) e dos demais profissionais em resposta ao pedido de proximidade do paciente. Natássia denunciou como a separação entre funções profissionais, dentro da equipe, pode impedir que profissionais não *psi* abram espaço em seus atendimentos para conversas sobre o relacionamento profissional-paciente. No caso dos atendimentos com Linda, Natássia não poderia conversar com a nutricionista sobre seus sentimentos, uma vez que suas vivências emocionais deveriam ser pauta de seus encontros com sua psicoterapeuta, ainda que os sentimentos sobre os quais Natássia gostaria de conversar tivessem relação com o distanciamento entre as duas. Os terapeutas do grupo, Teresa e Guimarães, foram posicionados, por Natássia, como os responsáveis pelo cuidado à dor provocada pelos desencontros com os demais profissionais da equipe.

Ilda, em sua entrevista, posicionou os psicólogos coordenadores do grupo de apoio como os responsáveis pela ponte de comunicação entre pacientes e os demais profissionais da equipe. Ela contou como, muitas vezes, as pacientes falavam de suas dificuldades no relacionamento com esses profissionais no grupo com a esperança de que os coordenadores levassem suas queixas ao conhecimento dos demais profissionais da equipe.

Cientes de que essas falas e demandas nasceram de contextos relacionais complexos, que incluíam a história de relação de Natássia e Ilda no GRATA ao longo dos anos, não pretendemos dar conta de analisar essas situações específicas, mas delinear algumas reflexões sobre o lugar que a categoria profissional do psicólogo pode estar ocupando nesses cenários relacionais. Nas entrevistas, as participantes clamaram por um contato próximo com os médicos e nutricionistas que as atendiam e demonstraram necessidade de falar abertamente com eles de seus sentimentos, mas acabaram sendo direcionadas por esses profissionais aos psicólogos para compartilharem suas angústias e ambivalências em relação ao tratamento. Podemos nos perguntar, então, qual é o entendimento sobre o que vai ser considerado objeto de trabalho do psicólogo. Falar de sentimentos é algo específico de uma relação psicoterapêutica ou todos os profissionais são coresponsáveis por essa conversa?

Aragaki e Spink (2009) investigaram “os lugares da Psicologia na educação médica”, entrevistando professores e coordenadores da disciplina de Psicologia na formação em Medicina. Os entrevistados desse estudo trouxeram diferentes repertórios interpretativos para explicação do que é o “fenômeno psicológico”. Em especial, eles apontaram: “a possibilidade de ambos – médicos/as e pacientes – poderem se expressar e se entender” (p. 96), “a capacidade de reconhecer os aspectos psicológicos do/a paciente, daqueles/as que precisam de atenção especializada” (p. 96) e “as formas de expressão do ser humano, muitas vezes consideradas como ameaçadoras pelos/as médicos/as” (p. 96). Assim, a boa comunicação profissional-paciente seria parte do conhecimento psicológico aprendido durante a formação do(a) médico(a). Ainda que tal formação seja oferecida, os entrevistados acreditavam que os alunos e residentes de medicina têm dificuldade para lidar com “a vivência de aspectos emocionais” decorrentes do contato com o paciente.

Transportada para o cenário assistencial dos *TA*, a fragmentação mencionada por esses professores e coordenadores convida a pensar o tratamento como um somatório de ações complementares entre os profissionais de uma equipe. Como afirma Pessotti (1996), foi Descartes quem ofereceu às ciências naturais a possibilidade de pensar o ser humano a partir da divisão entre mente e corpo, o que teria convidado a uma preferência dos médicos e, atualmente, de outras categorias profissionais em saúde, pelo cuidado exclusivo dos aspectos

“materiais e físicos” das pessoas, colocando o psicólogo como especialista do relacionamento profissional-paciente.

Essa forma de divisão das especialidades profissionais, a partir da tradição científica moderna, entende que, no caso das *patologias* orgânicas, caberia ao psicólogo, uma vez posicionado como especialista das vivências emocionais, cuidar de como o paciente está se sentindo durante o tratamento, acolher suas angústias com relação aos procedimentos realizados e “ao fato” de ser “portador” de uma *doença* específica. Já no caso das *psicopatologias*, considerando-se essa lógica discursiva, os aspectos emocionais seriam seu alvo (abstrato) de intervenção.

Segundo a literatura na área dos *TA* (APA, 2006), as intervenções psicológicas ou psiquiátricas buscariam sanar a origem da problemática, enquanto as intervenções clínicas teriam como objetivo cuidar das consequências físicas dos *sintomas* provocados pela *psicopatologia* de base. Nesse esquema discursivo, as angústias dos pacientes, entendidas como dificuldades pessoais relacionadas a sua *psicopatologia*, podem impedir o profissional de olhar para os pedidos dos pacientes como demandas de modificação na maneira dos atendimentos acontecerem, do ambulatório se estruturar e dos profissionais se colocarem em relação com o paciente. O *TA*, considerado como uma entidade nosológica, pode cristalizar a construção de uma separação dos profissionais da equipe entre aqueles que cuidam dos “fenômenos psicológicos” e aqueles que cuidam dos “fenômenos físicos”.

Coimbra e Leitão (2003) apontam como a “crença nas essências” naturalizou as especialidades científicas e profissionais. Essas autoras defendem a possibilidade de transdisciplinaridade profissional, na qual “todos esses saberes estejam presentes, possam misturar-se e contaminar uns aos outros. Aqui, interessa a apropriação da capacidade de movimentar-se, a possibilidade de sempre transitar, de ignorar cercas, rearrumar e criar outros territórios” (p. 14). Ou como Vasconcelos (2004) coloca, seria “um conjunto de rupturas e novas premissas, e que, portanto, não seja apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos antigos saberes parcializados” (p. 81). Esse autor fala de como é desafiador quebrar as “fronteiras” entre as profissões para a busca de uma “produção do cuidado” mais completa.

Considerando as entrevistas analisadas neste estudo, pensamos que esse processo de romper fronteiras poderia iniciar com uma postura auto-reflexiva do profissional que trabalha com pessoas diagnosticadas com *AN* e *BN* para o questionamento de quais são os parâmetros éticos que informam a sua prática profissional, que formas de vida eles promovem, de que maneira eles correspondem a uma visão específica de ciência e de que modo eles permitem a participação do paciente nas definições de como esse relacionamento pode se dar. Cenários

relacionais como os mencionados por Natássia, em sua narrativa sobre a interdição (“o corte”) da equipe em relação a seu relacionamento com Linda, mostram quão complexas podem ser as negociações em saúde. Complexas por estarem atravessadas por diferentes discursos e versões de mundo, por incluírem diferentes sentidos sobre qual deve ser o papel do profissional e quem é o paciente.

A proposta de uma relação dialógica profissional-paciente pode favorecer que o profissional não psicólogo entenda-se também como responsável pelo zelo da relação entre ele e o paciente, pelos sentimentos despertados nessa relação e pelo cuidado na gestão desses afetos. Como escrevem Camargo-Borges e Mishima (2009), uma relação mais próxima entre profissional e paciente pode favorecer que o profissional “seja mais do que um simples produtor de técnicas a serem aplicadas, que acabam por afastá-lo de uma interação espontânea e envolvida com pessoas com as quais ele é comprometido na relação de ajuda” (p. 32). Outros modelos relacionais podem oferecer o posicionamento do profissional como alguém que possui dúvidas, receios e dificuldades semelhantes aos que afligem os pacientes (GERGEN; KAYE, 1998), como veremos mais adiante.

6.3 DECISÕES EM SAÚDE

O hospital, aqui entendido como cenário participante dos jogos de linguagem empreendidos na confluência profissional-paciente convida, por tradição relacional convida algumas ações a serem tomadas preferencialmente, em detrimento de outras. A maior parte dos serviços de atendimento em *TA* vê o paciente como alvo de orientação e cuidado (RIIKONEN, 1999). Tal caracterização coloca os profissionais como especialistas sobre o que é o *problema* e sua solução, posicionando o paciente como dependente do profissional para a obtenção de sua melhora. É a posição do profissional como “de cima de”, como afirma Spink (2007), como quem tem a palavra final sobre os procedimentos em saúde. Alguns sentidos, tradições e discursos participam do jogo de posicionamento do profissional como especialista incontestado do tratamento.

6.3.1 Construção de hierarquia entre profissional e paciente

Os loucos não são mais aqueles cuja diferença em relação aos outros é percebida de imediato; são diferentes de um para outro, escondendo mal, sob o manto de desatino que os envolve, o segredo de paradoxais espécies (FOUCAULT, 1972, p. 386).

Um discurso que marca a ocupação desses lugares, como já discutido, é a tradição em saúde que coloca o profissional como hierarquicamente superior ao paciente, em virtude do acesso a um conhecimento mais acurado sobre o ser humano. O profissional como “o agente” condutor do tratamento, que dita as normas sobre como a assistência terapêutica deve acontecer, favorece práticas normalizadoras que podem impedir a participação plena do paciente nas decisões sobre o que é saúde e seu restabelecimento (GRANDESSO, 2000).

Ao mesmo tempo em que essa tradição se reproduz nas relações em saúde, a pauta de discussão contemporânea sobre a garantia dos direitos dos pacientes na tomada de decisões em saúde e na busca pela horizontalidade na relação profissional-paciente também oferece repertórios interpretativos disponibilizados para uso cotidiano (SPINK, 2007). Ao considerarem a história da ciência médica, Marcolino e Cohen (2008) apontam para a mudança no lugar do paciente ao longo dos últimos anos, de objeto da ação médica, com o estudo objetivo de sua enfermidade, para sujeito dessa ação, ao se apregoar a necessidade de discussão com o paciente de todas as possibilidades de seu tratamento. O acesso cada vez mais facilitado das pessoas às informações sobre direitos em saúde leva ao reposicionamento do paciente desde uma postura passiva para uma postura questionadora, com a exigência de esclarecimentos sobre os potenciais benefícios e prejuízos das ações em saúde propostas pelos profissionais.

Como visto nas entrevistas analisadas, as participantes traziam esses diferentes repertórios na produção de sentidos sobre o relacionamento com os profissionais, mostrando como esses dois movimentos, de conformismo e passividade frente às decisões da equipe ou de denúncia do que lhes desagradava e formulação de pedidos de mudança, estavam presentes na forma de narrarem esses relacionamentos. A recusa de Talia em continuar suas consultas psiquiátricas, por exemplo, falava de sua recusa em ser posicionada como alguém alienada em relação a qual seria o medicamento que estava sendo prescrito, quais os objetivos dessa prescrição e quais os efeitos desse medicamento em seu corpo. O “escândalo” de Natássia denunciava como o profissional delimitava espaços para seu trânsito exclusivo, impedindo a paciente de entrar, como no caso do simpósio. Catarina mostrava sua indignação em ter de aceitar a avaliação médica sobre sua condição emocional a partir de um histórico de erros médicos anteriores. Ilda reivindicava pelo cumprimento de seu direito de paciente de ser informada das decisões da equipe de forma clara e fazia o pleito político de maior participação do paciente nas condutas a serem adotadas no tratamento. Ao mesmo tempo, Talia, ainda que não estivesse gostando da nova nutricionista que assumiria seu atendimento,

buscava conforto na ideia de que deveria confiar que a equipe não colocaria uma nutricionista ruim para atendê-la. E Catarina e Ilda continuavam frequentando o Serviço e seguindo o tratamento conforme a orientação da equipe.

A possibilidade de ter posicionamentos mais ativos em relação à construção do tratamento convive com a necessidade de receber ajuda para o sofrimento vivido. Como abrir mão do tratamento sendo que esse é o lugar socialmente legitimado como um dos mais indicados para ajudar essas pessoas? Ou, como o paciente pode ocupar um lugar de “falar do meio de” (SPINK, 2007) nas discussões sobre seu tratamento se muitas vezes suas condições financeiras os impedem, por exemplo, de buscarem ajuda em outros serviços disponíveis? Essas realidades relacionais estão atravessadas por discussões mais amplas que incluem reflexões críticas sobre a estruturação das políticas públicas em saúde em nosso país e o modo de funcionamento das instituições hospitalares, além das especificidades que essas questões assumem em um hospital-escola que se pretende como um espaço de ensino e treinamento de profissionais.

Sabendo da impossibilidade de dar conta de uma questão tão ampla, buscamos focar nossa discussão sobre como o entendimento da *AN* e *BN* como *psicopatologias* participa da criação de hierarquias entre profissional e paciente no âmbito do tratamento desses transtornos.

Masson e Sheeshka (2009), em sua pesquisa sobre a perspectiva dos profissionais sobre o que favorece que os pacientes com *TA* completem o tratamento, apontam a confiança do paciente no profissional como um importante fator para a aquisição da melhora. Para os profissionais entrevistados, os pacientes devem confiar que o tratamento é “eficiente” e devem se entregar “cegamente” aos profissionais e ter “fé” neles. A falta dessa confiança cega do paciente na equipe favoreceria atitudes de “resistência às regras do lugar” (p. 118, tradução nossa). Na voz desses profissionais, essa confiança, ou a falta dela, é associada exclusivamente às características individuais dos pacientes, sem vislumbrarem a possibilidade de ver o abandono do tratamento em termos mais relacionais. Nesse cenário, o profissional é o especialista no tratamento.

A descontinuidade do tratamento é um sério problema enfrentado por serviços de atendimento em *TA* em muitos países. Como aponta Mahon (2000), muitos autores explicam a baixa adesão em razão das características das pessoas atendidas, que seriam “desmotivadas”. Essa autora se pergunta se essa explicação daria conta de elucidar a alta porcentagem de abandono registrada atualmente. Ela adiciona à lista de possíveis “influências” para esse abandono as características do profissional, dos atendimentos

oferecidos e da interação profissional-paciente, abrindo a conversa para a consideração de aspectos relacionais que poderiam ajudar a entender o porquê os pacientes deixam o tratamento. A pesquisadora mostra como não é possível deduzir características comuns entre os pacientes desistentes e fala como a desmotivação dos mesmos muitas vezes guarda relação com a diferença entre profissional e paciente sobre o que é considerado efetivo no tratamento.

Bjorki et al. (2009) falam do fenômeno do abandono do tratamento dos *TA* como complexo e multifacetado e que não teria relação “apenas” com a resistência do paciente para receber cuidado. Os autores sugerem que pesquisas futuras possam focar nos aspectos interrelacionais presentes nas razões que motivariam esses abandonos. Eles consideram importante a renegociação constante entre profissional e paciente sobre quais são os objetivos do tratamento e as possibilidades de alcançá-los. Richard (2005b) argumenta como as pesquisas sobre a efetividade do tratamento não oferecem recursos práticos úteis para o trabalho dos profissionais nos diferentes serviços de cuidado em *AN* e *BN*. A possibilidade de pensar o tratamento de forma mais pessoalizada é discutida pelo autor, evitando o que ele chama de “mitos de homogeneidade” entre os pacientes.

Eivors et al. (2003) investigaram as razões alegadas pelos pacientes para justificarem o abandono do tratamento, e apontaram a “falta de controle sobre o programa do tratamento” como principal razão. Nesse caso, segundo os pacientes entrevistados, a postura do profissional de decidir o tratamento e a do paciente de ter de adequar-se a ele, seriam as causas de muitas desistências. Cabe a ressalva de que a proposta de assistência em *TA* é bastante distinta de um país para outro, e mesmo dentro de um mesmo país, assumindo diferenças importantes quanto ao protocolo de atendimento e até entre tratamentos realizados exclusivamente em regime de internação ou no modelo ambulatorial.

Acreditamos que a possibilidade de abrir espaços de diálogo com o paciente pode favorecer com que o profissional escute suas razões para sua ausência no tratamento ou para o desejo de abandoná-lo, como no caso de Estefânia, que sentia que o tratamento a impedia de ser vista como uma profissional competente. Ilda não queria ser subjugada; logo, contrapunha-se a todo comportamento profissional que não validasse sua forma de vivenciar suas dificuldades com relação à alimentação. Ao descrever um paciente como resistente, difícil, cooperativo, grave, devemos nos perguntar de que maneira as atitudes, ações e posicionamentos dos profissionais colaboram na coconstrução dessa resistência, dificuldade, cooperação e gravidade, reconhecendo-as não mais como ações individuais, mas como participantes de ações coordenadas entre pelo menos duas pessoas que se engajam na construção compartilhada de sentidos para o mundo em que vivem.

Uma das razões para a dificuldade dos profissionais pensarem a construção conjunta do tratamento, por exemplo, com pacientes participando das reuniões de equipe, dando seus testemunhos e sugestões e tendo voz ativa nas decisões, pode ter conexão com a impossibilidade de romper com as tradições em saúde, que constroem a rígida hierarquia profissional-paciente.

Atualmente, alguns serviços de atendimento em *TA*, especialmente na Europa, têm se preocupado com essa diferença hierárquica existente entre profissional e paciente e discutem formas de posicionamento do paciente como especialista na condução do tratamento, lado a lado com o profissional (LOCK et al., 2001). A especialidade do paciente é assumida como distinta da do profissional, mas de mesma importância e, aos poucos, esses serviços têm permitido relações mais horizontais entre ambos.

Honig, Dargie e Davies (2006) investigaram o impacto dessa mudança em um serviço de assistência em *AN* e *BN* que convidou pacientes e familiares a participarem do treinamento de futuros profissionais da área e se envolverem na construção do tratamento. Posicionados como especialistas no assunto, ex-pacientes e familiares foram capazes de ajudar os profissionais, assim como outros pacientes e outras famílias em tratamento. O conceito de “paciente especialista” é defendido pelos autores. Os profissionais desse serviço avaliaram que a explicação sobre o que são os *TA* e seu tratamento, quando oferecidas pelos ex-pacientes, são consideradas mais úteis pelos pacientes em tratamento. O *feedback* ofertado pelos pacientes e familiares “especialistas” foi positivo, e eles relataram que se sentiam emponderados, mais confiantes e com maior facilidade de comunicação com os profissionais. Eles disseram que se sentiram ouvidos pelos profissionais e felizes por terem podido ajudar outras pessoas. Os pesquisadores terminaram seu relato de pesquisa com a ressalva de que a inclusão dos pacientes na estruturação dos serviços de *TA* ainda é vista como uma “ameaça” pelos profissionais, e reforçaram o convite para que outras instituições de cuidado em *AN* e *BN* testem essa experiência de pacientes especialistas, especialmente pelo compartilhamento de responsabilidade que ela pode trazer.

Carregar o rótulo do diagnóstico pode implicar, como comentado por Catarina, entender que as possibilidades de dissolução do *problema* não estão na mão da pessoa diagnosticada. Segundo Camargo-Borges, Mishima e McNamee (2008), a discussão sobre ética, no campo da Biomedicina, ofereceu para as práticas discursivas em saúde a pauta de conversas sobre a definição de autonomia, que passaria a ser considerada a

capacidade de autogoverno, compreensão, raciocínio, deliberação, escolha independente e ação voluntária de um indivíduo diante de uma intervenção

em saúde (quando uma pessoa quer uma ação sem estar sob o controle de alguma influência) (p. 10).

Participam da construção da noção de autonomia em saúde o pedido do consentimento do paciente frente às intervenções a serem realizadas, sendo que apenas com sua autorização formal, o profissional poderia dar início ao tratamento. Todavia, ainda que seja considerada um direito em saúde, a partir desse discurso, cabe ao profissional a decisão sobre se um paciente é ou não capaz de exercer sua autonomia: “portanto, o indivíduo, para obter o direito da autonomia nas suas decisões, segundo a Medicina, deveria primeiramente ter a capacidade para exercê-la” (CAMARGO-BORGES; MISHIMA; McNAMEE, 2008, p. 11). Uma das razões para uma pessoa não ser considerada autônoma, e, portanto, capaz de exercer seu direito de concordar ou não com qualquer proposta de tratamento, seria a presença de uma *psicopatologia*. No caso dos *TA*, a grave distorção da imagem corporal, além de outros *sintomas* identificados como indicadores de comprometimento das faculdades mentais, seria razão suficiente para a impossibilidade das pessoas diagnosticadas com *AN* e *BN* de responderem por suas ações em muitos momentos. Caberia ao profissional a responsabilidade de decidir pelo paciente o que é melhor para ele.

Segundo as autoras supracitadas, a partir desse sentido de autonomia, seria justificado que um profissional omitisse intencionalmente alguma informação do paciente, caso tal omissão estivesse a serviço da manutenção de sua saúde. A partir dessa noção, podemos entender a suspeita de Catarina de que sua médica pudesse estar mentindo com relação à sua responsabilidade sobre a *doença*, como forma de evitar que ela tivesse pensamentos autodepreciativos e até intenções suicidas. O sentido de autonomia como a capacidade de fazer escolhas conscientes pode ter participado do entendimento de Catarina de ser culpada por seus vômitos. Entendendo-se como autônoma, ela seria, em tese, livre para continuar ou parar com esse comportamento e, uma vez que continuava vomitando, aceitava-se como culpada por essa escolha. A partir da fala de sua médica, de que a *doença* a impedia de fazer escolhas por si mesma, Catarina deixou de se considerar culpada, mas, ao mesmo tempo, foi posicionada como alguém que não era capaz de exercer sua autonomia a seu favor. Posicionada dessa forma, o profissional passou a ser o responsável pela avaliação das capacidades de decisões de Catarina, daí a decisão final sobre a cirurgia plástica ter sido do médico cirurgião.

Quando a autonomia é significada como uma capacidade individual, os fracassos no tratamento tendem a ser explicados em termos de julgamentos individuais. Considerando a dificuldade de Estefânia em frequentar o tratamento, a equipe poderia se preocupar em

investigar essa dificuldade buscando quais seriam as características pessoais de Estefânia que impediriam sua adesão ao tratamento, como já comentado. Esse movimento pode trazer, como alertam Camargo-Borges, Mishima e McNamee (2008) um “descomprometimento ético social”, pois não há espaço para a equipe se perguntar de que forma ela participa da construção dessa não adesão. Nesse sentido, essas autoras sugerem uma transformação nas perguntas a serem feitas com relação aos desafios profissional-paciente na produção da saúde:

ao invés das perguntas como: Qual é a parte negligente quando um tratamento não é bem sucedido? Ou Quem é o culpado? ou Quem precisa de intervenção? As perguntas passam a ser: O que nessa relação tem dificultado a adesão a um tratamento? ou Como temos contribuído para a manutenção desta situação? ou ainda Como poderíamos fazer diferente? (p. 17).

A decisão sobre a realização da cirurgia plástica de Catarina, a conveniência ou não da participação de Natássia no simpósio de TA, a decisão sobre em quais condutas Ilda deve participar, parecem ficar nas mãos dos profissionais devido ao entendimento de que o paciente estaria emocionalmente fragilizado para tomar parte delas. O profissional, como a pessoa “centrada” da relação, tal como comparece no discurso de Catarina, ao falar dos coordenadores do grupo de apoio, convida a uma forma de vida na qual a hierarquia entre ele e o paciente se mantém.

McNamee (1998) lembra como a literatura psicológica colaborou para a definição do que vai ser considerado um sujeito centrado. Como argumenta a autora, pela tradição moderna em ciência, o “eu” autocontido pode ser avaliado em termos de sua comparação a um modelo de saúde e de *doença*. A *psicopatologia*, como algo que a pessoa possuiria, a posicionaria fora de um “centro”, que seria um local culturalmente privilegiado, o local supostamente ocupado pelo profissional. A autora propõe uma forma alternativa de produção de sentido sobre identidade, sugerindo que pensemos os efeitos de entender as *psicopatologias* como construções culturais e de olhar para a relação profissional-paciente a partir de seus domínios culturais e ideológicos específicos. O convite é para perceber quais sentidos sustentam a ideia de uma *psicopatologia* individual e como o profissional participa dessas construções narrativas. Ao descrever alguém como adoecido ou incapaz de tomar decisões por si mesmo podemos considerar essas qualidades não como intrínsecas ao sujeito ou como características internas a ele, mas como produções conversacionais considerando-se os repertórios interpretativos disponíveis e privilegiados em cada contexto interacional.

Nesse sentido, o conceito de Responsabilidade Relacional (McNAMEE; GERGEN, 1999) pode colaborar para pensarmos essa fragilidade, ou centramento, em termos relacionais e não individuais. Esse conceito traz a noção de que aquilo que a pessoa é ou faz só é uma

realidade porque outras pessoas se engajam na construção, em suas práticas discursivas, da pessoa dessa ou daquela maneira. Esses autores nos convidam a ver o “eu” como povoado por muitos outros, portanto, quando alguém fala, o outro está incluído no que está sendo dito. Por essa inteligibilidade, a fala não pertence ao indivíduo, mas é parte de um contexto relacional de produção. McNamee (2001) oferece algumas perguntas que podem colocar em prática esse conceito: “‘Quem está falando e agindo aqui?’, ‘Quem está ouvindo?’, ‘Que vozes não estão sendo ouvidas?’, ‘Que *selves* internalizados estão sofrendo?’, ‘Por que é que é esta a voz dominante e não outra?’, ‘Como podemos ajudar estes potenciais suprimidos a adquirirem voz?’ (p. 241, tradução nossa).

Nas histórias trazidas por Natássia em sua entrevista, poderíamos perguntar: Qual Natássia estava reivindicando um espaço de participação no Simpósio e um espaço de conversa no tratamento? Qual Natássia estava sendo ouvida pela equipe? A Natássia-*borderline*? Por que a voz da *doença* era dominante nesse contexto? De que forma a voz de uma Natássia competente e capaz de ajudar outras meninas adoecidas pela internet poderia ser ouvida no espaço do tratamento? As ações de Natássia tem, a partir do entendimento proporcionado pelo conceito de responsabilidade relacional, relação com as ações da pessoa com quem ela se mantinha em interação; logo, devem ser consideradas a partir desses cenários relacionais. Ao mesmo tempo, as dificuldades de Ilda em aceitar as intervenções da equipe de profissionais durante suas primeiras internações passariam a ser investigadas considerando-se as ações conjuntas Ilda-equipe, que convidavam ao jogo de posicionamentos entre uma Ilda resistente e uma equipe impositiva.

Como afirma Gergen (2009b), quando se acredita que não existem descrições fundamentais da realidade, descrições como as das *doenças mentais* passam a ser uma das opções de inteligibilidade e produção de sentidos. O autor aposta que o uso da proposta da responsabilidade relacional, entre outros recursos discursivos que focam a relacionalidade, ao invés de individualidade, podem não apenas modificar entendimentos como transformar relacionamentos. Uma vez que o discurso construcionista social entende linguagem como ação, alterar a forma de falar sobre os relacionamentos profissional-paciente pode modificar esses próprios relacionamentos.

6.3.2 Negociando verdades

Como antes abordado, a competição entre diferentes saberes em saúde (os saberes do profissional e os saberes do paciente) só acontece em um paradigma de ciência que defende a

existência de uma única verdade sobre as coisas. Uma verdade última que atestaria sobre a existência ou não da *psicopatologia*, em uma tradição científica comumente nomeada de moderna. O profissional, ao ter que defender a verdade da *doença* para um paciente que não se vê adoecido, acaba por qualificar como falsa qualquer fala que seja diferente da sua (GERGEN, 2009b).

Talia entrou em embate com seus primeiros psiquiatras porque precisou defender tenazmente sua opinião sobre o próprio corpo. A divergência de opiniões entre profissional e paciente sobre estar ou não acima do peso ideal, que Talia mencionou como uma discussão a respeito de o paciente estar magro ou gordo, remete à noção de existência de uma régua única e confiável, que seria capaz de avaliar quem está certo ou errado em seu julgamento. O risco de morte por complicações decorrentes da desnutrição, no caso da AN, parece tornar ainda mais necessária a referência do profissional a essa régua, sendo que o paciente precisaria ser convencido da validade desses parâmetros. O que se ganha e o que se perde com a necessidade de convencer o paciente sobre a realidade de sua autoimagem? Que outras realidades são deixadas de fora nesse processo de convencimento? Ilda discordou de seus médicos com relação à necessidade de implantar o cateter para alimentação. Essa recusa gerou movimentos de oposição dentro da equipe entre aqueles que eram a favor ou contra sua opinião. Catarina se viu impossibilitada de negociar com seus médicos sobre a colocação da prótese de silicone. Indignada, pôde utilizar do espaço da entrevista para falar de seu inconformismo com essa decisão de contra-indicar o procedimento.

Como é possível pensar movimentos alternativos de negociação de sentidos entre profissional e paciente no qual um não tenha que necessariamente estar errado para o outro estar certo? Muitas vezes os padrões de coordenação profissional-paciente se sedimentam e, assim, disponibilizam pouco espaço para tolerar negociações. Todavia, como afirma Gergen (1999), se os conflitos são construídos no diálogo, também podem ser dissolvidos nele. As tradições realistas e racionalistas presentes nas construções de argumentos entre as pessoas promovem movimentos nos quais uns tentam convencer os outros de como estão certos. Nessas conversas há a busca pelas verdades universais e a disputa por quem as detém. Como coloca o autor, para a perspectiva construcionista social, os argumentos podem ser entendidos como histórica e culturalmente situados, como convenções que reconhecemos como mais adequadas dentro de um campo discursivo específico.

Gergen (1999) considera como diálogo transformador aquele que consegue “transformar uma relação entre indivíduos” (p. 31) e que favorece conversas férteis sem que as pessoas tenham que ter um acordo sobre verdades. Para o autor, o diálogo transformador é

favorecido pela possibilidade de “encontrar algo dentro da expressão do outro a que podemos conceder nossa concordância e apoio” (p. 38). Essa atitude seria de “abertura à base ideológica da outra pessoa” (p. 38). Um exercício interessante que pode ser feito pelo profissional que se vê frente a um paciente com ideias tão distintas das suas com relação ao seu *problema*, é a prática da autoreflexividade, que, como apresentado, pode ser entendido como o posicionamento que uma pessoa faz na conversa ao pontuar sobre “sua situacionalidade histórica e geográfica” (GERGEN; GERGEN, 2007, p. 579, tradução nossa). Essa posição inclui contar sobre “o lugar de onde se fala”, de forma que o ouvinte tome suas palavras não como a expressão fidedigna de como as coisas são, mas sim em seu caráter construído e contextual, com aberturas para o questionamento de suas origens discursivas e dos efeitos que exercem nos processos relacionais entre as pessoas.

Qual não seria o efeito se o primeiro psiquiatra que atendeu Talia pudesse ter compartilhado com ela que sua busca por um diagnóstico tinha relação com seu desejo de ajudá-la e que esse procedimento parecia ser – para ele, a partir de sua formação acadêmica – o caminho que considerava o mais legítimo, mas que, ao mesmo tempo, estava interessado em escutar como Talia entendia o que estava acontecendo consigo. Qualquer posicionamento implica a negação de alguma forma de vida e a autoreflexividade pode colaborar no esforço de reconhecermos os limites de nossas posições. Quando o profissional desqualifica aquilo que o paciente traz como valioso, desconsidera uma gama de relacionamentos que o paciente possui e que legitimam esse entendimento (GERGEN; GERGEN, 2007). Ao mesmo tempo, fazendo o mesmo exercício de autoreflexividade, não pretendemos em nosso trabalho defender que o profissional abandone suas convicções, uma vez que também ele se vê legitimado por uma séria de relacionamentos significativos que dão suporte para as construções de mundo que ele defende.

Uma mudança que essa postura implica é que a relação profissional deixa de ser hierárquica para ser uma “parceria colaborativa” (ANDERSON, 2009) entre pessoas com diferentes conhecimentos. Segundo Anderson (2009), em uma parceria colaborativa é importante ouvir atentamente ao paciente e checar com ele sobre a sua própria escuta do que está sendo dito. valorizar a diferença (e não o consenso) entre as descrições do paciente e do profissional, percebendo-as como produtivas; oferecer o tempo necessário para o cliente falar e não interrompê-lo; falar a linguagem do paciente; utilizar as palavras que ele utiliza e respeitar sua visão de mundo; utilizar palavras do dia a dia para descrever o cliente, em vez de jargões profissionais, buscando aproximar-se, sem perder as nuances das diferenças com

descrições generalizantes e impessoais. Essa forma de atuar é definida pela autora como um “falar com” e não um “falar para” o paciente.

Para Anderson e Gehart (2007), o paciente deve ser valorizado como único, não como uma categoria. O profissional deve estar preparado para se adaptar a cada relacionamento com o paciente, em uma responsabilidade compartilhada, que requer não um saber estabelecido previamente, mas um saber junto. Os profissionais que adotam tal postura relatam, segundo as autoras, sentirem-se menos estressados no trabalho, com mais liberdade em sua atuação e com mais esperança com relação ao prognóstico do paciente, permitindo “com que todas as partes acessem sua criatividade e desenvolvam possibilidades onde nenhuma parecia existir antes” (ANDERSON; GEHART, 2007, p. 57, tradução nossa).

Isso não significa dizer que clientes e profissionais criam os sentidos da maneira como bem entenderem. Eles também são relacionalmente responsivos a outras pessoas, como os demais profissionais, comunidade científica, integrantes de suas redes sociais, entre outros (McNAMEE, 2003). Também não é admitir que todas as relações são baseadas em harmonia, ou que o profissional terá que concordar sempre com o paciente, mas é dar espaço para emergir a diversidade de opiniões, pois o consenso pode impedir a riqueza do não saber. Os relacionamentos colaborativos requerem flexibilidade para que ajustes entre as divergências possam ser negociados. Sacrifícios de opiniões, objetivos e preferências são feitos. Dessa forma, é preciso ter a sensibilidade para perceber as tensões inerentes aos processos de cocriação de sentidos (GERGEN; GERGEN, 2007).

Talia contou como, em cada internação a equipe precisou ser sensível para perceber de que forma responderia melhor, ao ser respeitada em suas vontades ou sendo cobrada naquilo que a equipe considerava como importante de ser feito. Para cada momento, uma sensibilidade relacional foi exigida. A decisão da equipe de forçar que ela comesse em si mesma não pode ser entendida como algo bom ou ruim, pois no caso de Talia essa atitude foi significada, *a posteriori*, como um cuidado dos profissionais, como uma preocupação com seu bem-estar. Eles puderam perceber que, naquela situação, a colaboração de Talia no tratamento não era possível, o que não deixou de ser uma postura inclusiva, pela especificidade da vivência da paciente naquele momento. Em sua entrevista, Ilda nos contou que fazer junto com o outro não quer dizer concordar. Quando equipe e paciente enxergam de formas diferentes, o paciente quer confiar que os profissionais tomarão a ação que for necessária para proteger suas vidas. Todavia, esperam que essa ação, tão desejada quanto temida, seja empreendida de forma respeitosa, não menosprezando as angústias que o paciente vivencia.

6.4 HOSPITAL COMO CENÁRIO DOS JOGOS DE POSICIONAMENTO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE

Um outro caminho argumentativo possível de ser percorrido a partir da análise das entrevistas é motivado pelas seguintes perguntas: de que forma o hospital, como cenário das práticas discursivas produtoras e mantenedoras das realidades do *TA* e de seu tratamento, limita o aparecimento de novos sentidos, discursos e descrições de si? De que maneira o GRATA poderia ter espaço para outras descrições de *problema* que não envolvessem a crença na existência de uma *psicopatologia*? Até que ponto as práticas discursivas hegemônicas no contexto hospitalar toleram a coexistência de versões mais relacionais sobre as posições ocupadas pelo paciente e pelo profissional?

6.4.1 Medicalização do cotidiano

Como discutido, a tradição relacional dos profissionais, a necessidade de evidências empíricas, o *status* da ciência moderna e a valorização da Medicina como produtora de conhecimentos legítimos e do hospital como *locus* especializado de tratamento são aspectos que podem ser considerados como participantes da construção da proposta de tratamento para uma entidade *psicopatológica* chamada *TA*. A gravidade desses *transtornos*, como argumentado pela literatura na área, aumentaria a importância de alertar a população sobre essa problemática, encaminhando as pessoas adoecidas para tratamento especializado.

Nas entrevistas analisadas podemos perceber o esforço dos profissionais mencionados pelas participantes em mostrarem para elas a inadequação de seus comportamentos e a necessidade de aceitarem o tratamento, como já comentando no caso da primeira internação de Talia, quando ela ainda não era atendida pelo GRATA, ou na busca de fazer Estefânia não faltar de seus retornos e permanecer no tratamento e no convencimento de que os vômitos de Natássia não eram expressão de um estilo de vida, mas uma *psicopatologia*.

Movimentos críticos contemporâneos no campo da saúde vêm questionando os efeitos dessa priorização dos conhecimentos ditos científicos em saúde. Gergen (1997) é um dos teóricos construcionistas que, como argumentado, chamam a atenção para a substituição da linguagem cotidiana do paciente por uma linguagem científica. Para esse autor, a partir do momento em que o paciente adentra o cenário dos serviços de saúde, outras possibilidades de definição para o sofrimento humano podem ser extintas. A linguagem profissional se torna presente nos processos relacionais do dia a dia e o vocabulário para a definição das *doenças*

mentais aumenta e é incorporado pelo senso comum. Esse movimento de difusão de um certo tipo de conhecimento legitimado como “científico” produz o que ele chama de “ciclo da enfermidade”, que, como discutido, faz com que as pessoas passem a construir seus *problemas* em termos das descrições profissionais e a buscar ajuda dos especialistas, legitimando essa prática na sociedade.

Charmaz e Paterniti (1999) referem-se a esse ciclo como evidência da medicalização do cotidiano, que instituiu como assunto médico a definição das *patologias* e da normalidade. Hoje cabe à Medicina, assim como as demais disciplinas da saúde, a definição do que é uma infância normal, uma adolescência normal e um envelhecimento normal. Segundo esses autores, impressiona a quantidade de pessoas que aceitam a medicalização de suas vidas assumindo o “papel de *doente*”, endossando o tratamento como a única forma de voltar a funcionar de maneira adequada. Para esses teóricos, a medicalização do cotidiano decorre de vários fatores, tais como a valorização dos avanços tecnológicos em ciência; a mudança na forma de avaliar as condutas humanas, não mais vistas a partir da tradição moral; a progressiva importância que foi sendo atribuída à formação universitária das pessoas, com a propagação dos valores preconizados pela ciência; e o papel do movimento higienista na defesa de comportamentos ditos saudáveis e na valorização de formas de vida típicas das pessoas de classe média.

Todavia, a percepção de que o avanço tecnológico nas disciplinas da saúde não resultou em melhor qualidade de vida tem colocado em questão o lugar ocupado por esse conhecimento na definição única do que é saudável e não saudável. A conscientização dos limites da Medicina tem trazido, especialmente, uma maior apreciação da retórica da rejeição, com grupos sociais que se recusam firmemente a serem rotulados a partir das categorias de descrição médica clássicas (CHARMAZ; PATERNITI, 1999).

Foucault (2006) aborda sobre o “poder político” que se inscreve sobre o corpo, que passa a ser “psicologizado, porque foi normalizado (...), a propósito do qual se pode falar, se pode elaborar discursos, se pode tentar fundar ciências” (p. 70). As decisões pela internação dos pacientes diagnosticados com *psicopatologias*, como afirma o autor, passam a ser da alçada dos profissionais. Foucault escreve sobre como o próprio “olhar permanente” do profissional sobre o paciente posiciona-o como emocionalmente *disfuncional* e, em muitos momentos, convida os comportamentos disfuncionais do paciente a aparecerem. Nesse ponto, o autor faz a crítica de como o ambiente hospitalar reforça os comportamentos ditos *patológicos*. O hospital seria um “local ambíguo: de constatação, para uma verdade oculta, e de prova, para uma verdade a ser produzida” (p. 140). Em outro texto, Foucault (1977) afirma

o hospital como um “lugar artificial”, no qual o paciente se encontra tão isolado de suas relações sociais que só lhe resta exercer o papel de *doente* para sustentar a noção de quem ele é.

Gergen (1997) menciona a “erosão comunitária” que se produz ao se retirar a pessoa *doente* de sua comunidade de origem e inseri-la no circuito institucional de cuidado, que inclui os hospitais e outros serviços de saúde, impedindo o acesso aos benefícios que poderiam advir de seus relacionamentos interpessoais significativos extramuros. Podemos identificar esse movimento erosivo na busca insistente de Natássia de ter uma profissional do serviço como sua amiga. Uma reflexão possível nesse caso é se o hospital não estaria servindo como único espaço de suporte social para ela. De que forma os profissionais poderiam favorecer a ampliação das redes sociais de apoio dessas pessoas? Ou ainda, de que modo a organização do tratamento, com seu protocolo de participação em atendimentos e agendamento de retornos, pode dificultar a procura de familiares e amigos como fontes de apoio?

Coimbra (2004) chama a atenção para a maciça insistência contemporânea de que as pessoas cuidem de seu “interior”, conhecendo a si mesmas, percebendo seus desvios e buscando corrigi-los. Essa “visão intimista, extremamente valorizada nesses anos, esvazia a realidade social e o domínio público” (p. 46). Esse “discurso psicologizante” coloca o indivíduo enquanto alvo prioritário de aprimoramento, deixando a problematização das questões sociais e políticas para segundo plano. As “angústias do cotidiano” tornam-se alvo de intervenção dos especialistas, muitas vezes o psicólogo ou psiquiatra, e esses profissionais vão substituir a família ou comunidade de origem no direcionamento do que é o melhor para as pessoas.

Ao abordarmos o tratamento dos *TA*, o convite é para que percebamos como a estruturação do tratamento está conectada ao discurso psiquiátrico. Como escreve Hepworth (1999), as “teorias que reinterpretem a *AN* precisam incluir também os parâmetros sociais e políticos que apoiam as práticas dominantes de trabalho com *AN*, porque elas estruturam a reprodução de práticas e também as modificam” (p. 112, tradução nossa). Essa autora alerta para os perigos de não se perceberem os efeitos das práticas *psi* na simplificação de “práticas sociais e culturais complexas” (p. 112, tradução nossa). Hepworth propõe trazer os discursos críticos da margem para o centro das discussões em saúde quando se fala em *AN*. Nessa perspectiva, conforme entende a autora, esse *transtorno* deixam de ser considerado um *problema* individual e passam para a arena dos debates públicos, que incluem as pessoas

diagnosticadas com *AN* e *BN* como protagonistas das construções do que vai ser entendido como saúde.

Ao propormos uma reflexão crítica acerca de como a proposta de tratamento para *TA* pode perpetuar o movimento de medicalização da vida, não temos a intenção de afirmar que o tratamento não deveria existir. As diferentes formas de vida devem ser entendidas a partir de sua funcionalidade nas relações e, para muitas pessoas, frequentar o tratamento é algo de muito valor. Entendemos que não é possível ocupar um lugar privilegiado de avaliação das práticas cotidianas de cuidado do *sufrimento humano*, lugar do qual poderíamos dizer qual seria a melhor forma de as pessoas funcionarem socialmente. Ao mesmo tempo, uma postura construcionista social parece-nos requerer uma investigação tanto dos efeitos da produção de sentidos em saúde sobre as formas de inclusão e exclusão social, quanto do como algumas práticas discursivas nesse campo de produção podem impedir a pluralidade performática de realidades.

No presente estudo, estamos propondo a possibilidade de profissional e paciente coconstruírem o tratamento como uma forma de transformação das práticas em atendimento em *TA*, para que elas possam responder aos ideais que defendemos em saúde. Como escrevem Dimenstein e Macedo (2005), a produção do conhecimento em saúde deve ser vista como uma possibilidade de ação política, que busca na exploração de outra epistemologia científica aberturas para práticas em saúde que estejam em consonância com a filosofia do Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui o respeito aos direitos humanos, a um atendimento integral, humanizado e sensível às questões de exclusão social. A epistemologia construcionista social é oferecida como uma alternativa na busca por essas aberturas. Dessa forma, exploraremos a seguir alguns modos de ação que reposicionam profissional e paciente na construção do cuidado em saúde, acreditando que elas possam ser um convite para um passo além no caminho que leva ao alcance de um construcionismo “revolucionário”. Este, como afirma Hacking (1999), seria capaz não apenas de problematizar o *status quo*, argumentando sobre seu caráter construído, mas de “mudar o mundo” com relação à manutenção desse *status quo*.

6.4.2 Tratamento como coconstrução

Como afirma Gergen (2009b), assim como a definição de sofrimento decorre de uma coordenação local de ações entre pessoas, a definição de um tratamento também acontece nos processos colaborativos. Portanto, diferentes formas de construção de um tratamento da *AN* e

BN podem ser exploradas. Propomos aqui algumas reflexões sobre como a construção do relacionamento profissional-paciente pode acontecer de uma maneira dialógica e colaborativa.

Medicina está aqui sendo entendida, conforme sugerem Aragaki e Spink (2009), como uma “coconstrução feita pelos diferentes atores sociais que dela participam” (p. 91). Os processos saúde/*doença* estão sendo entendidos, como escrevem Camargo-Borges e Japur (2005), como “uma rede de relações em que se constroem necessidades por meio de um processo dinâmico e dialógico entre as pessoas envolvidas” (p. 517). E como afirma Gergen (2009b), valorizamos a contínua transformação dos sentidos do que pode ser considerado “cura”.

Propomos pensar como seriam os relacionamentos profissional-paciente no campo dos atendimentos às pessoas diagnosticadas com *AN* e *BN* se os encontros profissional e paciente fossem considerados como uma polifonia de subjetividades, como propõe Seikkula e Arnkil (2006). Esses autores sugerem que os profissionais possam ocupar um lugar de constante incerteza com relação às suas verdades, abrindo mão de um lugar de controle do tratamento. Eles construíram um modelo de atendimento a pacientes considerados em surto psicótico, que reúne profissionais, familiares, amigos do paciente e o próprio paciente para que, juntos, possam construir seu entendimento sobre o que é um plano terapêutico ideal. Esse grupo reunido convida a estruturação de uma rede social de apoio que se estende para fora do muro das instituições de atenção em saúde mental e que disponibiliza cuidados ao paciente que, necessariamente, não virão dos profissionais. Os autores consideram que esses encontros constituem ricos momentos dialógicos, nos quais todos podem pensar juntos, colocar as diferentes vozes e buscar entendimentos. Eles entendem que, ao convidarem todas essas pessoas, legitimando-as como igualmente importantes na construção do tratamento, favorece-se a coresponsabilização pelo bem-estar do paciente, o que inclui o próprio paciente como protagonista dessa busca.

Diferentemente do que acontece em situações nas quais o paciente é considerado como estando “fora de si”, os profissionais que trabalham com Seikkula e Arnkil são incentivados a ouvirem o paciente considerado em surto psicótico. A voz “da loucura” ou “da psicose” é considerada como uma voz tão importante de ser escutada como a do psiquiatra. No caso do atendimento a pacientes com *AN* e *BN* equivaleria a validar a voz “da distorção da imagem corporal” como uma forma diferente, e não errada, do paciente olhar para si mesmo. Nesse modelo de atendimento, o que vai ser definido como importante não é determinado por parâmetros externos, como os resultados de pesquisas empíricas disponibilizadas pela literatura científica. A produção científica pode fazer parte do diálogo, uma vez que os

profissionais podem considerá-las valiosas, mas elas não são consideradas como mais ou menos acuradas do que as descrições trazidas pelo paciente, por sua família ou membros de sua comunidade de origem.

Nesses “Diálogos Abertos”, como é batizada essa abordagem de atenção à saúde mental, as fronteiras profissional-paciente ficam borradas e não há distinção entre especialistas e leigos. Os profissionais não perdem seus papéis sociais, seu conhecimento especializado não se extingue, mas o tratamento não se baseia apenas nele. O conhecimento especializado é utilizado em resposta a algo contextual, essa é a diferença. Os participantes desses diálogos abertos podem negociar sobre a necessidade de diagnosticar o *problema*, fazendo uso das teorias científicas, ou podem apenas concordar em falar em termos de situações preocupantes: “o problema só se dissolve se todos que o definiram como problema não mais comunicam-o de tal forma” (SEIKKULA, ARNKIL, 2006, p. 55, tradução nossa).

Profissionais e pacientes devem confiar em um tratamento que é planejado de modo compartilhado. Propostas dialógicas como essa, entre outras, acreditam que, quando o paciente é posicionado como ativo na construção do tratamento, ele se apropria do que acontece com ele e se mostra envolvido nesse trabalho conjunto (CAMARGO-BORGES; MISHIMA, 2009; GRANDESSO, 2000). Anderson (2009) considera importante o posicionamento do paciente como especialista da sua própria vida, com o profissional podendo atuar como um aprendiz questionador. Assim, paciente e profissional são parceiros conversacionais e decidem juntos os limites da relação e os objetivos do tratamento. No diálogo, acredita essa autora, as possibilidades surgem e novas histórias sobre *si mesmo*, sobre *problemas* e sobre o *futuro* podem ser tecidas. O profissional exerce um papel ativo nas conversas que mantém com o paciente e traz para o diálogo seus conhecimentos e teorias. Todavia, não é diretivo no sentido de sua técnica preceder as decisões sobre como o atendimento deve acontecer, definindo o desfecho do tratamento.

Anderson (2009) define como “conversas dialógicas” aquelas nas quais novos sentidos são criados, em oposição às “conversas monológicas”, que não geram a novidade. Nas conversas dialógicas as pessoas buscam escutar umas às outras de forma responsiva e não defensiva. Essa postura implica posicionar o paciente como coconstrutor dos sentidos e entendimentos sobre como deverá ser a relação entre ambos. A autora fala da possibilidade do profissional de “ser público”, ou seja, compartilhar seus pensamentos, sentimentos e dúvidas com o paciente. A exposição do profissional promoveria a abertura para a resposta do cliente sobre aquilo que foi compartilhado. Essa postura contrasta com a visão que temos tradicionalmente do que é ser profissional. Muitas vezes o compartilhamento de informações

com o paciente é sentido como uma desautorização do poder de decisão profissional, todavia, a partir de uma inteligibilidade que entende o relacionamento profissional-paciente como uma coconstrução, a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso desse relacionamento é compartilhada.

Como afirma Anderson (2009), muitas vezes o próprio paciente mostra-se desconfiado frente a um profissional que abre espaço em seu atendimento para a construção conjunta do tratamento. Porém, como argumenta a autora, a forma como o cliente é respeitado na relação faz com que ele aceite o convite para um relacionamento colaborativo. O modo como a proposta é formulada pelo profissional influencia a forma como o cliente responde a ela.

Fernández, Cortês e Tarragona (2007), profissionais que trabalham na assistência em TA no México baseiam-se no modelo colaborativo proposto por Anderson (2009) em seu trabalho com pessoas diagnosticadas com AN e BN. Essas profissionais consideram que o cuidado oferecido deve se fazer no processo relacional profissional-paciente, sendo que o plano de atendimento não deve ser rigidamente estabelecido *a priori*, mantendo-se sensível às vicissitudes do caminho a ser percorrido junto com cada paciente. Essa flexibilidade soma-se a uma postura de incerteza (ANDERSON, 2009), que equivale a acompanhar o cliente em seu desenvolvimento, sem agarrar-se a uma certeza de para onde o atendimento deve seguir, o que levaria o profissional a direcioná-lo para que pudesse alcançar esse desfecho.

Essa equipe buscou posicionar os pacientes como especialistas sobre suas próprias vidas, ainda que tal empreitada tenha sido desafiadora, uma vez que, como relatam as autoras, muitas vezes o paciente tinha uma ideia sobre sua própria saúde que contrastava radicalmente com os valores dos profissionais envolvidos. A questão da precariedade do estado clínico do paciente, como no caso da AN, trazia para a discussão da equipe a urgência da consideração da possibilidade de morte da pessoa atendida. Ainda assim, a equipe tomou a decisão de não impor os assuntos sobre peso, estado físico ou perigo de morte durante as conversas. Isso não quer dizer que os profissionais não podiam compartilhar suas preocupações com os clientes, mas que isso acontecia em um contexto dialógico. Os pacientes atendidos por essas profissionais afirmaram que a possibilidade de serem ouvidos foi a melhor qualidade das conversas. Além disso, eles contaram que o ambiente de conversa era agradável, as conversas eram “normais” como em outros relacionamentos, referindo-se ao fato de não sentirem a hierarquia profissional-cliente, e de se sentirem próximos das pessoas que estavam cuidando deles. Eles relataram que se a equipe tivesse imposto o que eles tinham que fazer, eles simplesmente não teriam feito.

As propostas do diálogo aberto e da parceria colaborativa são aqui oferecidas como possibilidades para construção de relacionamentos profissional-paciente nos quais a voz do paciente, seus próprios termos e suas definições sobre o que acontece consigo (GERGEN; HOFFMANN; ANDERSON, 1996), são considerados tão válidos como os sentidos produzidos na literatura científica. Tal validação oferece ao paciente diagnosticado com *TA* um lugar diferente no tratamento (RIIKONEN, 1999), entendendo que a conquista do bem-estar é produto da ação conjunta, e que os conceitos do que é a melhora devem ser definidos na interação, no diálogo.

6.5 CONCLUSÃO TEMPORÁRIA DA CONVERSA

Acreditamos que esta tese pôde oferecer algumas contribuições acerca das práticas discursivas dos pacientes atendidos pelo GRATA sobre suas relações com os profissionais deste e de outros serviços de assistência em *TA*. Ao focarmos os discursos utilizados pelas pacientes entrevistadas nessa produção de sentidos, pudemos abordar as implicações do uso do discurso biomédico, que qualifica *AN* e *BN* como entidades *psicopatológicas*, para as construções de si disponibilizadas aos pacientes. Nesse sentido, dialogamos com a literatura construcionista social, que problematiza o uso de diagnósticos, e oferecemos algumas alternativas para pensar identidade como movimento e fluidez e não como estabilidade. Além disso, buscamos compreender a inteligibilidade que dá sustentação ao uso que o profissional faz desse discurso no esforço de promoção de saúde aos pacientes. Outro ponto mencionado foi a forma como o entendimento da pessoa atendida, a partir do diagnóstico de uma *psicopatologia*, constrói algumas possibilidades e limites no posicionamento do paciente como coconstrutor do tratamento. Alguns questionamentos levantados foram: para quem o diagnóstico pode ser útil? Quando ele pode ser útil?

A partir da análise das práticas discursivas das pacientes pudemos, ainda, destacar os possíveis efeitos dos repertórios interpretativos, disponibilizados pela literatura da área, para entender as pessoas diagnosticadas com *AN* e *BN* e suas relações com os profissionais que as atendem, na construção das dificuldades em suas relações com esses profissionais. O leitor foi convidado a pensar a resistência ao tratamento e a dificuldade de adesão não como decorrentes de características individuais dos pacientes, mas como parte de cenários relacionais mais amplos que incluem a coordenação de ações profissional-paciente.

Foi ressaltado o pedido das pacientes para um modo de se relacionar com os profissionais no qual o profissional pudesse ofertar: paciência, compreensão, naturalidade,

confiança, amizade, preocupação, apego, abertura, dedicação e carinho. A análise desses pedidos foi feita considerando-se: o contexto de sua produção nas entrevistas; as tradições em saúde que falam da necessidade de uma distância afetiva ideal entre profissional e paciente; o discurso da neutralidade, que defende que a expressão dos sentimentos do profissional pelo paciente podem atrapalhar seu trabalho; os sentidos de ética que se implicam nessas diferentes maneiras de se entender o relacionamento entre profissional e paciente; e as implicações do tratamento como um dos únicos espaços de recebimento de apoio social dessas pessoas. Considerando-se a demanda das pacientes por espaços de conversa com os profissionais sobre o próprio relacionamento entre ambos, apresentamos de que forma o profissional psicólogo pode ser convidado a responder a essa demanda e as implicações de pensar toda a equipe como corresponsável pela conversa sobre a qualidade de seus relacionamentos com os pacientes.

A oportunidade de paciente e profissional negociarem verdades e não disputarem certezas foi abordada e alguns recursos construcionistas sociais foram ofertados para uma proposta de assistência em saúde que coloque ambos como parceiros colaborativos e especialistas na construção do que vai ser considerado como cuidado.

Quando as práticas discursivas são entendidas como construtoras de realidades, o profissional tem a responsabilidade de pensar quais os efeitos das formas com as quais conversa com o paciente. Suas competências técnicas passam a ser vistas como recursos conversacionais que podem ser considerados úteis ou não dependendo de sua sensibilidade relacional para pensar cada momento de diálogo com o paciente. Essa proposta é avessa à criação de modelos rígidos sobre como deve ser o tratamento em TA e acredita que a criação conjunta – profissional-paciente – dos protocolos de atendimento pode aumentar as chances do tratamento ser considerado satisfatório por ambos.

Entendemos que a conversa aqui iniciada não se esgota, apenas se conclui temporariamente, sendo que conversas futuras vão trazer novos sentidos para tornar ainda mais profícuo o diálogo.

7. REFERÊNCIAS⁷

AGRAS, W. S.; BRANDT, H. A.; BULIK, C. M.; DOLAN-SEWELL, R.; FAIRBURN, C. G.; HALMI, K. A.; HERZOG, D. B.; JIMERSON, D. C.; KAPLAN, A. S.; KAYE, W. H.; Le GRANGE, D.; LOCK, J.; MITCHELL, J. E.; RUDORFER, M. V.; STREET, L. L.; STRIEGEL-MOORE, R.; VITOUSEK, K. M.; WALSH, T.; WILFLEY, D. E. Report of the National Institutes of health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, Hoboken, v. 35, n. 4, 509–521, 2004.

AL-SUBAIE, A. S. Some correlates of dieting behavior in Saudi Schoolgirls. **International Journal of Eating Disorders**, Hoboken, v. 28, n. 2, p. 242-46, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3rd ed. Washington, DC: APA, 1980.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, DC: APA, 2000.

_____. **Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders**. Arlington, 2006. Disponível em: <<http://www.psych.org>>. Acesso em: 16 ago. 2006.

ANDERSON, H. **Conversação, linguagem e possibilidades: um enfoque pós-moderno da terapia**. São Paulo: Roca, 2009. 254 p.

_____.; GEHART, D. **Collaborative therapy: relationships and conversations that make a difference**. New York: Routledge, 2007. 336 p.

APPLETON, K. M.; MCGOWAN, L. The relationship between restrained eating and poor psychological health is moderated by pleasure normally associated with eating. **Eating Behaviors**, New York, v. 7, n. 4, p. 342–347, 2006.

ARAGAKI, S. S.; SPINK, M. J. P. O lugar da Psicologia na educação médica. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 85-98, 2009.

⁷ De acordo com ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520: informação e documentação: citações em documentos: apresentação**. Rio de Janeiro, 2002.

BAERVELDT, C.; VOESTERMANS, P. The body as a selfing device: the case of anorexia nervosa. In: STAM, H. J. (Ed.). **The body and psychology**. London: Sage Publications, 1998, p. 161-81.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. 2. ed. Tradução Maria Ermantina Galvão G. Pereira São Paulo: Martins Fontes, 1997. 421 p.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 574 p.

BECKER, A. E. New global perspectives on eating disorders. **Cultural Medical Psychiatry**, Dordrecht, v. 28, n. 4, p. 433-37, 2004.

BELL, M. Re/Forming the anorexic “prisoner”: inpatient medical treatment as the return to Panoptic femininity. **Cultural studies: critical methodologies**, Oxfordshire, v. 6, n. 2, p. 282-307, 2006.

BIGUETTI, F.; SANTOS, J. E.; RIBEIRO, R. P. P. Grupo de orientação clínico-nutricional a familiares de portadores de transtornos alimentares: uma experiência “GRATA”. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 410-414, 2006.

BIRMINGHAM, C. L.; BEUMONT, P. J. V. (Ed.). **Medical management of eating disorders**. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. 314 p.

BJORKI, T.; BJORCK, C.; CLINTON, D.; SOHLBERG, S.; NORRING, C. What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis, v. 17, n. 2, p. 109-119, 2009.

BORDO, S. ‘Anorexia nervosa and the crystallization of culture’. In: DIAMOND, I.; QUINBY, L. **Feminism and Foucault: reflection on resistance**. Boston: Northeastern University Press, 1988.

BOWLBY J. **Apego e perda: separação, angústia e raiva**. 4. ed. Tradução Leonidas Hegenberg. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 452 p.

BRUCH, H. **Golden Cage: the enigma of Anorexia Nervosa**. Cambridge: Harvard University Press, 1978. 176 p.

- BRUSSET, B. Conclusões terapêuticas. In: BRUSSET, B; COUVREUR, C.; FINE, A. (Org.). **A bulimia**. Tradução de Monica Seincman. São Paulo: Escuta, 2003, cap. 7, p. 173-184.
- BULIK, C. M.; SULLIVAN, P. F.; FEAR, J.; PICKERING, A. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. **Journal of Nervous Mental Disorders**, New York, v. 185, n. 11, p. 704-07, 1997.
- BURNS, M. Eating like an ox: femininity and dualistic constructions of bulimia and anorexia. **Feminism & Psychology**, London, v. 14, n. 2, p. 269-295, 2004.
- BURR, V. **Social constructionism**. 2nd ed. New York: Routledge, 2003. 229 p.
- BUSSE, S. R.; SILVA, B. L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri: Manole, 2004. cap. 3, p. 31-99.
- BUTTON, E. J.; WARREN, R. L. Living with anorexia nervosa: the experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis, v. 9, n. 2, p. 74-96, 2001.
- CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 507-19, 2005.
- _____.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 64-71, 2008.
- _____.; MISHIMA, S. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p. 29-41, 2009.
- _____.; MISHIMA, S.; McNAMEE, S. Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. **Gerais: revista interinstitucional de Psicologia**, São João Del Rei, v. 1, n. 1, p. 8-19, 2008.
- CHARMAZ, K.; PATERNITI, D. A. **Health, illness and healing: society, social context and self**. California: Roxbury Publishing Company, 1999. 600 p.

CHERNIN, K. **The hungry self**: daughters and mothers, eating and identity. London: Virago Press, 1986.

COIMBRA, C. M. B. Práticas “Psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 0, p. 48-54, 2004.

_____.; LEITÃO, M. B. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 6-17, 2003.

COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D. **Investigação apreciativa**: uma abordagem positiva para a gestão de mudanças. Tradução de Nilza Freire. Rio de Janeiro: Qualitymark. 2005. 82 p.

COUVREUR, C. Fontes históricas e perspectivas contemporâneas. In: BRUSSET, B; COUVREUR, C.; FINE, A. (orgs.) **A bulimia**. Tradução de Monica Seincman. São Paulo: Escuta, 2003. cap. 2, p. 15-58.

CRISP, A. Treatment of anorexia nervosa: is 'where' or 'how' the main issue? **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis, v. 10, n. 4, p. 233-40, 2002.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. cap. 8, p. 207-234.

DURAN, T.; CASHION, L. B.; GERBER, T. A.; MENDEZ-YBANEZ, G. J. Social constructionism and eating disorders: Relinquishing labels and embracing personal stories. **Journal of Systemic Therapies**, Ontario, v. 19, n. 2, p. 23-42, 2000.

EIVORS, A.; BUTTON, E.; WARNER, S.; TURNER, K. Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis, v. 11, n. 2, p. 90-107, 2003.

FAIRBURN, C.; HARRISON, P. Eating Disorders. **The Lancet**, New York, v. 361, n. 9355, p. 407-16, 2003.

FEATHERSTONE, M.; HEPWORTH, M.; TURNER, B. **The body**: social processes and cultural theory. London: Sage, 1991.

FERNÁNDEZ, E.; CORTÊS, A.; TARRAGONA, M. You make the path as you walk. In: ANDERSON, H.; GEHART, D. **Collaborative therapy**: relationships and conversations that make a difference. New York: Routledge, 2007. cap. 9, p. 129-148.

FORD, K. A. Bulimia in an Egyptian student: a case study. **International Journal of Eating Disorders**, Hoboken, v. 11, n. 4, p. 407-11, 1992.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade média**. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972. 528 p.

_____. **O Nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977. 241 p.

_____. **Doença mental e Psicologia**. 6. ed. Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000. 104 p. (Original publicado em 1975).

_____. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). 1. ed. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GEHART, D.; TARRAGONA, M.; BAVA, S. A collaborative approach to research and inquiry. In: ANDERSON, H.; GEHART, D. **Collaborative therapy**: relationships and conversations that make a difference. New York: Routledge, 2007. cap. 22, p. 367-390.

GEORGE L. The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 26, n. 5, p. 899-908, 1997.

GERGEN, K. J. The social constructionism movement in modern psychology. **American Psychologist**, Washington, v. 40, n. 3, p. 266-275, 1985.

_____. **Realities and relationships**: soundings in social construction. 2nd ed. Cambridge: Harvard University Press, 1997. 356 p.

_____. Constructionist dialogues and the vicissitudes of the political. In: VELODY, I. (Ed.). **The politics of social construction**. London: Sage publications, 1998. p. 33-48.

_____. **An invitation to social constructionism**. 2nd ed. London: Sage Publications, 2009a. 200p.

_____. **Relational being: beyond self and community**. New York: Oxford University Press, 2009b. 448 p.

_____.; GERGEN, M. **Social construction: a reader**. London: Sage publications, 2003. 262 p.

_____.; GERGEN, M. Qualitative inquiry: tensions and transformations. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. **The landscape of qualitative research: theories and issues**. 2007. cap. 13, p. 575-610.

_____.; KAYE, J. Além da narrativa na negociação do sentido terapêutico. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. **A terapia como construção social**. Tradução Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. cap. 11, p. 201-22.

_____.; McNAMEE, S. From disordering discourse to transformative dialogue. In: NEIMEYER, R. A.; RASKIN, J. D. (Ed.). **Constructions of disorder: meaning-making frameworks for psychotherapy**. Washington: American Psychological Association, 2000. p. 333-349.

_____.; HOFFMAN, L.; ANDERSON, H. Is diagnosis a disaster?: a constructionist dialogue. In: KASLOW, F. W. (Ed.). **Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns**. New York: John Wiley and Sons, 1996. p. 3-18.

GILES, D. Constructing identities in cyberspace: the case of eating disorders. **British Journal of Social Psychology**, Letchworth Herts, v. 45, n. 3, p. 463-477, 2006.

GOLDEN, N. H.; KATZMAN, D. K.; KREIPE, R. E.; STEVENS, S. L.; SAWYER, S. M.; REES, J.; NICHOLLS, D.; ROME, E. S. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. **Journal Adolescence Health**, Deerfield, v. 33, n. 6, p. 496-503, 2003.

GOWERS, S.; BRYANT-WAUGH, R. Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, Elmsford, v. 45, n. 1, p. 63-83, 2004.

GRANDESSO, M. **Reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 422 p.

GUANAES, C. **A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social**. 1. ed. São Paulo: Editora Vetor, 2006. 287 p.

_____.; JAPUR, M. Construcionismo social e metapsicologia: um diálogo sobre o conceito de *self*. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 135-143, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v19n2/a05v19n2.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2011.

_____.; JAPUR, M. Sentidos de doença mental em um grupo terapêutico e suas implicações. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 227-235, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n2/a13v21n2.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2011.

_____.; JAPUR, M. Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 13, n. 2, p. 117-124, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2008000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 fev. 2011.

GULL, W. W. Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). **Transactions of the clinical society**, London, v. 7, 1874, p. 22-27.

HACKING, I. **The social construction of what?** Cambridge: Harvard University Press, 1999. 261 p.

HALVORSEN, I.; ANDERSEN, A.; HEYERDAHL, S. Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment. **European Child & Adolescent Psychiatry**, Darmstadt, v. 13, n. 6, p. 409-10, 2004.

HARRÉ, R.; Van LANGENHOVE, L. (Ed.). **Positioning Theory**. Oxford: Blackwell publishers, 1999. 199 p.

HEPWORTH, J. **The social construction of anorexia nervosa**. London: SAGE Publications, 1999. 136 p.

HOFFMAN, L. Uma postura reflexiva para a terapia de família. In: McNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Ed.). **A terapia como construção social**. Tradução Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. cap. 1, p. 13-33.

HOLSTEIN, J. A.; GIBRIUM, J. F. (Ed.). **Handbook of constructionist research**. New York: The Guilford Press, 2008. 832 p.

HONIG, P.; DARGIE, L.; DAVIES, S. The impact on patients and parents of their involvement in the training of healthcare professionals. **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis, v. 14, p. 263-268, 2006.

HOSKING, D. M.; McNAMEE, S. **Transforming inquiry**: research as relational practice, 2011. (Book manuscript in preparation).

JEAMMET, P. Desregulações narcísicas e objetivos na bulimia. In: BRUSSET, B; COUVREUR, C.; FINE, A. (Org.). **A bulimia**. Tradução de Monica Seincman. São Paulo: Escuta, 2003, cap. 5, p. 103-136.

KING, S.; TURNER, S. Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurse's perspective. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 32, n. 1, p. 139-47, 2000.

KRUSKY, M. Women and thinness: the watch on the eve of the feast: therapy with families experiencing troubled eating. **Journal of Systemic Therapies**, Ontario, v. 21, n.1, p. 58-76, 2002.

LOCK, J.; LE GRANGE, D.; AGRAS, W. S.; DARE, C. **Treatment manual for anorexia nervosa**. London: The Guilford Press, 2001. 270 p.

MACLEOD, S. **The art of starvation**. London: Virago, 1981.

MAHON, J. Dropping out from psychological treatment for eating disorders: what are the issues? **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis, v. 8, n. 3, p. 198-216, 2000.

MALSON, H. **The thin woman**: feminism, post-structuralism, and the social psychology of anorexia nervosa. London: Routledge, 1998, 256 p.

_____. Women under erasure: anorexic bodies in postmodern context. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, Chichester, v. 9, p. 137-153, 1999.

_____. USSHER, J. M. Body poly-texts: discourses of the anorexic body. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, Chichester, v. 6, n. 4, p. 267-280, 1996.

_____.; FINN, D. M.; TREASURE, J.; CLARKE, S.; ANDERSON, G. Constructing 'the eating disordered patient': a discourse analysis of accounts of treatment experiences. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, Chichester, v. 14, n. 6, p. 473-489, 2004.

- MARCOLINO, J. A. F.; COHEN, C. Sobre a correlação entre a bioética e a Psicologia Médica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 363-368, 2008.
- MASSON, P. C.; SHEESHKA, J. D. Clinicians' perspectives on the premature termination of treatment in patients with eating disorders. **Eating disorders**, London, v. 17, n. 2, p. 109-125, 2009.
- MATZ, J.; FRANKEL, E. Attitudes toward disordered eating and weight: important considerations for therapists and health professionals. **Journal of Health at Every Size**, Carlsbad, v. 19, n. 1, p. 19-30, 2005.
- McNAMEE, S. Therapy and identity construction in a postmodern world. In: GRODIN, D.; LINDLOF, T. R. **Constructing the self in a mediated world**. London: Sage Publications, 1996. p. 141-155.
- _____. A reconstrução da identidade: a construção comum da crise. McNAMEE, S.; GERGEN, K. J. **A terapia como construção social**. Tradução Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. cap. 12, p. 223-38.
- _____. Reconstruindo a terapia num mundo pós-moderno: recursos relacionais. In: GONÇALVES, M. M.; GONÇALVES, O. F. **Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança**. Coimbra: Quarteto editora, 2001. cap. 8, p. 235-264.
- _____. Who is the therapist: a social constructionist exploration of the therapeutic relationship. **Psychotherapy Section Newsletter**, Decatur, v. 34, p. 29-39, 2003.
- _____. Promiscuity in the practice of family therapy. **Journal of Family Therapy**, Oxford, v. 26, n. 3, p. 224-244, 2004a.
- _____. Social construction as practical theory: lessons for practice and reflection in psychotherapy. In: PARE, D.; LARNER, G. **Collaborative practice in psychology and therapy**. New York: Haworth Press, 2004b. p. 9-21.
- _____.; GERGEN, K. J. **Relational responsibility: resources for sustainable dialogue**. Thousand Oaks: Sage publications, 1999. 236 p.
- GROTHAUS, K. Eating disorders and adolescents. **Journal of Child and Adolescent Psychiatry**, Baltimore, v. 11, n. 4, p. 141-51, 1998.

MEADS, C.; GOLD, L.; BURLS, A. How effective is outpatient care compared to inpatient care for the treatment of anorexia nervosa? A systematic review. **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis, v. 9, n. 4, p. 229-41, 2001.

MOL, A. Ontological politics: a word and some questions. In: LAW, J.; HASSARD, J. **Actor network theory and after**. Oxford: Blackwell publishers, 1999. cap. 5, p. 74-89.

MORGAN, C. M.; VECHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 18-23, 2002.

_____. Gender, culture and eating disorders. In: USSHER, J. M. (Ed.). **Women's health: contemporary international perspectives**. London: British Psychological Society, 2000. cap. 43, p. 379-386.

NASSER, M.; KATZMAN, M. A.; GORDON, R. A. (Eds.). **Eating disorders and cultures in transition**. New York: Taylor and Francis, 2002. 224 p.

NIELSEN, S.; MOLLER-MADSEN, S.; ISAGER, T.; JORGENSEN, J.; PAGESBERG, K.; THEANDER, S. Standardized mortality in eating disorders: a quantitative summary of previously published and new evidence. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 44, p. 413-34, 1998.

NILSSON, K.; HAGGLOF, B. Long-term follow-up of adolescent onset anorexia nervosa in northern Sweden. **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis, v. 13, n. 2, p. 89-100, 2005.

ORBACH, S. **Hunger strike: the anorectic's struggle as a metaphor for our age**. London: Faber and Faber, 1986.

PAULSON-KARLSSON, G.; NEVONEN, L.; ENGSTRO, I. Anorexia nervosa: treatment satisfaction. **Journal of Family Therapy**, London, v. 28, n. 3, p. 293-306, 2006.

PEAKE, K.; LIMBERT, C.; WHITEHEAD, L. An evaluation of the Oxford adult disorders service between 1994 and 2002. **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis, v. 13, n. 6, p. 427-35, 2005.

- PESSOTTI, I. A formação humanistic do médico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 440-448, 1996.
- PETTERSEN, G.; ROSENVINGE, J. H. Improvement and recovery from eating disorders: a patient perspective. **Eating Disorders**, London, v. 10, n. 1, p. 61-71, 2002.
- PIKE, K. M.; BOROVOY, A. The rise of eating disorders in Japan: issues of culture and limitations of the model of westernization. **Culture, Medicine and Psychiatry**, Dordrecht, v. 28, n. 4, p. 493-531, 2004.
- PINHEIRO, O. D. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 2000. cap. 7, p. 183-214.
- POTTER, J.; WETHERELL, M. (1996). From representations to repertoires. In: J. POTTER, J.; WETHERELL, M (Ed.). **Discourse and social psychology: beyond attitudes and behavior**. Londres: Sage, 1996. p. 138-157.
- RABINOR, J. R. The therapist's voice. **Eating disorders**, London, v. 12, p. 361-365, 2004.
- RASERA, E. F.; JAPUR, M. Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal. **Psicologia: reflexão e crítica**, Brasília, v.14, n. 1, p. 201-209, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n1/5219.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2010.
- _____. Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 1, p. 55-62, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17235.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2010.
- _____.; GUANAES, C.; JAPUR, M. Psicologia, ciência e construcionismos: dando sentido ao self. **Psicologia: reflexão e crítica**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 157-165, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2004000300005&lng=p&t&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2010.
- REAS, D. L.; KJELSAS, E.; HEGGESTAD, T.; ERIKSEN, L.; NIELSEN, S.; GJERTSEN, F.; GOTESTAM, K. G. Characteristics of anorexia nervosa-related deaths in Norway (1992-2000): data from the National Patient Register and the Causes of Death Register. **International Journal of Eating Disorders**, Hoboken, v. 37, n. 3, p. 181-7, 2005.

RICHARD, M. Effective treatment of eating disorders in Europe: treatment outcome and its predictors. **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis v. 13, n. 3, p. 169-179, 2005a.

_____. Care provision for patients with eating disorders in Europe: what patients get what treatment where? **European Eating Disorders review**, Bognor Regis v. 13, n. 3, p. 159-168, 2005b.

RIE, S.; NOORDENBOS, G.; DONKER, M.; van FURTH, E. The quality of treatment of eating disorders: a comparison of the therapists' and the patients' perspective. **International Journal of Eating Disorders**, Hoboken, v. 41, n. 4, p. 307-317, 2008.

RIIKONEN, E. Inspiring dialogues and relational responsibility. In: McNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Ed.). **Relational responsibility**: resources for sustainable dialogue. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999. cap. 13, p. 139-49.

ROSENVINGE, J. H.; KLUSMEIER, A. K. Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: a Norwegian replication of a British study. **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis, v. 8, n. 4, p. 293-300, 2000.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. Adolescência: prevenção e risco. In: CERESER, M. G.; CORDÁS, T. A. **Transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 269-76.

SANTOS, J. E. GRATA: nossa história, trabalho e desafios. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 323-326, 2006.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 386-401, 2006.

SANTOS, J. E. ; RIBEIRO, R. P. P. ; SANTOS, M. A. ; OLIVEIRA, E. A ; MOURA, F. E. G. A. ; SOUZA, L. V. ; NASCIMENTO, P. C. B. D. ; SILVA, L. M.; ZANIN, D. ; ANDRADE, T. F. ; BIGHETTI, F. ; DERENUSSON, G. N. ; SABBAB, R. Elaboração de manual informativo e educativo para familiares e pacientes com transtornos alimentares. In: III Simpósio sobre Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa na Contemporaneidade, 2007, Ribeirão Preto. **Programas e resumos III Simpósio Transtorno Alimentar**, Ribeirão Preto: GRATA/HC-FMRP-USP, 2007. s/p.

SATIR, D. A.; THOMPSON-BRENNER, H.; BOISSEAU, C. L.; CRISAFULLI, M. A. Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: relationships to clinician and patient factors. **International Journal of Eating Disorders**, Hoboken, v. 42, n. 6, p. 511–521, 2009.

SCHWANDT, T. A. Three epistemological stances for qualitative inquiry: interpretivism, hermeneutics, and social constructionism. In: HOLSTEIN, J. A.; GIBRIUM, J. F. (Ed.). **Handbook of constructionist research**. New York: The Guilford Press, 2008. cap. 7, p. 292-331.

SCLIAR, M. **A paixão transformada: história da medicina na literatura**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 307 p.

SEIKKULA, J.; ARNKIL, T. E. **Dialogical meetings in social networks**. London: Karnac, 2006. 213 p.

SILVA, L. M.; SANTOS, M. A. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 415-424, 2006.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. **Anorexia e bulimia: conversando com as famílias**. São Paulo: Vetor, 2007. 127 p.

_____.; SANTOS, M. A. A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 285-294, 2010.

_____.; MCNAMEE, S.; SANTOS, M. A. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 598-607, 2010.

SPINK, M. J, P. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Psico**, Porto Alegre, v. 31, p. 7-22, 2000.

_____. Subvertendo algumas dicotomias instituídas pelo hábito. **Athenea Digital: revista de pensamento e investigación social**. Barcelona, v. 4, p. 1-7, 2003. Disponível em: <<http://antalya.uab.es/athenea/num4/spink.pdf>>. Acesso em 20 mai. 2010.

_____. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: Edipucrs, 2004. 87 p.

_____. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.1, p.18-27, 2007.

_____. Social psychology and health: assuming complexity. **Quaderns de Psicologia**, Barcelona, v. 12, n. 1, p. 7-21, 2010. Disponível em: < <http://www.quadernspsicologia.cat/article/view/743> >. Acesso em: 10 Jan. 2011.

_____.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. cap. 1, p. 17-39.

_____.; LIMA, L. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. cap. 4, p. 93-122.

_____.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. cap. 2, p. 41-61.

_____.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. cap. 3, p. 63-92.

TANTILLO, M. The therapist's use of self-disclosure in a relational therapy approach for eating disorders. **Eating disorders**, London, v. 12, n. 1, p. 51-73, 2004.

THEANDER, S. S. Trends in the literature on eating disorders over 36 years (1965-2000): terminology, interpretation and treatment. **European Eating Disorders Review**, Bognor Regis, v. 12, n. 1, p. 4-17, 2004.

TOUYZ, S.; THORNTON, C.; RIEGER, E.; GEORGE, L.; BEUMONT, P. The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. **European Child & Adolescent Psychiatry**, Darmstadt, v. 12, n. 1, p. 65-71, 2003.

- TURNER, B. **The body and society: explorations in social theory**. Oxford: Basil Blackwell, 1984.
- VANDERLINDEN, J.; BUIS, H.; PIETERS, G.; PROBST, M. Which elements in the treatment of eating disorders are necessary ‘ingredients’ in the recovery process?—a comparison between the patient’s and therapist’s view. **European Eating Disorders Review**, *Bognor Regis*, v. 15, n. 5, p. 357–365, 2007.
- VANDEREYCKEN, W.; VAN DETH, R. **From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation**. New York: University Press, 1994. 280 p.
- Van LANGENHOVE, L.; HARRÉ, R. Introducing positioning theory. In: HARRÉ, R.; Van LANGENHOVE, L. (Ed.). **Positioning Theory**. Oxford: Blackwell publishers, 1999. cap. 2, p. 14-31.
- VASCONCELOS, E. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 0, p. 108-134, 2004.
- VINDREAU, C. A bulimia na clínica psiquiátrica. In: BRUSSET, B; COUVREUR, C.; FINE, A. (Org.). **A bulimia**. Tradução de Monica Seincman. São Paulo: Escuta, 2003, cap. 4, p. 81-102.
- WARREN, C. S.; CROWLEY, M. E.; OLIVARDIA, R.; SCHOEN, A. Treating Patients with eating disorders: an examination of treatment providers’ experiences. **Eating Disorders**, New York, v. 17, n. 1, p. 27–45, 2009.
- WEINBERG, C.; CORDÁS, T. A. **Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa**. São Paulo: Annablume Editora, 2006. 140 p.
- WILLIAMS, M.; LEICHNER, P. More training needed in eating disorders: a time cohort comparison study of Canadian psychiatry residents. **Eating Disorders**, London, v. 14, n. 4, p. 323–334, 2006.
- WITTGENSTEIN, L. **Investigações filosóficas**. São Paulo: Nova Cultural, 1999. 207 p. (Coleção Os Pensadores).

WRIGHT, K.; HAIGH, K.; McKEOWN, M. Reclaiming the humanity in personality disorder. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 16, n. 4, p. 236–246, 2007.

ZURRIFF, G. Against metaphysical social constructionism in psychology. **Behavior and Philosophy**, Reno, v. 26, n. 1-2, p. 5-28, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Declaração de anuência com a pesquisa assinada pelo coordenador do GRATA/HCFMRP-USP



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

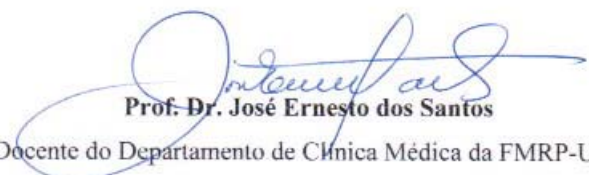
CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P
BRASIL

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que **estou ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa, em nível de Doutorado**, com título provisório "Construindo pontes: a família, o paciente e o profissional no tratamento da anorexia e bulimia", a ser conduzido pela psicóloga Laura Vilela e Souza, sob a orientação do Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos junto aos usuários, profissionais e familiares de nosso serviço.

Ribeirão Preto, 30 de maio de 2007.


Prof. Dr. José Ernesto dos Santos
Docente do Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP

APÊNDICE B – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares atendidas pelo GRATA/HCFMRP-USP

Meu nome é Laura Vilela e Souza, sou psicóloga e aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP. Sou pesquisadora-responsável de um estudo que tem por objetivos compreender o que a família, os pacientes e os profissionais entendem que é importante e valioso no tratamento da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa nesse Serviço. Essa pesquisa vem sendo orientada pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, psicólogo e docente do referido Programa de Pós-Graduação e membro do GRATA. Faz parte do estudo conhecer um pouco da história de cada um por meio de uma entrevista individual com a pesquisadora (duração média de 60 minutos). Ao aceitar participar desse estudo você estará contribuindo para que se saiba mais sobre o que as pessoas diagnosticadas com Anorexia e Bulimia consideram importante no tratamento a partir de sua experiência. Você faz parte do grupo de pacientes que pretendemos entrevistar e gostaríamos de poder contar com a sua participação. Sua participação é voluntária e uma recusa em colaborar não trará qualquer prejuízo. Eu gravarei a entrevista, se for permitido por você. Você não será identificado no final do trabalho, uma vez que seu nome será omitido. As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente em trabalhos científicos. Mesmo depois de começarmos a entrevista você poderá desistir a qualquer momento, caso não concorde ou não se sinta mais à vontade para participar do estudo. Se isso acontecer, de modo algum você será prejudicado. Você terá a oportunidade de conhecer o material produzido pela pesquisadora ao término da pesquisa. Se você tiver alguma despesa-extra fora do horário do ambulatório, tais como transportes e refeições, será reembolsado pelo pesquisador. Caso algum conteúdo abordado pela pesquisa traga algum tipo de desconforto psicológico, será oferecida a possibilidade de usufruir de atendimento psicológico com a pesquisadora que é do próprio Serviço. Caso queira falar com a pesquisadora ou com seu orientador, pode se encaminhar ao Bloco 5 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, aqui em Ribeirão Preto, ou no fone: (16)- 3602 3645.

Ciências e Letras da USP, aqui em Ribeirão Preto, ou no fone: _____. Após ter tomado conhecimento destes fatos e de aceitar participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu, _____, aceito participar deste estudo, sendo que a minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar com este estudo, sem que isso me acarrete nenhum tipo de prejuízo.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20 ____.

Nome:

Assinatura:

Assinatura do pesquisador-responsável:

APÊNDICE C – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais ou responsáveis legais de crianças e adolescentes diagnosticadas com transtornos alimentares com idade inferior a 18 anos atendidas pelo GRATA/HCFMRP-USP

Apresentação

Meu nome é Laura Vilela e Souza, sou psicóloga e aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP. Sou pesquisadora-responsável de um estudo que tem por objetivos compreender o que a família, os pacientes e os profissionais entendem que é importante e valioso no tratamento da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa nesse serviço. Esta pesquisa vem sendo orientada pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, psicólogo e docente do referido Programa de Pós-Graduação e coordenador do serviço de Psicologia do GRATA. Para realizar este estudo preciso da colaboração de alguns pacientes com idade inferior a 18 anos, e por isso gostaria de poder contar com a colaboração de seu filho(a), se ele concordar. Para que seu filho(a) participe, preciso também da sua autorização (pai, mãe ou responsável legal), após a leitura do seguinte Termo de Consentimento.

Declaro que estou de acordo com a participação de meu filho(a) como voluntário desse estudo, realizando a atividade de responder a uma entrevista. No entanto, se ele não se sentir à vontade, estou ciente de que pode deixar de realizar tal atividade, sem que este fato traga qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento nesta instituição.

Fui informado(a) de que as informações fornecidas poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas haverá sigilo de modo a assegurar a privacidade de meu filho(a) quanto aos dados envolvidos na pesquisa;

Declaro ainda estar ciente de que:

1) A participação de meu filho(a) é voluntária e uma recusa em colaborar não trará qualquer prejuízo. 2) Caso aceite, meu filho(a) será entrevistado em uma sala reservada, e responderá questões sobre o que considera valioso e importante no tratamento a partir de sua experiência. A entrevista será realizada em um único encontro e demorará em torno de 60 minutos. Será gravada, para que a pesquisadora possa ter a certeza de que nada do que meu filho(a) disser será esquecido. 3) Sei que mesmo depois de começar a entrevista meu filho (a) poderá desistir a qualquer momento, caso não concorde ou não se sinta mais à vontade para participar do estudo. Se isso acontecer, de modo algum ele(ela) será prejudicado. 4) Sei que meu filho(a) terá a oportunidade de conhecer o material produzido pela pesquisadora em sua pesquisa. 5) Não existe nenhum risco significativo na participação deste estudo. Contudo, caso algum conteúdo cause desconforto ou incomodo em virtude dos temas a serem abordados, será oferecida a possibilidade de usufruir de atendimento psicológico com a pesquisadora que é do próprio serviço. 6) Uma vez consentida a participação de meu filho(a), ele será livre para não concordar ou para deixar de participar deste trabalho a qualquer momento se assim o desejar, sem que isso represente qualquer prejuízo no acompanhamento dele nesta instituição; 7) Eventuais despesas relativas à participação nesta pesquisa, tais como transportes e refeições, serão pagas pelos pesquisadores. 8) Caso queira falar com a pesquisadora ou com seu orientador, pode se encaminhar ao Bloco 5 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, aqui em Ribeirão Preto, ou no fone: (16)- 3602 3645.

Após ter tomado conhecimento desses fatos e aceitar participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu _____ autorizo a participação do meu filho(a) neste estudo, ciente de que sua participação é voluntária e de que ele está livre para a qualquer momento desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo.

Eu recebi uma cópia desse termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20__.

Nome do paciente:

Assinatura do paciente:

Assinatura do familiar/responsável: _____

Assinatura do pesquisador-responsável: _____

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista utilizado com os profissionais

Tema 1: Como eu compreendo os *transtornos alimentares*/Como eu considero que os pacientes e familiares compreendem o que são esses transtornos.

Objetivo: Investigar a produção de sentidos sobre o *problema* alimentar.

1. Se você fosse explicar o que são os *transtornos alimentares* para um paciente ou um familiar, como você explicaria?
2. Como você explicaria para uma pessoa da sua família ou próxima a você?
3. Como você explicaria a um outro profissional?
4. Qual foi a maneira de entender *Anorexia Nervosa* e *Bulimia Nervosa* que você considera que mais ajudou um familiar ou paciente?
5. Conte uma história na qual o seu entendimento da *Anorexia Nervosa* e *Bulimia Nervosa* o ajudou a ultrapassar as dificuldades no tratamento.
6. Conte uma história na qual você respondeu a uma dúvida de um paciente ou familiar sobre TA ou sobre o tratamento e foi uma experiência muito positiva.
 - 6.1. O que você acha que ajudou a tornar essa experiência positiva?
 - 6.2. O que o ajudou a agir dessa maneira?

Tema 2: Como eu me vejo dentro da minha especialidade/ Como eu considero que os pacientes e familiares me vêem dentro de minha especialidade.

Objetivos: Compreender a produção de sentidos sobre o papel de sua profissão no tratamento dos *transtornos alimentares*.

7. Como você descreveria as suas funções e atividades no tratamento dos *transtornos alimentares*?
8. Pense em um profissional que admira seu trabalho, o que essa pessoa diria sobre a importância de sua especialidade no tratamento dos *transtornos alimentares*?

Tema 3: Como eu me vejo dentro da equipe/ Como eu considero que os pacientes e familiares me vêem dentro da equipe.

Objetivos: O resgate dos sentidos sobre o papel do profissional no GRATA e a busca dos pontos positivos em seu trabalho.

9. Como você se vê como parte da equipe de profissionais?
10. Como você imagina que os outros profissionais que trabalham com você descreveriam as suas principais qualidades e aquilo que você faz de melhor?
11. Como você imagina que os pacientes e/ou familiares descreveriam aquilo que você faz de melhor?

Tema 4: O que ajuda no tratamento da *Anorexia Nervosa* e *Bulimia Nervosa*. O que considera que os pacientes e familiares acham que ajuda no tratamento.

Objetivos: Investigar a produção de sentidos sobre o que é sucesso no tratamento e sobre o que os profissionais consideram que é bom para as famílias e pacientes.

12. O que você definiria como uma história de sucesso no tratamento?
13. O que um paciente e/ou familiar definiriam como uma história de sucesso no tratamento?

Tema 5: Senso de competência/Histórias de sucesso

Objetivo: Investigação do que ajuda no trabalho do profissional.

14. Conte uma história de quando você se sentiu mais competente no seu trabalho.
 - 14.1. O que você considera que foi importante nessa situação?
15. Conte uma história de quando um paciente e/ou familiar falou que você o ajudou muito.
 - 15.1. O que o inspirou a agir dessa maneira?
 - 15.2. O que você considera que ajudou o paciente/familiar?

Tema 6: Imaginando o futuro

Objetivo: Compreender o que ajuda os profissionais a terem um bom ambiente de trabalho.

16. Imagine que se passou um ano e você tem a melhor relação possível com seus pacientes e suas famílias. Tudo que você gostaria que acontecesse de bom aconteceu na sua relação com as pessoas. Nesse cenário perfeito, descreva como passou a ser sua relação com:
 - 16.1 O paciente.
 - 16.2 A família.
 - 16.3 O que aconteceu para tornar isso possível?
 - 16.4 O que as famílias e os pacientes tiveram que fazer para tornar essa situação possível?
 - 16.5 O que você teve que fazer para tornar essa situação possível?
17. Se você pudesse realizar 3 desejos para o serviço quais seriam esses desejos?
18. Você acordou hoje e todos os seus desejos foram realizados! Como está o serviço?
19. Se fôssemos voltar e começar essa entrevista novamente, que outras questões você considera que seriam importantes e que não foram feitas?

APÊNDICE E - Roteiro de entrevista utilizado com os familiares e/ou acompanhantes dos pacientes

Tema 1: Como eu entendo os *transtornos alimentares*/ Como eu acho que os pacientes e profissionais vêem esses *transtornos*.

Objetivos: Investigar a produção de sentidos sobre o *problema* alimentar e as implicações dessas descrições para a relação dos familiares e acompanhantes com os profissionais e pacientes.

1. O que são *transtornos alimentares* para você?
2. Se você fosse explicar o que é a *Anorexia Nervosa* e *Bulimia Nervosa* para um familiar que está chegando no serviço como você explicaria?
3. Como você explicaria para seu melhor amigo(a)?
4. Qual foi a maneira de entender os transtornos alimentares que mais ajudou você a lidar com a *dificuldade* alimentar de seu familiar e encontrar melhora?

Tema 2: O que foi útil para lidar com o diagnóstico.

Objetivo: Resgatar sobre o que é útil nesse momento.

5. Volte no tempo e tente se lembrar de quando você primeiro suspeitou dos *sintomas* de um possível *transtorno alimentar* em seu familiar, sabemos que muitas pessoas sentem muitos sentimentos difíceis nesse momento, mas tente se lembrar do que você pôde pensar ou fazer que te ajudou naquele momento.
6. Se você pudesse imaginar a melhor maneira de um familiar ficar sabendo sobre o *diagnóstico* como seria?

Tema 3: O que ajudou na chegada ao serviço e no início do tratamento.

Objetivo: Conhecer o que é útil no acolhimento dos familiares e acompanhantes no serviço.

7. Quando você chegou no serviço pela primeira vez, o que mais te ajudou a sentir-se bem?
8. Caso tenham existido dificuldades nesse momento, imagine como teria sido a melhor recepção possível para você considerando tudo que você estava sentindo e vivenciando.

Tema 4: O que ajuda durante o tratamento/ O que considera que os pacientes e profissionais consideram que ajuda no tratamento.

Objetivos: Resgatar os sentidos sobre o que é o sucesso no tratamento.

9. Conte uma história que tenha vivido de um momento no qual você pôde ultrapassar um obstáculo importante na busca pela melhora.
10. O que é para você o mais importante no tratamento oferecido pelo serviço?
 - 10.1 Por que?
 - 10.2 De que maneira isso te ajuda a obter melhoras?

11. Você acordou hoje e tudo está maravilhosamente diferente, todos os seus desejos de mudança para o serviço se realizaram. Tudo está da melhor maneira que você poderia imaginar. Conte como seria esse serviço transformado.

**Tema 5: O que ajuda durante a experiência da internação
(caso tenham vivido essa situação).**

Objetivo: Investigação do que ajuda a família durante a internação de seus filhos(as) etc.

12. Caso seu familiar já tenha passado pela experiência da internação, o que mais ajudou você a vivenciar esse momento?

13. Imagine a melhor maneira que uma internação possa ser vivida. Conte em detalhes como seria.

Tema 6: O que ajuda na relação com os profissionais.

Objetivo: Investigação das maneiras úteis de se relacionar com os profissionais.

14. Pense em um profissional com o qual você tenha uma relação muito positiva. Descreva como é essa relação.

15. Imagine que se passou um ano e você tem a melhor relação possível com os profissionais. Tudo que você gostaria que acontecesse de bom aconteceu na sua relação com as pessoas. Nesse cenário perfeito, descreva como passou a ser sua relação com os profissionais?

Tema 7: O que ajuda na relação com os pacientes.

Objetivo: Investigação das maneiras úteis de se relacionar com os pacientes.

16. Conte um momento no qual a sua relação com os seus familiares te ajudou na busca da melhora dos *sintomas* e no seu bem estar, como foi essa experiência muito positiva?

17. Imagine que se passou um ano e você tem a melhor relação possível com os seus familiares. Tudo que você gostaria que acontecesse de bom aconteceu na sua relação com as pessoas. Nesse cenário perfeito, descreva como passou a ser sua relação com a sua família?

18. Se fossemos voltar e começar essa entrevista novamente, que outras questões você considera que seriam importantes e que não foram feitas?

APÊNDICE F – Roteiro de entrevista utilizado com os pacientes

Tema 1: Como eu entendo o que são os *transtornos alimentares*/ Como eu acho que familiares e profissionais entendem esses *transtornos*.

Objetivo: Compreender a produção de sentidos sobre o *problema* alimentar.

1. O que são os *transtornos alimentares* para você?
2. Se você fosse explicar o que é a *Anorexia Nervosa* ou *Bulimia Nervosa* para um paciente que está chegando no Serviço como você explicaria?
3. Como você explicaria para seu melhor amigo(a)?
4. Qual foi a maneira de entender os *transtornos alimentares* que mais ajudou você a encontrar melhora?

Tema 2: O que foi útil para lidar com o recebimento do diagnóstico.

Objetivo: Compreender a produção de sentidos sobre o que é o útil no momento do recebimento do diagnóstico.

5. Volte no tempo e tente se lembrar de quando você primeiro suspeitou do diagnóstico de um *transtorno alimentar*, sabemos que muitas pessoas sentem muitos sentimentos difíceis nesse momento, mas tente se lembrar do que você pôde pensar ou fazer que te ajudou naquele momento.
6. Se você pudesse imaginar a melhor maneira de uma pessoa receber o diagnóstico como seria?

Tema 3: O que ajudou na chegada ao Serviço e no início do tratamento.

Objetivo: Conhecer o que é útil no acolhimento dos pacientes no Serviço.

7. Quando você chegou ao Serviço pela primeira vez, o que mais te ajudou a sentir-se bem?
8. Caso tenham existido dificuldades nesse momento, imagine como teria sido a melhor recepção possível para você considerando tudo que você estava sentindo e vivenciando.

Tema 4: O que ajuda durante o tratamento/ O que considera que familiares e profissionais acham que ajuda no tratamento.

Objetivos: Compreender a produção de sentidos sobre o que é o sucesso no tratamento e o que os pacientes entendem que é bom para as famílias e profissionais.

9. Conte uma história que tenha vivido de um momento no qual você pôde ultrapassar um obstáculo importante na busca pela melhora.
10. O que é para você o mais importante no tratamento oferecido pelo Serviço?
 - 10.1 Por que?
 - 10.2 De que maneira isso pode te ajudar a obter melhoras?

11. Você acordou hoje e tudo está maravilhosamente diferente, todos os seus desejos de mudança para o Serviço se realizaram. Tudo está da melhor maneira que você poderia imaginar. Conte como seria esse Serviço transformado.

Tema 5: O que ajuda durante a experiência da internação (caso tenham vivido essa situação).

Objetivo: Investigação do que ajuda durante a internação.

12. Caso você já tenha passado pela experiência da internação, o que mais ajudou você a vivenciar esse momento?

13. Imagine a melhor maneira que uma internação possa ser vivida. Conte em detalhes como seria.

Tema 6: O que ajuda na relação com os profissionais.

Objetivo: Investigação das maneiras úteis de se relacionar com os profissionais.

14. Pense em um profissional com o qual você tenha uma relação muito positiva. Descreva como é essa relação.

15. Imagine que se passou um ano e você tem a melhor relação possível com os profissionais. Tudo que você gostaria que acontecesse de bom aconteceu na sua relação com as pessoas. Nesse cenário perfeito, descreva como passou a ser sua relação com os profissionais?

Tema 7: O que ajuda na relação com os familiares.

Objetivo: Investigação das maneiras úteis de se relacionar com os familiares.

16. Conte um momento no qual a sua relação com os seus familiares te ajudou na busca da melhora dos *sintomas* e no seu bem estar, como foi essa experiência muito positiva?

17. Imagine que se passou um ano e você tem a melhor relação possível com os seus familiares. Tudo que você gostaria que acontecesse de bom aconteceu na sua relação com as pessoas. Nesse cenário perfeito, descreva como passou a ser sua relação com a sua família?

18. Se fossemos voltar e começar essa entrevista novamente, que outras questões você considera que seriam importantes e que não foram feitas?

APÊNDICE G – Quadros com as delimitações temático-sequenciais das entrevistas.

ESTEFÂNIA

	Tema	Breve descrição dos conteúdos conversados em cada momento
Momento 1	Problema alimentar	Respondendo à pergunta sobre como entendia o que eram os <i>TA</i> , Estefânia falou de sua dificuldade em explicar o que era <i>BN</i> . Mencionou que entendia seus vômitos não como uma forma de chamar a atenção, mas como um vício.
Momento 2	Relação com o profissional	Estefânia falou que ter que se tratar no GRATA a “atrapalhava” e a afastava de realizar seu sonho de ser uma profissional do nesse Serviço. Contou como os profissionais da equipe buscavam garantir sua participação no tratamento.
Momento 3	Relacionamento com a família	Sobre o relacionamento com seus familiares, Estefânia falou da recusa de sua mãe em participar do tratamento e seu desejo e de que ela participasse.
Momento 4	Grupo de apoio	Questionada sobre sua participação no grupo de apoio psicológico, Estefânia mencionou sua dificuldade em encontrar um lugar no grupo, por não se identificar com os demais participantes.
Momento 5	Relação com o profissional	Quando questionei o que de melhor havia acontecido em sua relação com os profissionais do serviço, Estefânia falou da desconfiança que sentia por parte dos profissionais de que ela estivesse mentindo nas consultas por ser “bulímica”.
Momento 6	Tratamento	Conversando sobre o tratamento, Estefânia admitiu sua dificuldade em receber qualquer tipo de ajuda nos primeiros anos de tratamento. Quando questionei o que a fazia continuar frequentando o GRATA, ela falou que era o medo de morrer por causa de seus vômitos constantes.

Continua

Momento 7	<i>Problema alimentar</i>	Estefânia contou que achava que os vômitos de alguém diagnosticado com <i>BN</i> estavam sob o controle da pessoa, o que a fazia sentir vergonha de continuar vomitando. Além disso, disse acreditar que todos pacientes querem parar de vomitar, mas que a decisão sobre quando isso vai acontecer é diferente para cada um.
Momento 8	Futuro ideal	Convidada pela entrevistadora a pensar sobre um cenário ideal futuro, Estefânia disse que acreditava que, para se sentir bem, seria preciso mais do que apenas o fim dos <i>sintomas</i> da <i>BN</i> .

QUADRO 1 – Apresentação das delimitações temático-sequenciais da entrevista de Estefânia com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

NATÁSSIA

	Tema	Breve descrição do que foi conversado em cada momento
Momento 1	<i>Problema alimentar</i>	Respondendo à pergunta sobre como entendia o que eram os <i>TA</i> , Natássia falou da <i>BN</i> como algo que não escolheu para si mesma. Contou que, antes de frequentar o tratamento, entendia que “a <i>sintomas</i> ” era apenas um estilo de vida. Falou de como era sua rotina de “Pró-ANA”, ou seja, de partidária do movimento que entende a <i>AN</i> como uma escolha, um modo de ser. Natássia falou que vomitar a fazia se sentir bem e que havia comprado laxantes naquela semana com a intenção de perder peso.
Momento 2	Relação com o profissional	Ao ser questionada sobre o porquê havia comprado laxantes, contou de seu sofrimento com a substituição da nutricionista que a atendia no ambulatório.
Momento 3	<i>Problema alimentar</i>	Questionada sobre como explicaria sobre o <i>TA</i> para uma amiga, Natássia o definiu como uma “ <i>sintomas</i> ”, reforçando que não era “frescura”.
Momento 4	Tratamento	Contando sobre o que a ajudou quando foi diagnosticada com <i>TA</i> , Natássia falou das comunidades que havia na internet, nas quais ajudava outras meninas com dificuldades alimentares a procurar tratamento especializado.
Momento 5	Sentidos de si	Contou de sua tristeza por suas colegas de faculdade terem “descoberto” que ela tinha <i>BN</i> . Falou da falta de compreensão que sentia das pessoas com relação a sua necessidade de vomitar.
Momento 6	Tratamento	Conversando sobre como foi quando começou o tratamento no GRATA, Natássia teceu elogios à mudança do dia do ambulatório, pois os pacientes obesos não ficavam mais na sala de espera com os pacientes com <i>AN</i> e <i>BN</i> .
Momento 7	Relação com o profissional	Contou que no início do tratamento não acreditava que tinha <i>BN</i> e que foi o grupo de apoio psicológico e a nutricionista Linda que a ajudaram a perceber seu <i>problema</i> . Falou do “corte” que alguns profissionais da equipe fizeram em seu relacionamento com essa nutricionista e seu sofrimento em decorrência disso. Falou da importância que os psicólogos coordenadores do grupo de apoio tinham para ela aprender a lidar com esse sofrimento.
Momento 8	Tratamento	Convidada a pensar um cenário ideal de tratamento, Natássia falou de como gostaria que seus retornos ambulatoriais fossem menos espaçados.

Continua

Momento 9	Relação com o profissional	Falou de seu desejo de nunca ter tido <i>BN</i> para que, dessa forma, pudesse ser amiga da nutricionista. Contou da diferença entre as visões éticas da nutricionista e da psicóloga com relação à proximidade que um paciente pode manter com o profissional que o atende. Apontou a psicóloga Teresa como uma profissional com quem tinha uma relação positiva. E, falou também de seu receio de que, ao me contar sobre essa relação, essa profissional mudasse de postura.
Momento 10	Tratamento	Questionada sobre como o GRATA poderia ser ainda melhor, Natássia contou de seu sonho de uma clínica na qual todos os profissionais fossem remunerados e o atendimento fosse realizado fora do hospital.
Momento 11	Relação com o profissional	Questionada sobre o que era positivo na relação com os profissionais do serviço, Natássia lembrou de um episódio no qual foi impedida de participar, como ouvinte, do Simpósio de <i>TA</i> , promovido pelo GRATA, por uma decisão da equipe de profissionais. Falou de sua decepção com tal decisão e a importância do apoio que recebeu da psicóloga Teresa naquele momento.

QUADRO 2 – Apresentação das delimitações temático-sequenciais da entrevista de Natássia com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento

TALIA

	Tema	Breve descrição do que foi conversado em cada momento
Momento 1	Problema alimentar	Respondendo à pergunta sobre como entendia o que eram <i>TA</i> , Talia falou da <i>AN</i> como algo que não tinha a ver com “moda”, mas como uma necessidade da pessoa em descontar na comida seu mal-estar.
Momento 2	Relação com o profissional	Convidada a falar de suas experiências de internações hospitalares, Talia contou que o fato de a equipe ter tomado o controle de sua alimentação foi algo que promoveu sua melhora. Apontou como elementos positivos na postura da equipe o fato de os profissionais terem sido firmes e imposto algumas condutas.
Momento 3	Problema alimentar	Conversando sobre possíveis sentidos atribuídos ao <i>problema</i> alimentar, falou que entendia que a <i>AN</i> era algo para a vida toda, que melhorava, mas não acabava nunca.
Momento 4	Tratamento	Contou de suas dificuldades em lidar com os alimentos durante todo o tratamento.
Momento 5	Sentidos de si	Conversando sobre como outras pessoas entendem o que a <i>AN</i> , Talia falou que achava que as pessoas estavam erradas quando pensavam que ela queria emagrecer para ficar bonita.
Momento 6	Relação com o profissional	Questionada sobre o que a ajudou a lidar melhor com os alimentos, Talia disse que foi a postura da nutricionista Linda e a postura de “firmeza” da equipe.
Momento 7	Grupo de apoio	Convidada a falar do que a ajudou no início do tratamento, Talia contou da importância que o grupo de apoio psicológico teve em sua melhora.
Momento 8	Relação com o profissional	Questionada sobre como foi quando recebeu o diagnóstico de <i>AN</i> , Talia contou de sua desaprovação em relação à forma com que o primeiro psiquiatra que a diagnosticou falou da <i>AN</i> . Além disso, denunciou as atitudes da equipe de profissionais em sua primeira internação hospitalar, em uma cidade próxima à sua cidade natal, quando a sedaram e a alimentaram à força. Contou do psiquiatra, que a enganara receitando “remédio para abrir apetite”, e falou de sua falta de confiança nos psiquiatras em geral, em virtude dessas experiências negativas.
Momento 9	Tratamento	Convidada a dar sugestões para a melhoria do serviço, Talia disse de sua preferência pelo tratamento durante o período da manhã, para não perder o dia todo, uma vez que vinha de uma cidade distante, localizada em outro estado.

Continua

<i>Momento 10</i>	Relação com o profissional	Minha pergunta sobre o que a ajudou desde o início do tratamento convidou Talia a falar da “paciência” e “compreensão” dos profissionais como elementos que favorecem a melhora. Ela também apontou a relação com a nutricionista como positiva para sua melhora.
<i>Momento 11</i>	Sentidos de si	Contou de sua incredulidade ao ver suas fotos da primeira internação e a diferença entre a forma que via a si mesma naquele momento e na atualidade.
<i>Momento 12</i>	Relação com o profissional	Questionada sobre como os primeiros psiquiatras que cuidaram dela poderiam ter falado de forma mais adequada sobre o diagnóstico de AN, Talia disse que tal fala deveria enfatizar a possibilidade de tratamento e cura do TA e que não deveria entrar na discussão sobre se a paciente estaria magra ou não.

QUADRO 3 – Apresentação das delimitações temático-sequenciais da entrevista de Talia com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento

CATARINA

	Tema	Breve descrição do que foi conversado em cada momento
Momento 1	Problema alimentar	Respondendo à minha pergunta sobre como entendia o que eram os <i>TA</i> , Catarina contou que, no início, não acreditava que tinha <i>BN</i> . Só quando ouviu falar desse diagnóstico que identificou em si a presença dos <i>sintomas</i> .
Momento 2	Relação com o profissional	Contou de seu sonho em fazer uma cirurgia de implantação de prótese de silicone nos seios e da recusa do cirurgião plástico em realizar a cirurgia por ela ser paciente da Psiquiatria. Falou de seu incômodo com a mudança de profissionais no ambulatório de Psiquiatria e no GRATA.
Momento 3	Grupo de apoio	Contou que, muitas vezes, não queria vir ao grupo de apoio psicológico pelo medo de chegar no hospital e descobrir que alguma das pacientes morreu em decorrência de complicações do <i>TA</i> . Além disso, disse que só gostava de participar do grupo quando estava emocionalmente bem, para não afetar negativamente as demais participantes.
Momento 4	Relação com o profissional	Falou de seu descontentamento em ter que contar sempre a mesma história cada vez que havia a troca de profissionais no hospital. Repetir a mesma história a fazia sentir-se sem solução para seu <i>problema</i> .
Momento 5	Tratamento	Questionada sobre o que valorizava no tratamento, Catarina falou da psicoterapia individual como um espaço relevante em sua melhora. Na psicoterapia, diferentemente do grupo, não sentia que influenciava negativamente alguém.
Momento 6	Tentativa de suicídio	Mencionou a cirurgia bariátrica que fez anos antes e o erro cometido pelo cirurgião que “esqueceu” três metros de gases em seu abdômen. Uma forte dor na barriga, decorrente do apodrecimento das gases com o passar do tempo, foi diagnosticada erroneamente por vários profissionais como uma “dor psicológica”. Esse diagnóstico fez Catarina se sentir culpada pela dor e a levou à tentativa de suicídio. Esse episódio que fez com que ela fosse admitida no ambulatório de Psiquiatria.
Momento 7	Parto	Contou do parto de sua filha, ocasião na qual os médicos descobriram as gases esquecidas. Falou da cirurgia que precisou ser feita para retirar as gases, da morfina que teve que tomar e da sua dificuldade em cuidar de seu bebê por ter tido depressão no pós-parto. Além disso, contou da enfermeira que cuidou dela e de sua filha nessa ocasião. Essa profissional a humilhou, considerando-a uma mãe negligente.

Continua

Conclusão

Momento 8	Relação com o profissional	Questionada em que o grupo de apoio psicológico ajudava no tratamento, Catarina pontuou a importância da postura dos coordenadores do grupo de apoio psicológico em cuidar de cada paciente individualmente e tratá-los como únicos.
Momento 9	Sentidos de si	Conversando sobre seu momento com relação aos <i>sintomas</i> da <i>BN</i> , Catarina falou de como se percebia em uma fase boa de sua vida, na qual o bom relacionamento com sua filha a ajudava a cuidar de si.
Momento 10	Relação com o profissional	Questionada sobre outros relacionamentos positivos com profissionais do serviço, Catarina contou da fala de uma médica que a ajudou muito quando lhe disse que a culpa pela <i>BN</i> não era dela.

QUADRO 4 – Apresentação das delimitações temático-sequenciais da entrevista de Catarina com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento

ILDA

	Tema	Breve descrição do que foi conversado em cada momento
Momento 1	Problema alimentar	Respondendo à pergunta sobre como entendia o que eram os <i>TA</i> , Ilda enfatizou a <i>AN</i> como uma “ <i>sintomas</i> ” de difícil tratamento.
Momento 2	Tratamento	Respondendo à pergunta sobre o que poderia ajudar um paciente com diagnosticado com <i>TA</i> durante sua internação hospitalar, Ilda narrou suas várias internações como comprovação da gravidade de sua “ <i>sintomas</i> ”. Apontou a piora em seus <i>sintomas</i> como decorrência de uma decisão precipitada de ter voltado a trabalhar logo após uma de suas internações.
Momento 3	Relação com o profissional	Ilda relembrou o episódio no qual os médicos haviam implantado um cateter para receber alimentação por via parenteral. Contou sobre os atritos e negociações que vivenciara com a equipe em relação a esse procedimento cirúrgico.
Momento 4	Grupo de apoio	Ilda apontou a importância do grupo de apoio psicológico para sua melhora. Falou do início de sua participação nesse grupo e de seu receio de ser uma influência negativa para as demais participantes, devido ao longo tempo de sua “ <i>sintomas</i> ” e à gravidade dos <i>sintomas</i> .
Momento 5	Relação com o profissional	Conversando sobre o que poderia melhorar na relação profissional-paciente, Ilda chamou atenção para o quanto a equipe muitas vezes não informa o paciente sobre os procedimentos realizados durante a internação hospitalar.
Momento 6	Tratamentos anteriores	Conversando sobre o que a ajudou a superar momentos difíceis do tratamento, Ilda falou que a humilhação vivida em um hospital psiquiátrico, antes de começar o tratamento no GRATA, foi um impulso para sua melhora.
Momento 7	Relação com o profissional	Respondendo à pergunta sobre o que pode ajudar o paciente durante a internação, Ilda apontou o descaso que sentiu por parte dos profissionais por ser uma paciente com uma “ <i>patologia psiquiátrica</i> ”. Denunciou, ainda, a falta de preparo dos médicos para atender pacientes com <i>TA</i> .
Momento 8	Tratamento	Falando sobre como via o tratamento, Ilda contou que, com o passar dos anos, começou a se sentir desmotivada para continuar se cuidando.
Momento 9	Melhora	Falando sobre o que ajudava na melhora, Ilda trouxe o início de um segundo curso de graduação como uma atividade que a fez tirar o foco exclusivamente da <i>AN</i> .

Continua

Momento 10	Relacionamento com a família	Questionada sobre de que forma o relacionamento com sua família ajudou no tratamento, Ilda falou da importância dos familiares entenderem a AN como uma “ <i>sintomas</i> ” e não “ <i>frescura</i> ”.
Momento 11	Tratamento	Conversando sobre o tratamento, Ilda falou que saber que estava sendo cuidada e que não ia morrer eram aspectos que a ajudavam a não temer “ <i>ter</i> ” AN.
Momento 12	Relacionamento com a família	Sobre a relação entre paciente e família, Ilda falou da importância da participação do familiar no tratamento.
Momento 13	Relação com o profissional	Quando questionada sobre quais eram os relacionamentos considerados positivos que ela tinha com os profissionais que a cuidavam, Ilda falou do contato afetuoso com seu psiquiatra e da importância do contato físico com esse profissional.
Momento 14	Tratamento	Questionada sobre o que ajuda o paciente no início do tratamento, Ilda falou que precisou quase morrer durante a colocação da do cateter para a sonda parenteral para se dar conta de que precisava ser cuidada.
Momento 15	<i>Problema alimentar</i>	Sobre como contaria para outra pessoa sobre o TA, Ilda disse que essa era uma tarefa difícil, pois para ela cada pessoa levaria um tempo diferente para se dar conta da necessidade de voltar a comer. Disse que entendia a AN como uma “ <i>punição</i> ” que recebera pelos erros que acreditava ter cometido quando profissional de saúde.
Momento 16	Relação com o profissional	Questionada sobre de que forma ser uma profissional de saúde, que trabalhava no mesmo hospital em que estava sendo tratada, influenciava no tratamento, Ilda falou da dificuldade em deixar o lugar de profissional para ocupar o lugar de paciente. Apontou a importância da orientação dos profissionais da equipe sobre os procedimentos a serem realizados, mesmo no caso do paciente ser também um profissional da saúde. Além disso, apoiou a possibilidade de tomada de decisões conjuntas profissional-paciente durante a internação.
Momento 17	Tratamento	Pensando sobre como o serviço poderia melhorar em sua organização, Ilda falou de sua desaprovação das conversas entre pacientes na sala de espera, quando o tema predominante era a competição sobre quem estava mais magro(a).
Momento 18	Relação com o profissional	Conversando sobre a rotina do tratamento, Ilda falou de seu mal-estar com o espaçamento dos intervalos de seus retornos ambulatoriais, pois sentia precisar de maior proximidade com os profissionais para falar de seus “ <i>medos</i> ”, suscitados pela recuperação de peso. Ela trouxe o grupo como uma ponte entre o paciente e a equipe, de forma que o mal-estar pudesse ser ouvido pelos profissionais.

Conclusão

Momento 19	Tratamento	Questionada sobre possíveis sugestões para a melhoria do serviço, Ilda disse que separaria os pacientes com <i>TA</i> da ala de internação dos pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica. Outra sugestão foi de que a pesagem dos pacientes acontecesse individualmente, sem nenhuma outra paciente por perto.
Momento 20	Sentidos de si	Buscando explicar a <i>AN</i> , Ilda mencionou sua necessidade de “chamar a atenção” das pessoas para si como possível fator envolvido no aparecimento do <i>TA</i> .
Momento 21	Futuro ideal	Convidada a pensar um cenário ideal de futuro, Ilda falou de seu sonho de não ter mais “distorção de sua autoimagem”. Falou que esse era um aspecto “psicótico” de sua personalidade.
Momento 22	Sentidos de si	A dificuldade que percebia para a realização de seus sonhos apareceu como decorrente de seu entendimento de que a <i>AN</i> era uma “ <i>sintomas</i> para a vida toda”, que podia apenas ser controlada, mas não erradicada.

QUADRO 5 – Apresentação das delimitações temático-sequenciais da entrevista de Ilda com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

ANEXO A - Carta de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do HCFMRP-USP.



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 09 de outubro de 2007

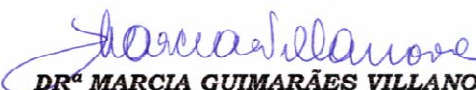
Ofício nº 3503/2007
CEP/MGV

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado "**CONSTRUINDO PONTES: A FAMÍLIA, OS PROFISSIONAIS E O PACIENTE NO TRATAMENTO DA ANOREXIA E BULIMIA**", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 256ª Reunião Ordinária realizada em 08/10/2007, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 7310/2007.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
LAURA VILELA E SOUZA
PROF. DR. MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS (Orientador)
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HC e FMRP-USP - Campus Universitário

FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186

Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP