

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Direito

Maíla Mello Campolina Pontes

**ANOREXIA NERVOSA E DIREITO:
possibilidades dialógicas
em um contexto de releitura da Teoria das Incapacidades**

Belo Horizonte
2013

Maíla Mello Campolina Pontes

**ANOREXIA NERVOSA E DIREITO:
possibilidades dialógicas
em um contexto de releitura da Teoria das Incapacidades**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Freire de Sá

Belo Horizonte
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

P814a Pontes, Maíla Mello Campolina
Anorexia nervosa e direito: possibilidades dialógicas em um contexto de releitura da teoria das incapacidades / Maíla Mello Campolina Pontes. Belo Horizonte, 2013.
168f.

Orientadora: Maria de Fátima Freire de Sá
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Direito.

1. Anorexia nervosa. 2. Hospitalização. 3. Direito a saúde. 4. Decisão (Direito). 5. Pacientes – Direitos fundamentais. 6. Interdição (Direito civil). I. Sá, Maria de Fátima Freire de. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Direito. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 616.89-008.4

Maíla Mello Campolina Pontes

**ANOREXIA NERVOSA E DIREITO:
possibilidades dialógicas
em um contexto de releitura da Teoria das Incapacidades**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Dr^a. Maria de Fátima Freire de Sá (Orientadora) – PUC Minas

Dr^a. Taísa Maria Macena de Lima – PUC Minas

Dr. Fábio Lopes Rocha – IPSEMG

Dr. Roberto Henrique Pôrto Nogueira – UFOP

Belo Horizonte, 03 de abril de 2013.

DEDICATÓRIA

À minha mãe Merle, “amor maior que eu”, que me ensinou a ler o mundo por uma retina poética e a tatear o existir com o coração.

Ao meu pai-herói Renato, que me mostra que o amanhã se constrói pelos nossos braços e me inspira a ser melhor a cada novo nascer do sol.

À minha vovó Maria, pelo carinho com o qual bordou minha infância e por ter sido cúmplice em momentos tão felizes da minha vida.

Ao meu vovô Zezé e à minha vovó Glêcy que, em vida, inculcaram em mim o amor que, hoje, permite-me ser capaz de “ouvir e entender estrelas”.

AGRADECIMENTOS

Era uma vez uma professora chamada Maria de Fátima Freire de Sá que, no segundo período de um curso de Direito, baixou seus olhos sobre uma aluna tímida, que se sentava na primeira carteira da fila do meio: eu. Naquele momento de *fiat lux*, toda a minha vida foi iluminada e eu (re)conheci a pessoa que, junto a meus pais e avós, figuraria no teto de estrelas do meu existir.

Orientadora de monitoria, de monografia, de pós-graduação, de projeto de pesquisa, coautora de artigos e, agora, orientadora no Mestrado. Se fossem, somente, essas as contribuições recebidas, talvez, o meu agradecimento estivesse albergado pelo formalismo – tão íntimo ao mundo jurídico! – e se materializasse na objetividade de um “obrigada”.

Porém, o agradecimento aqui cunhado não abraça, apenas, a minha orientadora de Mestrado, mas, sobretudo, a minha grande Mestre, minha amiga, que, em tantos momentos da vida, estendeu-me a mão e me fez caminhar, do mesmo modo ocorrido naquele segundo período do curso de Direito.

Por mais que exista um esforço intelectual nesta pesquisa de conclusão, nada teria sido construído não fosse pela minha Mestre, que não só trouxe o horizonte da pós-graduação ao meu universo, como – e principalmente! – ajudou-me a superar as minhas próprias dificuldades para desenvolver e melhor aproveitar as potencialidades.

Dentro e fora da Academia, nos escritos jurídicos e na poesia do viver, existe o traço da Minha Mestre Fatinha em tudo o que eu faço de melhor. A ela, a minha gratidão eterna.

À Professora Doutora Taísa Maria Macena de Lima, que me recebeu generosamente como sua estagiária docente e, assim, possibilitou-me entender que, além da inteligência e do estudo, algumas pessoas possuem talento na realização daquilo a que se dispõem. Exemplo de profissional brilhante que, com o afago sempre presente nas palavras, contribui para a desmitificação da máxima de que a Academia é o cenário perfeito para se encontrar a arrogância.

Ao Professor Walsir Edson Rodrigues Júnior, admirável pela ética e profissionalismo, pelas aulas e contribuições que despertaram em mim, durante a apresentação de um trabalho para a sua disciplina no Mestrado, a vontade de escrever sobre este tema.

Ao meu amigo e companheiro de Mestrado Douglas Eduardo Figueiredo Souza, cúmplice nas alegrias e nos desesperos que fizeram parte desse processo. Dentre as boas experiências vividas, sem dúvidas, ele foi a melhor surpresa, o responsável por manter em mim a crença acerca da existência de pessoas do bem.

À Rita, que, ao entrar em minha casa, trouxe consigo a paz e, gratuitamente, acolheu-me em seu coração como uma filha.

À Cristiane Borges, por ter me trazido o seu carinho e amizade, no exato momento em que eu precisava tê-los conhecido, e por ter me incentivado a pensar que seria possível concluir esta etapa.

RESUMO

A temática central desta dissertação é o universo da Anorexia Nervosa, transtorno alimentar em que a pessoa se recusa a manter um peso mínimo normal, receia adquirir peso e, normalmente, interpreta seu corpo e sua forma de maneira distorcida. O agravamento do quadro clínico pode ensejar a internação involuntária do paciente para reversão de seu estado desnutricional. Nesse contexto, o conceito médico de competência é empregado para justificar e legitimar a constrição da autonomia privada. Durante o período em que se faz impossível gerir pessoalmente todos os atos da vida civil, urgem-se reflexões jurídicas a fim de se questionar quais poderiam ser os instrumentos dogmáticos no auxílio a esse paciente. Contudo, se a patologia, em um caso específico, compromete o discernimento, impossibilitando a realização de alguns atos, a interdição judicial pode vir a ser necessária. Nesse caso, alguns apontamentos acerca dos limites da sentença de curatela carecem ser feitos, para que a medida não configure um recurso desarrazoado. Se a Anorexia Nervosa compromete o exercício da autoridade parental, faz-se igualmente necessário pensar em um modo de proteger a prole. A suspensão da autoridade parental é, pois, discutida, a fim de se apontar quais os benefícios poderiam ser trazidos pelo instituto. Essa pesquisa, muito mais que buscar respostas, procura articular possibilidades entre a Anorexia Nervosa e o Direito, de modo a discutir prováveis situações que venham a se apresentar na vida de uma pessoa com esse distúrbio alimentar.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa. Internação involuntária. Competência para tomada de decisões médicas. Incapacidade de fato. Interdição judicial.

ABSTRACT

The main subject of this thesis comprises the universe of Anorexia Nervosa, an eating disorder in which the person refuses to maintain a minimally normal weight, concerns about gaining weight and, usually, interprets her body and shape in a distorted way. The worsening of the clinical condition may give rise to an involuntary patient hospitalization to reverse his undernourishment state. In this context, the medical concept of competence is used to justify and legitimize the constriction of private autonomy. During the period in which it is impossible to personally manage all acts of civil life, legal reflections need to be made in order to question which dogmatic instruments could be used to help this patient. However, if the pathology, in a particular case, affects the discernment, precluding the realization of some acts, the judicial interdiction may become necessary. In this case, some notes about the limits of guardianship sentence need to be made so that the measure does not configure an unreasonable resource. If Anorexia Nervosa affects the exercise of parental authority, it is also necessary to think about a way to protect the offspring. The parental authority's suspension is therefore discussed in order to point out which benefits could be brought by the institute. This thesis, rather than search for answers, aims to articulate possibilities between Anorexia Nervosa and Law, in order to discuss probable situations that can affect the person with this eating disorder's life.

Keywords: Anorexia Nervosa. Involuntary hospitalization. Competence for medical decision making. De facto incapacity. Judicial interdiction.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 COMER TUDO OU COMER O NADA? REFLEXÕES SOBRE O SIGNIFICADO MÍSTICO DA ABUNDÂNCIA E DA PRIVAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO NO CONTEXTO DA RELIGIOSIDADE	23
2.1 O corpo como signo.....	23
2.2 O ascetismo	27
2.3 O jejum como herança de práticas ascéticas nas grandes religiões	36
2.3.1 <i>Judaísmo</i>	40
2.3.2 <i>Islamismo</i>	42
2.3.3 <i>Cristianismo – Catolicismo</i>	47
2.4 Gula: esclarecimentos preliminares sobre o pecado de se pecar.....	49
2.4.1 <i>Os termos da gula</i>	51
2.4.2 <i>Um pecado capital</i>	52
2.5 A Anorexia Sagrada e o corpo como o altar de si mesmo: as santas jejuadoras	57
2.5.1 <i>Santa Vilgefortis</i>	58
2.5.2 <i>Santa Clara de Assis</i>	59
2.5.3 <i>Santa Catarina de Siena</i>	62
2.5.4 <i>Santa Maria Madalena de Pazzi</i>	66
3 DA ANOREXIA SAGRADA À ANOREXIA NERVOSA: UM MESMO FENÔMENO?	69
3.1 Anorexia Nervosa: primeiras indagações	74
3.2 Evolução histórica do diagnóstico da Anorexia Nervosa.....	75
3.3 Evolução da literatura médica: aspectos gerais da clínica e da terapêutica	80
3.4 Etiologia da Anorexia Nervosa: uma doença multifatorial	83
3.4.1 <i>Fatores biológicos e genéticos</i>	85
3.4.2 <i>Fatores individuais</i>	87
3.4.3 <i>Fatores socioculturais</i>	89
3.4.4 <i>A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares</i>	90
3.5 O tratamento da Anorexia Nervosa.....	94
3.6 Anorexia Sagrada e Anorexia Nervosa: apontamentos sobre um (im)provável <i>continuum</i>	99
3.6.1 <i>Rudolph M. Bell</i>	99
3.6.2 <i>Caroline Walker Bynum</i>	101
3.6.3 <i>Joan Jacobs Brumberg</i>	105
3.6.4 <i>Algumas divagações em traje de opinião</i>	107
4 A PROBLEMATIZAÇÃO EM ÂMBITO JURÍDICO DE ALGUMAS SITUAÇÕES QUE PODEM MATIZAR A REALIDADE DE UM PACIENTE ANORÉXICO	109
4.1 A possibilidade de internação involuntária e sua disciplina jurídica	110
4.2 O conceito de competência.....	114
4.3 A dissonância de interpretações como reflexo da (in)compreensão dos aspectos idiossincráticos da Anorexia Nervosa	117
4.3.1 <i>Caso Britânico</i>	117

4.3.2 <i>Caso Espanhol</i>	118
4.3.3 <i>Algumas considerações</i>	120
4.4. A capacidade civil desde o Código Civil de 1916: alguns pontos que merecem ser destacados.....	122
4.5 Anorexia e incapacidade	132
4.6 Aparato dogmático a legitimar a atuação em nome de outrem	133
4.7 Interdição judicial: medida razoável?.....	135
4.7.1 <i>Previsão legal: a Anorexia Nervosa e as categorias abstratas de incapacidade</i>	137
4.7.2 <i>O procedimento especial da ação de interdição: introdução</i>	138
4.7.2.1 <u>O exame pericial: algumas observações</u>	140
4.7.3 A importância dos limites da sentença de curatela	145
4.8 O exercício da autoridade parental e a possibilidade de suspensão	148
4.9 O artigo 1.780 do Código Civil de 2002 e a curatela do enfermo ou portador de deficiência física	152
5 CONCLUSÃO	155
REFERÊNCIAS.....	159

1 INTRODUÇÃO

Abundância e abstinência de alimentação: o que representa o exaurimento ou a negação do desejo para um indivíduo? Comer tudo ou comer o nada? O que diz o corpo quando vive o excesso e, paradoxalmente, é aniquilado pela saciedade: seja por deglutir o todo ou a ausência?

Ao se estudar os distúrbios da alimentação, para além de uma estrutura de sintomas, hipóteses etiológicas e apontamentos terapêuticos, está-se diante de um discurso mudo. O corpo balbucia as primeiras mensagens ecoadas na psique humana. Na barganha das adjetivações do mundo da vida, qualquer indivíduo está sujeito a uma gama de interpretações extraída da imagem que ele projeta na sociedade. Todavia, qual o impacto de ser visto? Qual o peso do olhar alheio na modulação da identidade?

Como explicar que a sociedade globalizada, hoje, sofre com níveis alarmantes de obesidade e, ao mesmo tempo, assusta-se com o crescimento vertiginoso de casos de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa? Isso sem considerar os portadores desses transtornos que permanecem desconhecidos aos índices estatísticos, enclausurados dentro do próprio segredo, experimentando a solidão dos desertos de si mesmos. Por que os extremos, na conduta alimentar, tornaram-se mais normais que a “normalidade”?

A despeito da efervescência das interrogações e das elucubrações de ordem psicanalítica, o que se tem por concreto é o fato de a Anorexia Nervosa ser um transtorno mental com alto índice de óbito, e a percepção de que, cada vez mais, os casos começam a ganhar os holofotes da mídia.

Tão logo o inusitado começa a se despejar na realidade, faminto por respostas que lhe atendam, o Direito é impelido a projetar sua voz, fazendo reverberar os esboços de soluções que, nem sempre, solucionam de fato; apenas, saciam momentaneamente. No universo da Anorexia Nervosa, a questão é, ainda, mais incipiente, posto que os primeiros questionamentos sequer encontraram pouso em solo jurídico. Por ora, ainda, gravitam em torno do eixo sanitário, apontando supostas causas e conjugando os efeitos da patologia.

A decisão de escrever sobre o tema da Anorexia Nervosa nasceu, exatamente, desse “oco”, da inexistência de escritos que problematizassem,

juridicamente, questões passíveis de serem encontradas na realidade de um paciente com esse quadro clínico.

A partir do momento em que o universo da Anorexia Nervosa começou a ser explorado, três problemas se tornaram centrais para o desenvolvimento das considerações jurídicas da presente dissertação.

O primeiro questionamento se referia à possibilidade de um paciente com Anorexia Nervosa ser considerado incapaz para os atos da vida civil. Em caso afirmativo, a segunda indagação especulava se seria possível, *a priori*, estipular essa incapacidade e, por fim, o intuito seria analisar se, dentro do ordenamento jurídico, existiriam institutos que poderiam ser invocados para auxiliar esse paciente diante de alguma dificuldade por ele enfrentada na prática dos atos de sua vida civil.

A fim de tecer as hipóteses para cada um desses pontos, buscou-se, como marco teórico, a ideia de gradação de capacidade trazida por Pietro Perlingieri em sua obra “Perfis de Direito Civil”. Trabalhar com um conceito abstrato e binário de capacidade, negligenciando o fato de que, em um contexto de incapacidade, existe, igualmente, um horizonte de habilidades que podem e precisam ser preservadas, soçobriaria com as expectativas erigidas para esta pesquisa.

Tendo por base essa concepção de que a incapacidade há de ser examinada e delimitada em cada caso concreto, preservando, paralelamente, o universo de possibilidades que não é atingido pela causa incapacitante, o centro de gravidade ao redor do qual seria possível desenvolver esta pesquisa estava definido.

Desse modo, ela se subdividiu em três etapas que se consubstanciaram nos três capítulos centrais da dissertação.

No primeiro capítulo, buscou-se investigar a origem da privação alimentar em um contexto de religiosidade. O início dos comportamentos ascéticos e a motivação para se impingir sofrimento ao corpo eram informações que norteariam o porquê da prática do jejum. Para complementar o significado da abstinência em um cenário de misticismo, pesquisou-se em quais momentos e de que modo as três principais religiões do tronco abraâmico abordam a alimentação – seja pela abundância ou pela privação – como um instrumento por intermédio do qual se exerce e se demonstra publicamente a crença. Buscou-se, ainda, entender, em contraponto ao jejum, os motivos pelos quais se condena a gula e porque, para o espírito, ela representaria algum tipo de ameaça. Por fim, adentrando pelo cenário religioso medieval, foram trazidas as histórias das principais santas jejuadoras que praticaram

o que os historiadores designam por “Anorexia Sagrada”. Esse último tópico inicia uma reflexão a ser respondida, no capítulo subsequente, no tocante a ser, ou não, a “Anorexia Sagrada” o que, hoje, a Psiquiatria classifica como Anorexia Nervosa.

No intuito de fornecer as informações necessárias sobre as quais será possível identificar a “Anorexia Sagrada” como um *continuum* ou um fenômeno distinto da Anorexia Nervosa, o segundo capítulo traz uma revisão da literatura médica no que se refere aos principais aspectos da patologia. Apresentam-se sinteticamente a evolução histórica do diagnóstico, as características gerais do quadro clínico, os principais sintomas, a etiologia e a abordagem terapêutica, com o fito de propiciar uma imersão no que se afigura o cerne da pesquisa. Nenhuma construção jurídica poderia ser erigida sem que a Anorexia Nervosa fosse desnudada e exposta perante olhos que, provavelmente, não trazem a Medicina na retina. Por último, exploradas as informações mais relevantes para o entendimento da entidade nosológica *in focu*, as obras de três historiadores que se propuseram a traçar os pontos de coincidência e divergência entre a “Anorexia Sagrada” e a Anorexia Nervosa foram apreciadas. A argumentação central contida em cada uma delas foi sistematizada, a fim de possibilitar um posicionamento acerca de serem os dois fenômenos um *continuum* ou não. A opinião defendida no trabalho foi registrada.

O último capítulo tratou de problematizar, sob viés jurídico, algumas questões que podem se materializar junto à realidade de um paciente anoréxico. Discutiu-se a possibilidade de internação involuntária, qual seria o aparato conceitual, do ponto de vista médico, que a legitimaria, bem como a sua regulamentação pela Lei nº. 10.216/2001. Em momento posterior, duas decisões judiciais, proferidas na Inglaterra e na Espanha respectivamente, que versaram sobre a possibilidade de internação involuntária de uma paciente anoréxica crônica foram abordadas. A falta de informação acerca das peculiaridades do quadro clínico fez com que os provimentos fossem antagônicos, e o aspecto central que conduziu à divergência foi abordado. Fez-se, também, breve análise sobre a abordagem da (in)capacidade civil nos Códigos Civis de 1916 e de 2002, salientando os erros e os acertos que o transcurso temporal fez reverberar no atual diploma civil. Diante do critério, hoje, adotado para declaração da incapacidade civil, questionou-se se a Anorexia Nervosa, conforme as características clínicas apresentadas, poderia acarretar algum nível de incapacidade civil ao paciente. Trabalhando com essa hipótese, foram

buscados, dentro do ordenamento jurídico, institutos que, de algum modo, promovessem a tutela desse indivíduo e/ou de seus interesses. A eleição de determinado aparato dogmático e o modo como se daria sua aplicação foram objetos de reflexão, cumprindo, por fim, com o escopo que balizou a pesquisa: problematizar e discutir, dentro do Direito, inúmeros aspectos que a vida de um paciente com Anorexia Nervosa pode apresentar.

2 COMER TUDO OU COMER O NADA? REFLEXÕES SOBRE O SIGNIFICADO MÍSTICO DA ABUNDÂNCIA E DA PRIVAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO NO CONTEXTO DE RELIGIOSIDADE

O que há por trás da aparente ausência de sentido? Como transcender a denotação e alforriar o olhar para se habilitar junto aos significados que subjazem à superficialidade?

A percepção da existência de um sistema de significação de natureza inconsciente; a aferição de que os comportamentos exteriorizados pelo ser humano reverberam motivações fincadas na psique e a análise acerca do impacto que o corpo social exerce na moldagem do individual foram produções no âmbito das ciências sociais que permitiram interpretar o mundo da vida e, assim, buscar os significados para além dos signos.

Ciente de que as crenças e práticas, os hábitos e os costumes expressam muito mais do que a si próprios e são mais que subprodutos da interação das instituições econômicas e políticas (RODRIGUES, 2006), o cientista social pôde vislumbrar serem essas manifestações “elementos significacionais capazes de encaminhar o espírito para domínios não frequentados habitualmente pela consciência”. (RODRIGUES, 2006, p. 11). Auscultar a superfície dos comportamentos seria, pois, um caminho interessante a fim de se entender o pensamento e o sentido dos seres humanos.

2.1 O corpo como signo

Tomando a sociedade como sistema de significação, seus elementos são vistos como significantes em sua singularidade e, também, produtores de significado quando inter-relacionados. A atividade do espírito humano seria a de um estruturador inconsciente que ordenaria e organizaria a relação entre o homem e o mundo, não com o intuito, somente, de exercer controle, mas, sobretudo, para determinar e sistematizar. (RODRIGUES, 2006). Assim, a entropia seria substituída pela organização e o caos, engessado dentro das fronteiras da ordem – situações viabilizadoras da arquitetura do grupo humano enquanto tal.

A atribuição de sentido, a convenção de valores e significações, o reconhecimento ou a eleição de símbolos, que atuarão como convenções abstratas

a serem observadas para coordenar a mecânica da vida, são movimentos que apontam para uma formação cultural e, simultaneamente, conduzem ao pensamento de que a sociedade não é um dado, um quadro ou algo cristalizado. Trata-se de uma construção do pensamento que não se desconecta dos agentes sociais, uma estrutura que, concomitantemente, molda e é moldada, suscetível às intempéries do tempo e refletora das modificações trazidas pelo espaço.

Uma vez constituídos, esses sistemas de significação e sua lógica – termos que, apelando para uma linguagem mais familiar, podem ser substituídos pela noção de cultura – são inculcados por intermédio da educação nos indivíduos, de maneira que eles apreendam – e, preferencialmente, aprendam! – as similitudes essenciais que a vida coletiva supõe, garantindo, desse modo, um padrão mínimo de homogeneidade para o sistema social. (RODRIGUES, 2006). Assim, na mente de um indivíduo, a cultura corporifica seu próprio sentido quando delimita os seus contornos externos, apresentando oposição a uma ‘não-cultura’, ou seja, outro referencial cultural, repellido pelo observador que não se reconhece como integrante dessa estrutura de significados díspares e, automaticamente, a relega ao domínio da ‘natureza’¹.

A educação, nesse contexto, atua, portanto, como um processo repressor, por intermédio do qual uma gama de princípios comuns aos membros de uma dada sociedade é inoculada em seus indivíduos que, muito pouco provavelmente, ver-se-ão encorajados a negá-la ou desafiá-la explicitamente. A transmissão desse conteúdo, princípio lógico que massifica e padroniza *standards* de pensamento e comportamento, possibilitando a vida social, figura como alicerce do que se denomina ‘civilização’. (RODRIGUES, 2006).

Esses princípios estruturais não de se reproduzir igualmente no corpo humano de maneira a lhe atribuir um sentido particular, a ser delineado conforme os diferentes sistemas sociais. Cada sociedade elege uma série de atributos que, enfeixados, sustentarão quadros idealizados a serem perseguidos e concretizados

¹ De acordo com José Carlos Rodrigues (2006), o antropólogo qualifica como ‘natural’ tudo que independe da tradição social, que não se afigura comportamento aprendido, que transcende o domínio das normas e dos hábitos e costumes. Tudo que pode ser visto, portanto, como universal, posto não pertencer a nenhum grupo social humano em específico. Em contrapartida, ‘cultura’ seria o universo peculiar a uma dada sociedade e dependente de suas regras. Já para o indígena, situado dentro de um sistema de significação específico, essa noção não é uniforme, uma vez se tratar de uma formulação, cuja semântica cambiará de acordo com a sociedade.

por seus membros, tanto no que se refere a níveis de intelectualidade e moralidade, quanto no que se relaciona à sua estrutura física.

É durante a infância que a educação atuará na introjeção desses atributos, criando estados mentais e físicos, estabelecendo ideais a serem atingidos em diversos âmbitos de realização da personalidade, seja por uma exigência da sociedade global, seja como requisito da fração social a que o indivíduo se associa particularmente. (RODRIGUES, 2006).

A cultura atua, conseqüentemente, como um seletor que, ao dicotomizar o “bom” e o “ruim”, o “desejável” e o “repulsivo”, o “belo” e o “feio” e tantas outras categorias de adjetivação operadas por antíteses, estabelece normas em relação ao corpo.

O indivíduo, inserido em uma mecânica de castigos e recompensas, tenderá a se conformar a essas normas até que os padrões de comportamento eleitos se lhe apresentem como naturais (RODRIGUES, 2006), ainda que se saiba ou se possa constatar serem essas formulações acerca do ‘natural’ e do ‘universal’, na realidade, submetidas às influências advindas da religião, da ocupação, do grupo familiar, da classe social e de outros tantos intervenientes sociais e culturais.

O corpo, portanto, imerso nesse sistema de adjetivações cultural, não escapa à sua representatividade como signo. Para além do sentido denotativo, atua como mais um indicador da posição social de um indivíduo que demonstra, na aparência, o estandarte de sua prosperidade na vida ou o fracasso de conjugações não tão exitosas. Inúmeras conotações são despejadas na realidade.

As relações sociais explicitam o esforço de seus partícipes para conseguirem transmitir o que ambicionam ou, na sua impossibilidade, para buscarem recursos que lhes possibilitem atenuar ou mesmo sufocar as mensagens que não desejam propagar. Na barganha rotineira das adjetivações, que, voluntariamente, ou não, alcança qualquer membro da sociedade globalizada e o torna o publicitário de si mesmo, cada indivíduo observa os ideais ditados pelos veículos midiáticos, pela moda e pelos padrões higiênicos, dietéticos e terapêuticos a fim de ecoar alguns desses sentidos.

Essa autopropaganda formulada para si é submetida a julgamentos ininterruptos e validada ou desprezada pelo olhar do ‘outro’. Ninguém escapa à etiquetagem, à classificação e à habilitação que o torna ‘apto’ a atuar em determinado emprego ou frequentar certos lugares. Cria-se uma expressão

socialmente relevante: o ‘perfil’, e os “césares da modernidade”, levantando seus polegares para cima ou para baixo, condenam ou absolvem sob o discurso eufêmico de que determinado ‘perfil’ não foi atendido.

Não há como negar que a contrariedade à pré-concepção formulada face aos ‘perfis’ provoca surpresa nas pessoas. Mesmo com os sussurros do superego à consciência. Quem, na sociedade, em particular, ocidental, não profere interjeições de espanto quando uma pessoa bem trajada e de “boa aparência” é identificada como autora de crimes bárbaros na mídia? Geralmente, um paciente, ao adentrar por um consultório médico, não espera ser atendido por um profissional negro, todavia, não há balbuciar de indignação se essa for a cor da pele de um indivíduo pertencente a uma camada social mais baixa.

Ao corpo, desse modo, atribuem-se crenças e sentimentos que estão na base da vida social, mas que, ao mesmo tempo, não se subordinam diretamente a ele. O mundo das representações se acresce e se sobrepõe a seu fundamento natural e material, sem que dele advenha diretamente. (RODRIGUES, 2006).

Além do significado que o corpo transmite *per sí*, a relação de um indivíduo para com seu próprio corpo propala, igualmente, incontáveis quadros simbólicos. Afinal, “não há comportamento humano fora da cultura ou resultante de qualquer abstração que se faça desta”. (RODRIGUES, 2006, p. 25). Assim, além do aspecto instrumental – que aponta a finalidade à qual se visa alcançar com determinado comportamento – passa a ser instigante o questionamento acerca de seus traços expressivos: que simbologia subjaz à determinada ação e qual a perlocução que se transmite para além da plasticidade do que foi externalizado e sensorialmente identificado.

Nessa investigação², que nunca há de ser abraçada pela finitude, outra dimensão é descortinada e apresentada à efervescência dos apontamentos. Diante da impossibilidade de se subsumir o agir às categorias binárias do consciente e do inconsciente – ao menos sem que a aventura se desqualifique pelo próprio atrevimento – e, tomando, portanto, o primeiro plano que se apresenta como mais “palpável”, poder-se-ia questionar: Afinal, que grau de clareza delinea a consciência? Quais seriam os aspectos explícitos e conscientes e quais seriam as dimensões dissimuladas e inconscientes das ações sociais?

² Refere-se ao conhecimento dos aspectos instrumentais (pragmáticos) e expressivos (simbólicos) que envolvem qualquer comportamento.

Enfrentar a audácia de tais interrogações serve, nesta pesquisa, para provocar a diluição das zonas de conforto do raciocínio e lançá-lo à exploração de porquês que, não raro, quedam intocáveis, fora do tato da curiosidade.

No universo da religiosidade, que interessa ao desenvolvimento deste ponto, o corpo sempre esteve dotado de significados. Há diversos ritos na conjuntura do místico que envolvem aspectos corporais, seja operando modificações de ordem estética, subjugando os impulsos e as necessidades do organismo a restrições diversas ou, então, pregando a ingestão de determinado alimento ou vinculando o festejar de uma data à existência de uma refeição farta. Certo é que a alegria, a tristeza, a resignação, a culpa, o luto, bem como situações intersticiais que marcam a transição entre diferentes momentos ou etapas, são traduzidos em atitudes que recaem ou se fazem anunciar por meio do corpo daquele que perpassa por essas emoções.

Quando revolvidas as páginas da História, verifica-se que, se o embate entre o sagrado e o profano, por um lado, açoitava a razão com os sentimentos de remorso e débito, por outro, ele se realizava e ainda se realiza dentro dos limites do corpóreo. Afinal, a noção de corpo como “prisão da alma”, não raro, fez-se presente como anteparo no alcance do sublime, no contato com a perfeição. Adestrar os apelos mundanos que enodoam as tentativas de ascensão ao divino foi e continua sendo um recurso de superação – ou negação – de pontos que obrigam o indivíduo a se deparar com o humano, como o todo “demasiado humano” que o impede de transpor os céus.

2.2 O ascetismo

O eixo deste capítulo reside no entendimento do que seja o ideal ascético.

A palavra ‘ascese’ vem do substantivo grego *áskesis*, cujo sentido se traduz por “prática”, “treino” ou “exercício”. No mundo grego, esse termo assumiu, em um primeiro momento, o significado de renúncia física, de “fazer de tudo para...”, a exemplo dos atletas e soldados que se submetiam a privações e a exercícios contínuos com o fito de aperfeiçoarem o condicionamento corporal e a capacidade combativa. Posteriormente, a palavra passou a denotar ‘exercício moral’, autodisciplina, “preocupar-se por...”. (HIGUET, 2005).

No contexto religioso, ascese pode ser traduzida como um conjunto de esforços mediante os quais se busca o progresso na vida moral e espiritual. Expressa “a recusa pelo ser humano da sua condição encarnada e o seu desejo nostálgico de alcançar durante a vida presente um absoluto subtraído às vicissitudes da existência temporal”. (HIGUET, 2005, p. 107).

Apesar de extremamente diversificadas, as práticas ascéticas religiosas se ilustram em comportamentos bem específicos: jejum prolongado, vigílias, exposição aos rigores climáticos, disciplinas e austeridades, contato com o repugnante, solidão, silêncio, clausura, penúria material, abstinência sexual. Situações que, segundo os praticantes, não possuem um fim em si. Elas permitem o despertar para a vida mística, por intermédio da luta contra as paixões e os impulsos sensíveis. Proporcionam a libertação em vista de uma vida interior intensa, feita de orações e meditações contínuas. (HIGUET, 2005).

Na Índia, os ascetas são conhecidos desde o século XV a.C.. A prática mais difundida por eles se denomina “tapas” e evoca um aquecimento provocado e violento. Sob a terminologia, está uma série de práticas, tais como: o jejum prolongado, a abstenção de sono, a permanência em uma perna só, o exercício de suportar o calor mais intenso ou o frio mais rigoroso, manter-se em silêncio e controlar a respiração. Tais comportamentos se justificam para que as energias corporais se concentrem no alcance do êxtase e para que se obtenham poderes mágicos. (HIGUET, 2005).

Na história subsequente do Hinduísmo, essas purgações desembocam em um tipo de conhecimento de cunho místico ou gnóstico, capaz de livrar o adepto do ciclo dos renascimentos e de propiciar a conquista de prazeres ilimitados³. (HIGUET, 2005).

No âmbito cristão, os elementos gnósticos do nascente cristianismo – expressos pela Escola Gnóstica de Alexandria no século II – junto à crença popular acerca da proximidade do fim do mundo, colaboraram para a propagação do ascetismo no Egito a partir do século III. (WEINBERG; CORDÁS, 2006). Nesse contexto, surgem os “Pais do Deserto”, eremitas que abandonavam as cidades por uma vida de privação e isolamento no deserto.

³ Hoje, ainda, o *sadhu* – homem santo na cultura hindu – volta-se para as práticas extremas, ao passo que as escolas bramânicas privilegiam a meditação. (HIGUET, 2005).

Uma existência longe das influências e impulsos mundanos sempre se apresentou como sinônimo de busca de um estado de perfeição, representado, sob o pano de fundo cristão, pelo seguimento dos preceitos doutrinários e distanciamento da vida secular.

O cristianismo introduziu, ainda, uma questão ideológica atinente ao caráter escatológico do mundo, cerne de sua doutrina. Renunciar a essa realidade e aos seus apelos significava transpor um espaço condicionado pelo tempo e, conseqüentemente, condenado à finitude. Além disso, disseminou-se a ideia de que a pior fatalidade não se originaria da cólera de Deus – Pai sempre propenso a perdoar a seus filhos –, mas, sim, dos comportamentos humanos. (NUNES JÚNIOR, 2005).

Assim, se, por um lado, o desejo de isolamento poderia ser assombrado pela imagem de um grande sacrifício, por outro, o que o indivíduo estaria a renunciar seria um mundo isento de segurança que, no discurso cristão, apresentava-se insatisfatório e finito, fadado ao fracasso pelo seu próprio funcionamento. A desilusão e a indignação face às interpretações acerca da vida humana resultaram para alguns sujeitos no abraçamento da vida eremítica, adjetivo etimologicamente associado ao substantivo grego *eremos* que significa deserto. (NUNES JÚNIOR, 2005). Desse modo:

Desejar a própria morte, pelo martírio, ou morrer para o mundo, via uma vida de ascese e isolamento nos desertos, foram, então, estratégias de encarar a iminência e a imprevisibilidade frente à finitude do mundo e da própria vida. A vocação para a ascese e a retirada para a solidão dos desertos ofereceram-se como opções de desprezo a toda a materialidade do mundo e da carne. (NUNES JÚNIOR, 2005, p. 26).

Contrariamente às aldeias e cidades, o deserto era a região desprovida do que se fazia necessário à sobrevivência humana, apresentando-se como desafio a tudo o que a carne demandava, afinal, junto à luta contra a falta do alimento, os Pais do Deserto enfrentavam a impossibilidade de satisfação de seus desejos sexuais.

No pensamento cristão, principalmente, a partir do século II, a sexualidade passou a ser o principal expoente da fragilidade humana, devido ao fato de alguns pensadores cristãos associarem o pecado original do livro bíblico do Gênesis e o desejo sexual, responsável pela expulsão do paraíso. (NUNES JÚNIOR, 2005). Os encratitas ou continentais, seguidores do pensamento de Taciano, seita cristã

difundida na Síria no século II, consideravam que a reprodução fomentava a continuidade do ciclo da morte, fazendo a associação intrínseca, portanto, entre sexo e morte. Vencer o corpo e seus impulsos vis seria o mesmo que vencer a morte. Dessa maneira, no alicerce ético do pensamento cristão, o corpo ocupou o espaço principal, originando-se, dessa constatação, as diretrizes que deveriam ser atendidas por aqueles que visavam à perfeição. (NUNES JÚNIOR, 2005). Foi por intermédio de uma vida de sacrifícios, orações e trabalhos, que os eremitas buscavam superar as demandas corporais e se colocavam, diariamente, na posição de vencer a fatal tentação de Adão, tal como este não fizera.

O deserto era a zona do não humano, buscada para que se procedesse à transcendência da própria humanidade. Espaço universal do despojamento, do aplainamento, na medida em que é a representação do deserto interior, a terra desértica conferia o sentido de uma interioridade oculta a ser encontrada. Trata-se de um lugar de emergência, de revelação. (BIDAUD, 1998). O eremita, voltado ao infinito, à eternidade, situa-se no transpessoal, despido de qualquer traço de subjetividade. O grande vazio que o meditante percebe e do qual participa, em seu processo interior de busca, não se identifica com o niilismo e, sim, com a suprema plenitude. (BIDAUD, 1998).

Um dos nomes mais citados nesse cenário é o de Santo Antão, tido por muitos como o precursor do ascetismo cristão no ano de 250 d.C.. Éric Bidaud (1998, p. 43) versa sobre a história de Santo Antão nos seguintes termos:

Aos vinte anos, retira-se para um sepulcro afastado da aldeia, enterra-se vivo e entrega-se a uma ascese rigorosa: jejum, austeridade, noites sem sono. Nesse túmulo, experimenta as famosas tentações que farão sua celebridade: aterrorizantes e fabulosas personificações do mal, expressões apavorantes de Satã, figuras da morte formam esse odioso sabá a que ele se aferra. Fortificado por essa provação, ele deixa o sepulcro e sai para a luz, avançando mais ainda no deserto, submetendo-se aos assaltos do mal, mortificando-se, jejuando no meio de seu teatro de sombras, para “tornar-se um anjo entre os anjos”.

O percurso dos ascetas que o sucederam reverbera o mesmo sentido presente na experiência de Santo Antão, qual seja, combater as inclinações de sua natureza decaída, crucificar-se, à semelhança do Cristo, face aos efeitos devassadores da privação, conclamar a ameaça que representa o desejo, sem, contudo, render-se à sua satisfação.

A partir da experiência dos eremitas, a organização da vida monástica possibilitou, por assim dizer, a criação de “desertos artificiais”: os cenóbios ou mosteiros, refúgios seguros, regulamentados por prescrições precisas, nos quais, no decorrer dos séculos, homens e mulheres adentraram para dedicarem suas vidas a serviço de Deus, isolados do mundo e em comunhão com outros membros que partilhavam os mesmos ideais. (NUNES JÚNIOR, 2005).

São Pacômio, seguidor do ideal ascético difundido por Santo Antão, foi o responsável por estabelecer, no Oriente, a primeira forma de cenobitismo cristão, pela instituição de uma regra e hábitos comuns. A experiência, nesse caso, deixa de ser individual para assumir um cunho comunitário. O cenobita é o monge que leva uma vida retirada, mas junto a outros que comungam dos mesmos interesses e princípios. A regra, estabelecida por uma comunidade, introduz a medida nos modos ascéticos e fixa um regime praticável por todos os temperamentos e por qualquer indivíduo possuidor de uma saúde entendida por ‘normal’; uma espécie de *minimum*. As iniciativas individuais são, por sua vez, submetidas à apreciação de um padre superior que, na função de terceiro mediador, atuará no refreio da efusão mística a-comunitária. (BIDAUD, 1998).

Nas raízes da vida monástica, a atenção ao corpo é salientada. Trabalhando-se a carne, o espírito se eleva. O estado de perfeição, desejado pelos eremitas e cenobitas, tem como alvo a superação ou negação do próprio corpo. Este se afigura obstáculo, apresenta-se como um algo que não se cristianiza, que não alcança o aperfeiçoamento, que resiste e oferece o assombro na tentação.

No Ocidente, o estabelecimento da vida monástica se deu na Europa, graças aos empreendimentos de Bento de Nursia, morto em 547 d.C., que a estruturou por meio de sua ‘Regra’. Centrada na vida fraterna e orientada por um abade e pelo preceito *ora et labora*, a *Regula Monachorum* de São Bento é constituída por 73 capítulos, nos quais são apresentadas as leis que hão de reger os mosteiros beneditinos. Dentre os assuntos versados estão: a função do abade, a renegação do mundo por intermédio do acolhimento do voto de pobreza, ensinamentos sobre castidade e obediência, orientações sobre o silêncio, o trabalho e a oração, a divisão de cargos e ofícios em um mosteiro, o trato a ser direcionado aos monges que

violam a disciplina, a recepção dos hóspedes⁴ e o ingresso dos noviços. (NUNES JÚNIOR, 2005).

A regra de São Bento difundiu-se rapidamente por toda a Europa e, ao longo da Idade Média, várias ordens religiosas se originaram e a tiveram por norte, contribuindo para a propagação da vida monástica. Ario Borges Nunes Júnior (2005, p. 33) cita algumas delas:

Em 1012, São Romualdo que, depois de três anos de vida eremítica, “comia três dias por semana meio filão de pão e um punhado de favas; três dias tomava com discreta sobriedade vinho e comida preparada”, funda a ordem dos Camaldulenses, de absoluto rigor em termos de jejum e silêncio. Em 1084, São Bruno fundou a Cartuxa, na qual, cada monge vive isolado dos demais em sua cela, sendo “a comunidade uma justa posição de solidões”. Roberto de Molesmes, em 1098, funda a ordem Cisterciense, da qual São Bernardo foi um dos principais expoentes, tendo exercido uma grande influência, não só na difusão da ordem (fundou 67 abadias), mas também no cenário político e religioso do século XII [...].

O ideal ascético no cristianismo – vislumbrado tanto na experiência singular dos eremitas, como na vivência comunitária dos cenobitas – teria o condão de desempenhar três funções principais, segundo Bidaud (1998, p. 108-109):

[...] participação na Cruz de Cristo, reparação do mal, substituição (solidariedade concreta com Cristo e os irmãos). Trata-se de assumir a condição de ser humano caminhante, peregrino em viagem para a Jerusalém celeste; de tomar consciência da própria criaturalidade, aceitando-a como dom de Deus, numa experiência que exorciza todo orgulho, toda prepotência, toda ilusão de salvar-se por si mesmo; enfim, de alimentar a “chama viva” do amor de Deus.

A lógica do asceta é, pois, buscar experiências que o façam se identificar com o sofrimento do Cristo. Para tanto, punge o corpo, sufoca as necessidades orgânicas, cria uma situação de desafio constante que o impulsione a transcender sua condição humana. Seus poderes aumentam na medida em que renuncia aos gozos mundanos. Afastar-se dos homens é aproximar-se de Deus e, assim, romper a distância, abrir-se à continuidade – o análogo do divino. Tudo que se origina da descontinuidade existente na vida profana, tudo que apresenta o sentido de

⁴ São Bento se preocupou que, nos mosteiros filiados à sua Regra, existisse uma ala destinada aos hóspedes. Assim, peregrinos, viajantes, almas atribuladas que desejassem um lugar de paz poderiam encontrar nos redutos beneditinos esse local de acolhida. Os monges deveriam receber bem, como se estivessem recebendo o próprio Cristo. (NUNES JÚNIOR, 2005).

alternância é repellido: o sono, a fala, a comida, as relações sexuais. Esse projeto de morte de si mesmo passa a ser o acesso ao sagrado, ao gozo divino.

O asceta tenta e é tentado a retornar a uma unidade original que o fará esquecer o desmembramento, a cisão que o posicionara como criatura em contraponto ao criador.

Nesse ponto da discussão, interessante trazer o significado de *apatheia* trabalhado por Bidaud (1998), uma vez que ele sintetiza o que foi cunhado nas linhas acima. Em teologia, *apatheia* designa “um ponto de realização na conquista da intimidade divina: ausência de paixões e, em consequência, tranqüilidade da alma chegada ao perfeito desprendimento, ou mesmo à impecabilidade”. (BIDAUD, 1998, p. 44). Na doutrina primitiva cristã, o termo reflete um estado de semelhança com Deus, aferido pelo desaparecimento do desejo identificado ao pecado. O cristão perfeito atinge um estado de calma e indiferença, suas pulsões são anuladas e as sensações que ainda lhe tocam advêm da permanência do corpo: a fome, a sede, o sono. A apatia é uma conquista que se consolida por meio de um combate metódico, de um constante adestramento de si. (BIDAUD, 1998).

Todavia, qual seria a justificação do ideal ascético se o foco for trazido para dentro do indivíduo? Que explicações poderiam ser extraídas se levado em consideração o psicológico do praticante?

Apesar de não existirem respostas certas e uníssonas para as questões suscitadas, algumas considerações podem ser feitas no intuito de ampliar a margem de discussão do tema proposto.

No primeiro tópico deste capítulo, apresentou-se a noção de cultura como um sistema de significação que, junto à sua lógica, é introjetado no indivíduo por meio da educação, a fim de criar um padrão de homogeneidade de pensamentos e de comportamentos capaz de viabilizar a vida em sociedade.

A religião reproduz esse procedimento em um cenário de proporções reduzidas. A categoria central, na história das religiões, está ligada às interdições rituais e à perspectiva de sua transgressão, suscitadora de horror, medo, angústia e desaprovação tanto por parte da comunidade que professa a mesma crença quanto por parte da entidade suprema à qual se oferece devoção. (BIDAUD, 1998). O interdito ritual (procedimento metafórico de ordenação), ao submeter o sujeito a uma ordem de regras, centra-o como ser social e moral e impõe-lhe uma negatividade, residente na transgressão. Ao definir as incompatibilidades simbólicas e estabelecer

os limites do que se concebe por ordem e desordem, as relações entre os fiéis praticantes e entre estes e Deus (ou outro ícone de crença) são traçadas. O conceito de mácula surge a partir da delimitação do simbólico, refletindo a ideia de desordem, de aspiração transgressiva que dissolve os limites existentes em toda ordem social. (BIDAUD, 1998).

Mas em que ponto a mácula e o ato alimentar podem ser associados?

O ato alimentar, por estar inserido em uma ordem, exprime codificações simbólicas: ritmos, abstinência, privação. A engrenagem da ingestão de alimentos se consolida em um sistema de alternância e comedimento, inserindo o sujeito em um processo no qual se fazem necessários a renúncia e o adiamento da satisfação conjugados ao fator tempo.

Nesse ponto, traça-se a distinção entre duas modalidades de jejuns. O jejum ritual se apresenta “como tempo instituído de proibição coletiva, repousa sobre uma estrutura de inclusão e de exclusão relativa; ele tem a função de escansão e de união, modalidade de todo sistema simbólico”. (BIDAUD, 1998, p. 39). O jejum absoluto, próprio de certas vias místicas, funda-se na continuidade da privação, não havendo o estabelecimento de situações em oposição. Desse modo, o sujeito se exclui do processo simbólico e engaja um impulso transgressor. (BIDAUD, 1998). Inversamente do que é difundido pelo processo de socialização, no qual toda cultura transmite ao ato alimentar sua ordem descontínua, orquestrada pela cadência de seus intervalos, o jejuador místico visa a restabelecer o contínuo e turvar o limite simbólico. A partir do momento, portanto, em que existe a quebra da estrutura simbólica, apresentada pela ruptura da descontinuidade que lhe é peculiar, a mácula se perfaz. (BIDAUD, 1998).

Para se explorar a noção de mácula junto ao ato alimentar no cristianismo – cenário religioso dentro do qual serão tecidas as maiores reflexões deste capítulo – faz-se interessante estabelecer um cotejo com o judaísmo, nos moldes do que foi realizado por Bidaud (1998).

O judaísmo, a partir de uma regra estrita que diferencia contatos puros e impuros, principalmente, no tocante à alimentação, estabelece o que é comestível e o que não é. Dessa maneira, existe uma espécie de normatização, e as relações com a divindade são balizadas por meio de um “contrato alimentar”. (BIDAUD, 1998, p. 49).

No Novo Testamento, em contrapartida, não há nenhuma normativa no tocante ao ato de se alimentar, apesar de ser dele que um grande furor ascético irá derivar. Das experiências de privação suscitadas pelo cristianismo, depreende-se a manifestação de dois tipos de jejuns, já mencionados: o ritual, restrição relativa, inserido em uma lógica de descontinuidade, e o absoluto ou místico, por meio do qual o praticante rompe com a descontinuidade e busca uma espécie de sublimação santa.

Bidaud (1998) explica que, quando Cristo proclama: “Não é o que entra pela boca que profana o homem; mas o que sai da boca, eis o que profana o homem” (Mateus 15: 11)⁵, ou ainda: “Nada do que entra nele e que lhe é exterior pode profaná-lo; é o que sai do homem que profana o homem” (Marcos 7: 15), Ele elimina a divisão judaica entre uma matéria pura e impura. Nada do que é exterior ao homem é capaz de ameaçá-lo; o perigo se encontra em seu interior. Nesse ponto, é soçobrada a necessidade de uma interdição alimentar, bem como a ideia de contato impuro. Todavia, a mácula não é anulada e passa a existir dentro do indivíduo, onde não se dilui. O homem é dilacerado, alterado em seu interior por uma repugnância em relação ao seu ser, a partir de então, dividido.

A ingestão da mácula, por um movimento de interiorização, resultará em um sentimento de culpa voraz. O corpo se transforma no receptáculo de toda conceitualização de mácula ou de pecado. O mal que representa o indivíduo, remetendo-o à falta de Adão, segrega-o do ideal de pureza que é Cristo. A via ascética visa, pois, a promover o desaparecimento dessa separação. É esse o propósito no qual se funda o jejum absoluto. (BIDAUD, 1998).

O ascetismo religioso se consubstancia, destarte, em um comportamento de renúncia e de abnegação por uma felicidade sempre situada em um porvir e em um *locus* distante do crente. Trata-se de uma busca que não abraça qualquer ponto de chegada e, portanto, não alforria seu praticante de se sentir, eternamente, um ser em débito.

A prática do jejum está carregada de simbolismo no cenário místico. Em inúmeras religiões, é possível visualizar um código de sentido a justificar ora a abstenção, ora a abundância do alimento, que se apresenta como um dos signos mais importantes na condução do professor de várias crenças.

⁵ BÍBLIA. A Bíblia Sagrada: edição pastoral. São Paulo: Edições Paulinas, 1990.

Contudo, qual o jejum que seria incentivado pelas principais religiões: o jejum relativo ou o absoluto? Em que ponto o limite entre um e outro deixa de existir?

2.3 O jejum como herança de práticas ascéticas nas grandes religiões

O jejum autoimposto tem longa história na humanidade. A abstinência alimentar junto à religião já era vista como meio de purificação por vários povos da Antiguidade. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

No Egito Antigo, o jejum era exercido, durante alguns dias, por aqueles que desejavam ser iniciados nos mistérios de Isis e Osíris. À época, a prática era breve e possuía o propósito de levar a um estado de transe para o recebimento de visões sagradas. O praticante do jejum, ao realizá-lo, intencionava ser agraciado por poderes divinos ou, então, utilizava-o na demonstração de sua devoção, contudo, não consta nos registros que a abstinência alimentar seria empregada como meio de mortificação. Os jejuns prolongados, como o de Moisés, que teria jejuado 40 dias antes de receber os Dez Mandamentos, ou de Jesus e Elias, que, também, teriam jejuado por 40 dias antes de alcançarem a iluminação divina, afiguram-se-iam exceções. Mesmo assim, os 40 dias, conforme muitos, traduzem algum significado místico. O número 40 foi, igualmente, empregado na determinação da quantidade de anos durante os quais os judeus vagaram pelo deserto após a saída do Egito. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Nas filosofias orientais e seitas gnósticas, o jejum prolongado, como parte de um total afastamento do mundo material, já aparece como prática comum.

O Jainismo⁶ se apresenta como uma filosofia exercida por renunciantes que buscam a libertação. A noção de *karman* ocupa um ponto central na doutrina jaina, pois é a eliminação do *karman* e, não, qualquer graça divina, que possibilita a evasão da alma para fora do ciclo dos renascimentos. O sentido da filosofia consiste, então, em, por um lado, eliminar à força o *karman* já produzido e, por outro, construir uma espécie de barreira contra a intrusão de qualquer novo *karman*,

⁶ Fundada por um homem chamado Jina, essa filosofia se estabeleceu em solo indiano há, aproximadamente, vinte e cinco séculos. Jina viveu entre 540 e 470 a.C. e foi contemporâneo de Buda, guardando com este inúmeras semelhanças. Originário de uma família de príncipes do Nordeste da Índia, casou-se e viveu uma vida de luxo até por volta dos 35 anos, quando rompeu com o mundo e se tornou um mendigo religioso errante. Após muito peregrinar e de praticar esforços ascéticos intensos, Jina obteve a iluminação e dedicou os últimos quarenta anos de sua vida a pregar sua doutrina. (DELUMEAU, 2002).

adquirido, principalmente, pela paixão, a visão falsa, o apego e a própria ação enquanto pura e maculada de passividade. (DELUMEAU, 2002). Cada uma dessas fontes de servidão deverá, pois, ser reconhecida como tal e combatida com o auxílio dos meios adequados.

Nesse ponto, surge uma característica bastante peculiar do Jainismo: admita-se que o *karman* já acumulado e que ainda não tenha produzido seus feitos – sob a forma de sofrimento nessa mesma existência ou de renascimentos futuros marcados por grandes adversidades – possa ser violentamente expulso. (DELUMEAU, 2002). Segundo a maior parte das doutrinas indianas, o *karman* já acumulado somente pode ser eliminado pela manifestação das consequências – sejam felizes ou infelizes – dos atos realizados: na linguagem utilizada, fala-se em “maturação” dos frutos. Todavia, segundo a doutrina jaina, é possível, por intermédio de uma ascese física intensa, obter uma maturação antecipada desses frutos, analogamente como ocorre quando se deseja o amadurecimento precoce de um fruto e, assim, este é exposto a um calor intenso.

Nesse processo duplo – no qual se visa à interrupção da aquisição de novos influxos kármicos e à eliminação daqueles já adquiridos, propõe-se a vigilância das atividades mentais, verbais e corporais. No tocante ao corpo, impõe-se que os vinte e dois “desprazeres” sejam vivenciados com paciência, dentre eles, podendo-se citar: a fome, a sede, o frio, o calor, as picadas dos insetos, a sedução feminina e os insultos. (DELUMEAU, 2002).

A ascese para rejeição do *karman* já incutido na alma se subdivide em externa e interna. A ascese externa se manifesta essencialmente na prática de jejuns de duração e intensidade variáveis, podendo culminar, inclusive, no suicídio por inanição, que certos monges, dotados de avançada espiritualidade, podem ser autorizados pelo seu respectivo superior a praticar. Inclui-se, também, a manutenção do corpo em posições que o aflija. (DELUMEAU, 2002). A ascese interna se expressa pela confissão espontânea dos erros ao superior da comunidade e pela execução da penitência imposta pelo serviço comunitário, pelo estudo da lei de jaina e pela prática da concentração mental. (DELUMEAU, 2002).

Outro importante nome ligado à prática do jejum é o de Buda⁷. Nascido Siddharta Gautama, filho do rei Suddhodana e da rainha Maha Maya, em meados do

⁷ Buda é um título que significa “O Iluminado” e está relacionado, etimologicamente, ao termo Pali que significa inteligência e entendimento. (DHAMMAVARO, 2005).

século IV a.C., Buda chegou a se casar aos dezesseis anos com sua prima, a princesa Yasodhara, com quem teve um filho de nome Rahula. (DHAMMAVARO, 2005). Porém, em determinado momento de sua vida, quando já havia completado vinte e nove anos, Buda abandona a família e a vida no palácio em busca de respostas e do bálsamo para os sofrimentos humanos e a salvação.

No decorrer das experiências vivenciadas, Buda chegou a cogitar que o exercício da automortificação poderia levá-lo a seu ideal. Após ter realizado práticas ascéticas⁸ severas por mais de seis anos, ele percebeu que a autotortura e o ascetismo nunca o levariam à perfeita sabedoria. (DHAMMAVARO, 2005). Então, ele desistiu desse tipo de comportamento e continuou sua busca, aplicando o pensamento reflexivo de uma meditação consciente a uma vida racional simples de moderação.

Finalmente, Buda encontrou um caminho entre os dois extremos da autoindulgência e da automortificação. Esse caminho intermediário⁹, descrito como “caminho nobre”, trata-se de uma contribuição única deixada por ele. Assim, em uma noite de lua cheia, quarenta e cinco anos antes da era budista, enquanto se encontrava sentado embaixo de uma árvore, mergulhado em profunda meditação, sua mente rompeu a bolha do universo e Buda entendeu a verdadeira natureza de todas as coisas. Nesse momento, aos trinta e cinco anos de idade, ele alcança suas respostas e atinge a suprema iluminação: o Nirvana. (DHAMMAVARO, 2005). Posteriormente, Buda peregrina por vários lugares e dedica toda sua vida a pregar sua doutrina para seus discípulos e para aqueles que se dispusessem a ouvi-lo. Aos oitenta anos, após adoecer durante sua passagem por Kusinara, capital do estado Malla, Buda falece debaixo de duas árvores.

A progressiva divulgação no mundo romano, a partir do século I da era cristã, de doutrinas religiosas orientais e o apogeu de uma série de escolas filosóficas

⁸ Buda absteve-se de qualquer alimento e suspendeu, pelo ioga, as suas funções vitais até aos confins da morte. Há representações pintadas e/ou esculpidas desse momento, nas quais Buda é representado como asceta esquelético, de olhar ardente virado para dentro, que são como advertência para os desejosos em seguir esse caminho. (DELUMEAU, 2002).

⁹ O “caminho do meio” ou “caminho intermediário” compõe a essência do ensinamento de Buda e serve como referência para que seus seguidores possam moldar suas vidas, evitando o mal e observando a moralidade. Teria por objetivo promover o alcance da liberdade eterna, da paz e da felicidade suprema. Assim, o “caminho do meio” revelar-se-ia como um aperfeiçoamento gradual da mente até a mais elevada sabedoria, podendo ser tripartido em três estágios: *Sila* (conduta ética), *Samadhi* (desenvolvimento mental) e *Panna* (sabedoria acerca da real natureza das coisas). Para mais informações: DHAMMAVARO, Phra Saneh. *Buddhism: ethics and the path to peace*. Chiang Mai: Anupong Printing Ltd, 2005.

helenísticas de perfil acentuadamente místico, como o neopitagorismo e o neoplatonismo, foram responsáveis por criarem o cenário espiritual em que germinaram as concepções gnósticas¹⁰. (WEINBERG; CORDÁS, 2006). A ideia do corpo como receptáculo do mal, segundo Weinberg e Cordás (2006), pode ter sido produto da expansão do gnosticismo no mundo helenístico e sua incorporação nas nascentes seitas cristãs, que se infiltraram no mundo civilizado no entorno do Mediterrâneo. As teses difundidas por Orígenes de Alexandria (185-253 d.C.), filósofo neoplatônico, segundo as quais o escopo da encarnação e morte de Jesus consistiria em trazer o conhecimento ao homem enganado por seus sentidos, refletem uma tentativa de assimilação da gnose pela ortodoxia cristã. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

A forma cristã de ascetismo não deixa de estar impregnada pela teoria de Platão, filósofo grego, segundo o qual a alma, divina e etérea, encontra-se literalmente aprisionada no corpo, obstáculo que impede sua libertação.

O jejum, a abstinência e os interditos alimentares constituem, apenas, uma parte desses comportamentos ascéticos que são, ainda hoje, exercidos no contexto de misticismo. Contudo, o que significa o não comer e o não beber no contexto de expressão de religiosidade? Que tipo de jejum é, normalmente, praticado e quando será que a privação momentânea se converte em absoluta?

No intuito de ilustrar o tema ora debulhado, serão apresentados alguns exemplos de práticas e seus respectivos sentidos nas grandes religiões monoteístas do tronco “abraâmico”: Judaísmo, Islamismo e Cristianismo (a análise cingir-se-á ao Catolicismo). A ordem das religiões que serão abordadas foi escolhida por critérios metodológicos¹¹ e, não, por questões cronológicas relacionadas ao aparecimento de cada uma delas.

¹⁰ Segundo explanação dada por Weinberg e Cordás (2006), a palavra ‘gnose’, relacionada à filosofia ou religião, designa o conhecimento adquirido por revelação divina e, não, por aprendizagem ou observação empírica.

¹¹ Apesar de o Catolicismo ser anterior ao Islamismo, deixou-se para abordá-lo por último, por conta dos itens subsequentes que tratariam da gula e dos pecados capitais. Assim, a leitura ficaria mais sistematizada.

2.3.1 Judaísmo

No Judaísmo, existem interdições alimentares curiosas¹². Os alimentos que podem ser comidos são chamados *kosher*, palavra hebraica que originalmente significava “adequado” ou “permitido”. Também, há interdições sexuais, estipuladas, pormenorizadamente, no Antigo Testamento, no livro de Levítico, capítulo 18, como, por exemplo, a que proíbe a relação sexual durante os períodos menstruais. (GAARDER; HELLERN; NOTAKER, 2000).

No que tange à abstinência alimentar, podem-se encontrar, no Judaísmo, seis jejuns públicos consagrados. O primeiro em importância e o único que está explicitamente mencionado na Torah é o de *Yom Kippur* – dia do perdão.

A celebração do *Yom Kippur* é antecedida por dez dias de oração e arrependimento, a partir do *Rosh há-Shaná*, o ano novo judeu. No decorrer desses dias, os judeus revisam os erros praticados durante o ano, renovam sua confiança em Deus e esperam pelo grande perdão. No último dia, O *Yom Kippur* começa, na véspera, ao pôr do sol. Durante a noite, os judeus frequentam as sinagogas para se recolherem em oração. Desde então, inicia-se o jejum que se estenderá até o completo anoitecer do dia seguinte, dia de *Kippur* propriamente dito. (HIGUET, 2005). Nesse período, é proibido comer e beber; lavar-se (ao se levantar pela manhã, admite-se que se passem os dedos úmidos nos olhos); usar cremes, óleos ou maquiagens, seja no corpo ou no rosto; usar calçados que possuam couro e ter relações conjugais. (HIGUET, 2005). A essência dessas proibições seria causar aflição ao corpo, dando, então, prioridade à alma. A comemoração do *Yom Kippur* é finalizada com o toque do chifre de um carneiro e com os votos: “No ano que vem em Jerusalém”. (GAARDER; HELLERN; NOTAKER, 2000).

¹² Os judeus só comem carne de animais que ruminam e possuem o casco partido, o que exclui o porco, o camelo, a lebre, o coelho e outros. No tocante às aves, as não predatórias são permitidas. Com relação aos peixes, são comestíveis os possuidores de escamas e barbatanas. Polvos, lagostas, mariscos, caranguejos, camarões não são permitidos. Se algum animal ou ave é considerado impuro, essa condição se estende aos seus ovos e leite. Toda comida preparada com sangue, também, é proibida, por se considerar que a vida está no sangue. Dessa maneira, ao se abater um animal, é importante que se extraia dele o máximo de sangue possível, sendo o restante retirado com água e sal grosso. Os animais devem ser abatidos por um especialista, supervisionado por um rabino, que empregará o método mais rápido e indolor. Torna-se proibido o consumo de carne de animal não abatido de acordo com as regras. Frutas e verduras são consideradas permitidas, bem como a maioria das bebidas alcoólicas e não alcoólicas. A exceção reside nas bebidas à base de uva, que devem advir de produtores judeus e serem devidamente rotuladas. Também existe a proibição no tocante ao consumo de derivados de leite juntamente a derivados de carne. (GAARDER; HELLERN; NOTAKER, 2000).

Os demais dias de jejum público consagrado, embora mencionados no Tanakh – nome judaico comum para a Bíblia – foram, na realidade, estabelecidos pelos sábios e estão vinculados à história do povo de Israel. Dentre eles, o único que não se relaciona à destruição de Jerusalém e do Templo ou à perda do Estado Judeu na Antiguidade é o jejum realizado na véspera da festa de *Purim*, correspondente ao jejum de Esther (Ester 4:15)¹³, que se ofereceu ao rei da Pérsia para salvar o seu povo. Assim, os judeus escaparam do furor de Hamã, primeiro ministro do rei. Este teria jogado seus dados (significado da palavra *Purim*) para escolher o dia do extermínio dos judeus, contudo, o dia escolhido tornou-se o dia do massacre dos inimigos de Israel. (HIGUET, 2005).

Os outros quatro jejuns referentes à destruição de Jerusalém e do Templo são: 17 de Tamuz¹⁴, 9 de Av¹⁵, 3 de Tishrei¹⁶ e 10 de Tevet¹⁷. O jejum de 9 de Av, assim como o de *Yom Kippur*, inicia-se no pôr do sol do dia anterior e dura até o pôr do sol do dia seguinte. Já os demais jejuns se iniciam com o nascer do sol e terminam com o pôr do sol daquele mesmo dia. Durante o jejum, não são ingeridos nenhum alimento e nenhum líquido.

Há outras datas nas quais o jejum individual pode ser observado. Nesse caso, não se trata de uma imposição que alcance toda a comunidade, mas, somente, algumas pessoas em determinadas ocasiões. O exemplo mais ilustrativo se afere no dia do casamento judaico, porquanto ambos os noivos permanecem em jejum até o final da cerimônia. (GAARDER; HELLERN; NOTAKER, 2000). O casamento é como se fosse um *Yom Kippur* para os noivos, representando, pois, uma ocasião na qual, também, seus pecados são perdoados. Segundo a tradição, Deus perdoadas eventuais transgressões cometidas para que, a partir daquele momento, nova vida comum, em estado de pureza, possa ser iniciada.

¹³ BÍBLIA. A Bíblia Sagrada: edição pastoral. São Paulo: Edições Paulinas, 1990.

¹⁴ Relaciona-se ao início da destruição de Jerusalém (referente ao segundo Templo) no momento em que os romanos romperam os muros da cidade. Quando o primeiro Templo foi destruído, os muros da cidade começaram a ser rompidos em 9 de Tamuz. Todavia, ambos os eventos são comemorados na mesma data, qual seja, 17 de Tamuz.

¹⁵ É a data mais sombria do calendário judaico, por referir-se a diversos fatos trágicos, como: o decreto pelo qual os israelitas deveriam vagar pelo deserto por um período de quarenta anos; a destruição do I e II Templos; a queda da fortaleza de Beitar; o sítio de Jerusalém por Adriano, dentre outros. O período compreendido entre o 17 Tamuz e 9 de Av é considerado de luto. Durante essas três semanas, devem-se abster de manifestações de alegria.

¹⁶ Recorda o assassinato de Guedaliáh, último governador de Judá, nomeado por Nabucodonosor. Findam-se as esperanças sobre o fim da dominação babilônica e possibilidade de ressurgimento do estado judeu.

¹⁷ Recorda o começo do cerco de Jerusalém pelas forças de Nabucodonosor, resultando no rompimento do muro em 9 de Tamuz, e a destruição do I Templo em 9 de Av.

Em geral, o cumprimento dos jejuns pelos judeus visa a três propósitos: arrependimento, algum pedido especial ou súplica em âmbito privado ou público e luto privado ou público.

2.3.2 *Islamismo*

O Islã se entende como um sistema que pretende abarcar toda a vida do crente. Em seu ideal, rompem-se os limites que separam o sagrado do profano, e a vida é vista como um todo sagrado. A meta maior é tornar toda a existência do muçulmano um ato de submissão a Deus e, portanto, é exatamente essa entrega que converte a vida profana em sagrada.

O Corão¹⁸ ou Alcorão¹⁹, livro sagrado da religião islâmica, dividido em 114 capítulos (suras), que traz as revelações de Deus e de sua vontade feitas ao profeta Maomé, aborda questões ligadas ao mundo da fé, mas, também, versa sobre outros aspectos da vida do crente que vão desde a alimentação e higiene até os comportamentos do trato mundano. Com a morte do profeta Maomé, em menos de três séculos, toda a tradição dos costumes (*sunna*) e ditos proféticos (*ahadith*) foram organizados em um corpo de *sunna*²⁰ e *ahadith*²¹ que, em conjunto com o Alcorão, compõem a jurisprudência muçulmana, a *sharia*, a Lei Divina. A função desse esclarecimento se deve à importância que o Profeta exerce dentro da fé muçulmana. Apesar de ele mesmo ter lembrado, por diversas vezes, aos seus seguidores ser um homem como os demais e nunca ter admitido qualquer sacralização de si mesmo, o amor que o muçulmano o devota, torna-o um modelo exemplar a ser seguido. Imitá-lo, pois, permitiria o estado de proximidade com Deus, tal como aquele alcançado pelo Profeta.

¹⁸ O Corão representa a integralidade do que o muçulmano considera como tendo sido objeto de revelação de Deus ao Profeta. Não se trata de uma coletânea do que o Profeta disse ou fez, sob o efeito de uma inspiração divina. Maomé, que era iletrado, na medida em que a revelação lhe era feita por Deus, ia ditando as palavras a companheiros que lhe eram próximos. A revelação durou vinte e dois anos.

¹⁹ Corão e Alcorão são duas variantes comumente utilizadas para se referir ao livro sagrado dos muçulmanos. Por vezes, afirma-se que o prefixo 'al-' designa o artigo definido em árabe, logo seu uso seria desnecessário. Todavia, ambos os modos são empregados e a eleição entre um deles acaba por variar conforme a preferência de quem realiza a citação.

²⁰ A *Sunna* se refere aos comportamentos do Profeta tal como o estabelece e o relata a tradição.

²¹ *Ahadith* é o plural em árabe do termo *Hadith*, mais comumente citado. Trata-se de uma compilação de ditos e atos do Profeta, geralmente, relativos a alguma interpretação do texto corânico, todavia, não se confundindo com este.

Apesar de para um ocidental ser difícil imaginar o Islã fora de uma concepção de fanatismo e terror, no tocante às restrições e recomendações alimentares, os textos corânicos revelam equilíbrio e flexibilidade.

Na Sura 7, versículo 31, do Alcorão, podem-se aferir as seguintes recomendações: “Ó filhos de Adão, revesti-vos de vosso melhor atavio quando fordes às mesquitas; comei e bebei; porém, não vos excedais, porque Ele não aprecia os perdulários”. (ALCORÃO, 1980, p. 107).

Na Sura 6, versículo 141, está escrito:

Ele foi Quem vos criou jardins com plantas trepadeiras ou não, assim como as tamareiras, as sementeiras com frutos de vários sabores, as oliveiras e as romanzeiras, pares e díspares. Comei de seus frutos quando frutificarem e pagai seu tributo no dia da colheita e não vos excedais, porque Deus não ama os perdulários. (ALCORÃO, 1980, p. 102).

A frase “não vos excedais, porque Deus não ama os perdulários” é repetida em vários versículos e demonstra que a noção de equilíbrio aparece em versos relativos às restrições alimentares, junto à permissão de desfrutar os alimentos nesta vida.

De acordo com o Alcorão, os únicos alimentos considerados ilícitos são a carne de porco, o sangue, a carniça e qualquer animal que tenha sido abatido com a invocação de outro nome que não o de Deus. Na Sura 2, versículo 172, vislumbra-se a orientação: “Ó crentes, desfrutais de todo o bem com que fostes agraciados e agradecei a Deus, se só a Ele adorais”. (ALCORÃO, 1980, p. 20). Em seguida, no versículo 173, estabelece-se:

Ele só vos vedou o morticínio, o sangue, a carne de suíno e tudo o que tem sido sacrificado sob invocação de outro nome que não seja o de Deus. Porém, aquele que, sem intenção nem abuso, for impelido a isso, não será recriminado, porque Deus é Indulgente, Misericordiosíssimo. (ALCORÃO, 1980, p. 20).

Na Sura 5, versículo 3, e, na Sura 6, versículo 145, as proibições são repetidas, contudo, a tolerância, perante uma situação de fome, também, é novamente apresentada.

O Islã foi influenciado pela lei judaica nas principais interdições. Difere, porém, do Judaísmo ao permitir crustáceos, coelho e algumas outras carnes, além de proibir a bebida alcoólica.

No tocante à bebida alcoólica, existe uma curiosidade: inicialmente, considerada permitida, passou à condição de desaconselhável e, posteriormente, proibida. É importante ter em mente, quanto a este fato, que o Alcorão foi revelado ao longo de vinte e dois anos. O Profeta, inicialmente, um admoestador, alçou, gradativamente, a condição de um líder religioso, político e legal dentro da comunidade. A bebida foi proibida quando a comunidade havia se estabelecido em Medina. (OLIVEIRA, 2005).

Oliveira (2005) expôs a sequência das Suras que foram trazendo novas interpretações sobre o consumo de bebida alcoólica.

A primeira referência do Alcorão está na Sura 16, versículo 67, e menciona: “E dos frutos das tamareiras e das videiras, vós extraís uma bebida inebriante e benéfica. Nisto há maravilhas para os sensatos.” Importante ressaltar que, no próprio Alcorão, existe uma nota do tradutor que adverte que, à época da revelação desse versículo, que se deu em Meca, a proibição dos agentes inebriantes não havia ainda sido especificada. Isso só ocorreu posteriormente, na Sura “A Mesa Servida”, revelada ao Profeta em Medina.

Depois, foi dito aos crentes que não comparecessem às orações quando estivessem ébrios, para que soubessem o que estavam a dizer. (Sura 4, versículo 43). Em revelação posterior, na Sura 2, versículo 219, a bebida foi desaconselhada e os benefícios salientados na primeira referência corânica foram cotejados com os malefícios: “Interrogar-te-ão acerca da bebida e do jogo; dize-lhes: Em ambos radicam-se benefícios e malefícios para o homem; porém, seus malefícios são maiores de que seus benefícios. [...]”.

Por fim, em outra revelação, na Sura 5, versículos 90 e 91, a bebida é descrita como coisa de Satanás:

Ó crentes, a bebida inebriante, os jogos de azar, [...] são manobras abomináveis de Satanás. Abstende-vos, pois, deles, para que prospereis. Satanás só ambiciona infundir-vos a inimizade e o rancor mediante a bebida inebriante e o jogo de azar, bem como apartar-vos da recordação de Deus e da oração. Seríeis capazes de vos absterdes disso? (ALCORÃO, 1980, p. 84-85).

Ao se visualizar essa mudança de posicionamento em relação à ingestão de álcool, Oliveira (2005) salienta que ela não há de ser interpretada como um sinal de

inconsistência do texto corânico, mas, como uma demonstração da onipotência divina e sua liberdade absoluta²².

Mencionou-se, nas linhas acima, a importância do Profeta Maomé para os muçulmanos, bem como a existência de *Hadith* ou *Ahadith* – conjunto de ditos proferidos pelo Profeta que auxiliam na interpretação da revelação de Deus –, porque a tradição do Profeta é tomada como exemplo, também, no que se refere à alimentação. O problema é que Maomé nasceu no século IV e viveu nas cidades de Meca e Medina. Trasladar determinados hábitos para a atualidade se afigura demasiadamente dificultoso²³.

Ao se abordar os cinco pilares²⁴ – obrigações religiosas – do Islamismo é que se visualiza a existência de alguma prática de abstinência alimentar. Essas obrigações culturais são: a profissão de fé, a oração, a caridade, o jejum no mês do Ramadã e a peregrinação comunitária à Meca.

O jejum tem um significado especial dentro do Islã²⁵. Primeiramente, há de se esclarecer que o Profeta Maomé estava jejuando durante um retiro quando recebeu

²² Da mesma maneira ocorreu com a mudança da direção da oração muçulmana. De início, os crentes se voltavam para Jerusalém, todavia, em revelação posterior, passaram a direcionar suas orações à Meca.

²³ De acordo com a tradição, o Profeta nunca ingeria dois tipos de comida em uma mesma refeição, aconselhava sempre a moderação e esperava, no mínimo, meia hora após a refeição para ingerir água. Diz-se que sua refeição era composta por 1/3 de comida, 1/3 de água e 1/3 de ar. Para seus intérpretes, a proporção dos elementos retrata a relação constitutiva do homem, feito de terra, água e ar. O Profeta, em geral, associava a doença física ao excesso de comida, à mistura de dois tipos opostos de comida e à ingestão de dois pratos elaborados em uma mesma refeição. Segundo a tradição, o Profeta insistia em jantar, pois negligenciar tal refeição seria uma forma de acelerar o envelhecimento, e afirmava que “ir para a cama de estômago cheio endurece o coração”. (OLIVEIRA, 2005).

²⁴ De maneira sucinta, algumas considerações não de ser feitas para melhor aclimatação junto ao cenário da religião ora explorada.

A profissão de fé é uma condição que permeia as demais obrigações, de modo que nenhuma obra pode contar para o cumprimento de uma obrigação ritual se não emanar de um indivíduo que professou que “não há outro Deus senão Deus” e que “Maomé é enviado de Deus”. Trata-se da crença verdadeira no princípio constitutivo do Islã e na intenção devotada por meio dos atos que compõem a vida do indivíduo que não de refletir a submissão à vontade de Deus.

A oração, na vida muçulmana, possui duas acepções: glorificação de Deus, como ato de entrega do crente, e a oração ritual propriamente dita. Neste último caso, os muçulmanos observam-na em tempos prescritos, totalizando o número de cinco por dia, de acordo com as etapas do curso do sol: ao alvorecer, ao meio-dia, no momento médio entre o meio-dia e o pôr do sol, ao pôr do sol e no momento em que os últimos clarões do crepúsculo desaparecem. As horas variam conforme as estações do ano e o lugar em que as pessoas se encontram.

A caridade (em alguns textos, traduzida por esmola) é um dever de solidariedade a ser exercido junto aos mais necessitados, que não deverá ser feito com ostentação, nem a contragosto.

A peregrinação à Meca é observada de acordo com a capacidade do muçulmano que, se dispuser de meios financeiros para realizá-la, assim deverá proceder, ao menos, uma vez em sua vida. Em Meca, encontra-se o mais sagrado santuário do Islã, a Caaba.

²⁵ O primeiro jejum não se tratou de uma prescrição divina. Foi, na verdade, instituído pelo Profeta. Quando chegou à Medina, por ocasião de seu êxodo, Maomé se deparou com um local no qual

a primeira Revelação de Deus. Desse fato, depreende-se a importância do período. Somente, em tempo posterior, é que lhe foi revelada a prescrição de um jejum canônico. Na Sura 2, versículo 185, do Alcorão, estabelece-se o momento em que deverá ser realizado o jejum, bem como se evidencia a observância de um critério de capacidade daquele que deverá cumprir o preceito:

Jejuai no mês de Ramadã, em que foi revelado o Alcorão, guia, evidência e discriminação para a humanidade. Por conseguinte, quem de vós presenciar o novilúnio deste mês deverá jejuar; porém, quem se achar enfermo ou em viagem jejuará, depois, o mesmo número de dias. Deus vos deseja a comodidade e não a dificuldade, para que possais cumprir o término e glorificá-Lo por ter-vos iluminado, a fim de que Lhe agradeçais. (ALCORÃO, 1980, p. 21).

Os *hadith* (em plural, *ahadith*) atestam os constantes esforços do Profeta para moderar os impulsos prejudiciais na prática do jejum. A dificuldade esteve em convencer os adeptos de que o jejum prescrito era limitado, logo, deveria ser quebrado cotidianamente. Aqueles que insistiam em uma abstinência contínua eram, pois, repreendidos. Também, em relação a essa prática, Maomé insistia para que seus comportamentos pessoais não figurassem como referenciais, nem fossem convertidos em prescrições divinas. Um rigorismo monacal, que Deus não prescreveu, seria prejudicial à perseverança na devoção. (DELUMEAU, 2002).

O jejum, no mês do Ramadã, dura em torno de vinte e oito dias. Sua ocorrência está adstrita ao dia; à noite, o muçulmano pode se alimentar. Inicia-se com o alvorecer e termina com o pôr do sol. Durante esse período, o crente não pode comer, nem beber, nem ter relações sexuais.

Sobre o significado do jejum islâmico, Oliveira (2005) apresenta algumas reflexões que merecem destaque:

Segundo o Corão não há pecado original e sacramento como no Cristianismo. Adão e Eva pecaram, mas logo se arrependeram e foram perdoados. A queda de Adão simboliza a presença do mal, mas isto não implica que o mal determine a natureza do ser humano, que é teomófica. A natureza humana é concebida no Islã mais bem como podendo tornar-se fraca, e nela, mais do que uma profunda desordem, há a possibilidade de fraquejar e a necessidade de fortalecimento pela fé. Por isso, os preceitos corânicos não visam eliminar o sexo ou levar a uma abstinência constante ou a uma negação dos prazeres da comida, eles visam a equilibrar,

havia predominância do elemento judeu. Verificando que existia uma prática de devoção assinada por Moisés, o Profeta considerou que os adeptos do monoteísmo renovado tinham igualmente razões para jejuar no décimo dia do primeiro mês do ano, assim como constatara acontecer junto àqueles que professavam a fé judaica. (DELUMEAU, 2002).

moderar os instintos. A comida deve ser desfrutada, mas com moderação. O sexo deve ser desfrutado, mas dentro do casamento. O desapego do mundo não é exigido como ponto de partida, mas sim a fé em Deus e a prática das Leis Divinas, que levam em conta a natureza biológica humana. (OLIVEIRA, 2005, p. 104).

Dessa forma, percebe-se que a lógica do jejum no mês de Ramadã está, antes de tudo, em uma demonstração de devoção e do amor a Deus. Os prazeres são permitidos, porém, não de ser desfrutados com comedimento. A prática cultiva no homem uma lição de moderação e força de vontade, que disciplina os desejos e paixões. Resistindo ao sofrimento de uma privação temporária, o crente comunga da mesma privação dos mais necessitados e pode, assim, exercitar seu sentimento de compaixão para com o próximo. (HIGUET, 2005).

Tal como a oração e a esmola ostentatórias, o jejum ostentatório não é considerado como cumprimento da obrigação canônica prescrita ao muçulmano. O mérito consiste em manter discreta essa ascese, tal como qualquer outro ato de devoção. Igualmente à oração, o jejum do Ramadã é um encontro com o Criador. Trata-se de um meio de purificação do corpo e, somente, é aceitável se realizado e continuado na disposição que o tenha como exercício espiritual²⁶. (DELUMEAU, 2002).

2.3.3 Cristianismo - Catolicismo

Ao se pensar em jejum, o primeiro pensamento que, provavelmente, acometerá a lembrança do cristão será referente às tentações que Jesus passou no deserto após ser batizado por João. No Evangelho de Mateus 4: 1-2, encontra-se a narrativa: “Então o Espírito conduziu Jesus ao deserto, para ser tentado pelo diabo. Jesus jejuou durante quarenta dias e quarenta noites, e, depois disso, sentiu fome”. Após resistir às tentações²⁷, Jesus escolhe seus discípulos e inicia o caminho para difundir seu ensinamento. Logo, foi por meio do jejum que Cristo se preparou para

²⁶ De acordo com a explicação de Jean Delumeau (2002), a ostentação da fadiga, sobretudo a fadiga nervosa, é um fenômeno sociológico tão evidentemente catalogado que a linguagem popular inventou o adjetivo *muramdhin* – neologismo que poderia traduzir a expressão “ramadanizado” – para denominar aquele que expõe seu cansaço e seu mau humor no período do jejum.

²⁷ A primeira tentação do diabo incidiu exatamente sobre a fome que assolava Jesus. Testando o Cristo, afirmou: “Se tu és filho de Deus, manda que essas pedras se tornem pães”. (Mateus 4: 3). Mas, Jesus superou a tentação e respondeu: “A Escritura diz: ‘Não só de pão viverá o homem, mas de toda palavra que sai da boca de Deus’” (Mateus 4: 4). Nessa primeira tentação imposta, o diabo desejou que Jesus falsificasse sua própria missão, realizando uma atividade que satisfizesse suas necessidades imediatas.

seu ministério e para a realização do mistério pascal, o que denota o papel estrutural que coube ao jejum no contexto de iluminação e santificação cristãs.

Não há na Bíblia uma prescrição para que se realize o jejum em tempo ou com finalidade específica, apesar de a prática aparecer em várias passagens.

“Proclamem o jejum [...]” (JOEL, 1: 14). Essas são as palavras, geralmente, presentes na primeira leitura da Quarta-feira de Cinzas. Escreveu-as o Profeta Joel, e a Igreja, em conformidade com elas, estabelece a prática da Quaresma, ordenando o jejum (renúncia parcial à comida sólida) e a abstinência de carne na Quarta-feira de Cinzas e na Sexta-feira da Paixão. Muitos cristãos optam por abdicar de algo que lhes dê prazer durante esse período. A essência da penitência quaresmal é constituída, também, pela oração e pela esmola, e sua finalidade é a conversão para Deus. Na Audiência Geral, proferida pelo Papa João Paulo II, em 21 de março de 1979, acerca do tema “O jejum penitencial e o desenvolvimento da pessoa”, o Pontífice assinalou o sentido da penitência, dizendo que esta é entendida como conversão, isto é, “metanoia”, e forma um conjunto que a tradição do Povo de Deus já na Antiga Aliança e, em seguida, o próprio Cristo ligaram, de certo modo, à oração, à esmola e ao jejum. (JOÃO PAULO II, 1979).

Na mesma Audiência Geral, adentrando nos motivos pelos quais o jejum é prescrito durante a Quaresma, o Pontífice esclareceu se tratar de uma expressão de solidariedade dos cristãos para com Cristo. Versando sobre a “metanoia” – transformação espiritual que aproxima o homem de Deus, penitência, conversão –, esclarece que os alimentos e as bebidas são indispensáveis à sobrevivência humana, sendo, contudo, vedado o abuso por parte do homem. A tradicional abstenção do alimento e das bebidas teria, pois, o objetivo de introduzir na existência humana não somente a percepção de equilíbrio que se faz necessária, como o desprendimento daquilo que poderia se definir como “atitude consumística”, uma vez que o homem, orientado para os bens materiais, muitas vezes, acaba por abusar deles. (JOÃO PAULO II, 1979).

A orientação do homem, exclusivamente, para a posse e fruição dos bens materiais faz com que essas coisas sejam empregadas não, apenas, no exercício das atividades criativas e úteis, mas, sobretudo, para a satisfação dos sentidos, para o alcance da excitação que essa satisfação provoca, para a obtenção do prazer momentâneo e para a busca, cada vez mais intensa, de todas essas sensações. O

jejum, nesse contexto, significa abstenção, renúncia, não só de alimentos, mas de muitos outros meios de consumo. (JOÃO PAULO II, 1979).

Todavia, por que renunciar algo? João Paulo II responde que a renúncia às sensações, aos estímulos, aos prazeres e, ainda, ao alimento ou às bebidas não possui um fim em si mesma. Ela deve preparar o caminho para conteúdos mais profundos dos quais “se alimenta” o homem interior. A renúncia e a mortificação devem servir para criar no homem as condições que o possibilite viver os labores superiores de que ele está, a seu modo, “faminto”. (JOÃO PAULO II, 1979).

Dessa maneira, a abstinência – e, nela, inclui-se o jejum – seria um meio de conversão a Deus. A abertura aos conteúdos e valores espirituais se faria possível pelo desapego de tudo quanto serve, apenas, ao consumismo e à satisfação dos sentidos. Além disso, elucida o Pontífice que o jejum, por intermédio da mortificação dos sentidos e do domínio do corpo, confere à oração maior eficácia. O homem descobre, de fato, que é “diverso”, que é mais “senhor de si mesmo” e que se tornou interiormente livre, uma vez que a conversão e o encontro com Deus, por meio da oração, frutificam nele. (JOÃO PAULO II, 1979).

Verificados alguns apontamentos acerca da importância do jejum na prática religiosa católica cristã, é impossível não se questionar acerca do ponto antípoda dessa discussão: por que o comer demais pode oferecer alguma ofensa à vida espiritual de alguém? Por que a gula foi erigida à condição de pecado capital e qual o “mal” que ela representa àquele que a comete? Nos meandros do comer e do não comer, certamente, há muito a ser buscado e entendido.

2.4 Gula: esclarecimentos preliminares sobre o pecado de se pecar

No catecismo da Igreja Católica (CATECISMO, 2005), o artigo 8, parágrafo 1849, versa sobre “O Pecado”, definindo-o como uma falta contra a razão, a verdade e a reta consciência. Tratar-se-ia de uma falha contra o verdadeiro amor para com Deus e para com o próximo, por causa de um apego perverso a certos bens, que feriria a natureza do homem e atentaria contra a solidariedade humana. O pecado seria uma palavra, um ato ou um desejo contrário à Lei eterna. O parágrafo 1854 estabelece que os pecados devem ser julgados segundo a sua gravidade e o parágrafo 1855, ao distinguir o pecado mortal do venial, explana que o primeiro destrói a caridade no coração do homem por uma infração grave à Lei de Deus. Ele

desviaria o homem de Deus – seu último fim, a sua bem aventurança – que seria preterido por um bem inferior. O segundo, por sua vez, deixaria subsistir a caridade, embora a ofendendo e ferindo.

O parágrafo 1857 prescreve que, para que um pecado seja mortal, fazem-se necessárias três condições: que o seu objeto seja uma matéria grave, que ele seja cometido com plena consciência e o propósito deliberado. Nos parágrafos 1858-1861, encontram-se as explicações que definem a matéria grave como sendo aquela precisada pelos Dez Mandamentos. A plena consciência e o total consentimento pressupõem o conhecimento do caráter pecaminoso do ato e da sua oposição à Lei de Deus e o propósito deliberado se reflete no fato de se tratar de uma escolha pessoal. (CATECISMO, 2005).

No parágrafo 1862, estipula-se que o cometimento de um pecado venial ocorre quando, em matéria leve, não se observa a medida prescrita pela lei moral. Segundo o parágrafo 1863, o pecado venial enfraquece a caridade, traduz um afeto desordenado aos bens criados, impede o progresso da pessoa no exercício das virtudes e na prática do bem moral e merece penas temporais. Segundo o ensinamento, o pecado venial deliberado e não seguido de arrependimento é um incentivo para que se venha a cometer um pecado mortal. Todavia, salienta-se que o pecado venial não quebra a aliança com Deus e é humanamente reparável por Sua graça.

Por fim, acerca da proliferação do pecado, entende-se que o pecado conduz ao pecado, gera vício pela repetição dos mesmos atos. Esses vícios seriam hábitos perversos que obscurecem a consciência e inclinam ao mal. Podem ser classificados segundo as virtudes a que se opõem ou estarem ligados aos pecados capitais – assim chamados por serem geradores de outros pecados e outros vícios. (CATECISMO, 2005).

A gula é, certamente, o mais saboroso de todos eles. Todavia, qual a origem desse termo e a partir de que momento passou de prática rotineira nas festividades à condição de pecado?

2.4.1 Os termos da gula

Apesar de a palavra “*gourmandise*”²⁸ aparecer nas fontes manuscritas apenas no final da Idade Média – na França por volta de 1400, na Inglaterra por volta de 1450 –, sua história remonta aos primeiros tempos do cristianismo, às primeiras comunidades monásticas orientais dos séculos III e IV. (QUELLIER, 2011).

“Glutão”, “*gourmet*”²⁹, “*gourmand*”³⁰, três acepções distintas para uma mesma palavra. Os vocábulos “gula”, “guloseima” e “gulodice” derivam do latim *gula* – garganta – e designam “a gula”, um dos sete pecados capitais codificados pela Idade Média católica cristã. (QUELLIER, 2011). Progressivamente, o termo “*gourmandise*” incorporou um sentido positivo que triunfará na França nos séculos XVII e XVIII e desembocará no significado francês de “*gourmet*” a ser cunhado junto às demais línguas europeias. (QUELLIER, 2011). “Tornada virtuosa, ávida e requintada, a boa gula designa os amantes da boa comida, dos bons vinhos e da boa companhia”. (QUELLIER, 2011, p. 12). Todavia, o glutão continua sendo punido. Sempre reprovado pela Igreja e pelos moralistas, ele passa a receber a sanção social por assimilação ao desprezível comilão sem educação, sujeito horrendo e faminto que carrega estampado em seu próprio corpo os efeitos devastadores de sua falta de controle.

O termo “*gourmandise*” (plural) passa a ser sinônimo de “guloseima” e evoca a galanteria, a adulação, o petiscar fora das refeições. (QUELLIER, 2011). Se, durante certo tempo, as *gourmandise* permaneceram associadas ao que é salgado, nos séculos XVIII e XIX, as guloseimas passam a se referir principalmente aos doces, estando vinculadas mais ao sexo feminino e às crianças, ao passo que a apreciação da boa comida e dos bons vinhos restava aos homens. (QUELLIER, 2011). O terrível pecado capital, por meio da afeminação e infantilização do termo “*gourmandise*”, acaba por ser transformado em um defeito natural de indivíduos tidos como imaturos. (QUELLIER, 2011).

A invenção das palavras “gastronomia” (1801) e, depois, “gastrônomo” (1802), na virada do século XIX, contribuiu para a substituição do termo “*gourmandise*” por

²⁸ Expressão do francês antigo que significa “Gula”.

²⁹ O *gourmet* se caracteriza pelo paladar refinado e por algum conhecimento sobre gastronomia. (QUELLIER, 2011).

³⁰ *Gourmand* é o amante da boa mesa. (QUELLIER, 2011).

outro menos ambíguo, despido de referência religiosa, de conotação erótica e revestido de cunho científico, porquanto derivado do grego. Explica Florent Quellier (2011, p.12-13):

Criado a partir de *gastro* (estômago) e de *nomos* (regra), pelo advogado Joseph Berchoux (1775-1838), num poema publicado em 1801, a palavra “gastronomia” designará a arte de comer bem, e “gastrônomo”, o amante da boa comida. Pelo sufixo *nomos* são evocados, ao mesmo tempo, a noção de maestria, ou, dito de outra forma, uma paixão sensata e o respeito às boas maneiras. Não se brinca com a gastronomia.

Glutão, *gourmand*, gastrônomo: o primeiro é um defeito, um mau comportamento; o segundo, uma alegria de viver instintiva, primitiva; o último, um aprendizado sério, uma educação.

Será que, hoje, essa viagem pelo sentido de “gula”, iniciada há mais de 1700 anos nas areias dos desertos orientais, chegou ao fim? Pelo fato de a influência cristã ter diminuído, poder-se-ia apurar uma extinção do sentimento de culpa ligado ao prazer da boa comida nas sociedades atuais? Para se chegar a tais conclusões, imperioso voltar ao início, à noção de pecado e ao porquê de a gula ter sido considerada um.

2.4.2 Um pecado capital

O vício da gula surge na história do cristianismo com os Padres do Deserto, os eremitãos que fundaram as primeiras comunidades monásticas estabelecidas no deserto egípcio. (QUELLIER, 2011). A fim de que suas almas chegassem até Deus, esses religiosos impingiam ao corpo uma ascese rigorosa.

Por volta do ano 365, o monge Evágrio Pôntico formula, para uso monástico, uma lista com oito vícios ou maus pensamentos utilizados pelo diabo para conduzir o homem à perdição. “Em oposição à abstinência e à privação alimentar, a gula era a primeira tentação, seguida pela luxúria. Destinada a uma bela longevidade, nascia a dupla infernal Gula-Luxúria”. (QUELLIER, 2011, p. 17). Gula, luxúria, avareza, tristeza, ira, preguiça, vaidade, orgulho: a ordem apresentada, dos vícios carnis para os vícios espirituais, indica uma hierarquia – a gravidade dos vícios ascende até o orgulho – e, também, um percurso no qual a gula incita aos outros vícios. Desse modo, a regra monástica deveria particularmente cuidar de refrear a gula, restringindo a alimentação à porção vital para o corpo, estipulando a exata quantidade e qualidade das rações diárias dos alimentos, fixando precisamente os

momentos de ingeri-los e estabelecendo um sistema de privações marcado pelo ideal do jejum. (QUELLIER, 2011).

A lista dos oito vícios foi retomada por Jean Cassien³¹ por volta do ano 420, que a transmitiu aos mosteiros do Ocidente e considerava serem a gula e a luxúria moléstias que exigiam curas complexas.

No final do século VI, a ordem dos vícios é revista pelo papa Gregório, o Grande, invertida e reformulada em sete vícios capitais em seu livro *Moraís sobre Jó*. Optando por uma ordem de gravidade decrescente, Gregório situa, em primeiro lugar, o orgulho – entendido como o amor exacerbado de si mesmo –, sendo a gula disposta em penúltima posição, antes, apenas, da luxúria. Assim, a lista ficou: vaidade, inveja, ira, tristeza, avareza, gula e luxúria. (QUELLIER, 2011). Tendo sido fundamental para a moral e cultura medievais, a suma de Gregório, o Grande, estará na origem dos sete pecados capitais ensinados ao conjunto de fiéis, a partir do século XIII, em especial pelas ordens mendicantes, dominicanos e franciscanos, então recentemente criadas. (QUELLIER, 2011). A ordem dos pecados foi modificada até assumir a forma canônica atual, qual seja: orgulho, avareza, luxúria, ira, gula, inveja e preguiça. Em contraponto a essas violações, os teólogos cristãos católicos classificaram as sete virtudes celestiais: Prudência, Temperança, Justiça, Coragem, Fé, Esperança e Caridade. (PROSE, 2004).

Contudo, o que preenche o significado de gula para a Igreja? Para Gregório, o Grande, a gula pode ser aferida por diversos comportamentos: comer fora do horário das refeições ou mesmo antecipá-las, comer e beber além do necessário em relação às necessidades fisiológicas, comer com afobamento, buscar um preparo sofisticado ou mesmo alimentos e iguarias sofisticadas. (QUELLIER, 2011). Suas consequências, porém, seriam muito mais perigosas que o pecado em si: alegria animal, obscenidade, perda da pureza, loquacidade excessiva e enfraquecimento dos sentidos. (QUELLIER, 2011).

Alçada à condição de pecado capital, a gula se torna responsável por pecados bem mais graves, às vezes, mortais. Segundo uma história medieval

³¹ Francine Prose explica que Jean Cassien ou João Cassiano foi um monge e escritor ascético. Depois de viver sete anos no deserto do Egito, tornou-se diácono de São João Crisóstomo, padre de Constantinopla (400-404), expulso com outros padres de São João, acabou por se estabelecer em Marselha, onde fundou dois mosteiros. Suas obras foram bastante populares na Idade Média. (PROSE, 2004).

popular, o eremita João de Beverley foi posto à prova por Deus³², que o enviou um anjo a fim de forçá-lo a escolher entre três pecados: embriaguez (gula), estupro ou assassinato. Sensatamente, o eremita escolheu a embriaguez, como, provavelmente, faria qualquer pessoa em seu lugar. Entretanto, conta a história que, após chegar embriagado em casa, João de Beverley, em seu estado de insensatez, teria estuprado e assassinado a própria irmã. (PROSE, 2004).

Apesar de a lista dos sete pecados capitais não constar na Bíblia e de o Evangelho segundo Mateus (15:11) afirmar que “não é o que entra na boca que torna o homem impuro, mas o que sai da boca, isso torna o homem impuro”, no Antigo Testamento, é possível vislumbrar passagens que, desde os primeiros tempos do cristianismo, foram interpretadas como ilustrações do pecado da gula. Florent Quellier (2011, p. 22-23) menciona algumas dessas circunstâncias:

A cessão por Esaú de seu direito de primogenitura por um prato de lentilhas ilustra o desejo insensato por comida, especialmente porque as lentilhas representam uma comida demasiadamente simples; a dança impudica de Noé que leva à maldição dos descendentes de seu filho Cam; o comportamento incestuoso de Lot e a morte de Holofernes convidam à condenação da embriaguez; no caminho para a Terra Prometida, o povo de Israel desvia para a idolatria a partir do momento em que anseia por uma alimentação mais saborosa que o maná enviado por Deus, este episódio condena, então, a *gastrimargia*, ou a gula como idolatria do ventre; a morte de João Batista é decidida por Herodes durante um lauto banquete.

O próprio pecado original, para alguns teólogos medievais, não se resume ao orgulho e à desobediência, mas envolve, também, a gula. No relato do paraíso, a serpente tentadora interroga Eva:

“É verdade que Deus disse que vocês não devem comer de nenhuma árvore do jardim?” A mulher respondeu para a serpente: “Nós podemos comer dos frutos das árvores do jardim. Mas do fruto da árvore que está no meio do jardim, Deus disse: ‘Vocês não comerão dele, nem o tocarão, do contrário vocês vão morrer’”. Então a serpente disse para a mulher: “De modo nenhum vocês morrerão. Mas Deus sabe que, no dia em que vocês comerem o fruto, os olhos de vocês vão se abrir, e vocês se tornarão como deuses, conhecedores do bem e do mal”.

Então a mulher viu que a árvore tentava o apetite, era uma delícia para os olhos e desejável para adquirir discernimento. Pegou o fruto e o comeu; depois o deu também ao marido que estava com ela, e também ele comeu. (Gênesis 3: 1-6).

³² Há variantes dessa história, nas quais o nome do homem não é revelado e, ao invés de ele ter sido colocado à prova por Deus, teria realizado um pacto com o diabo que o fez escolher entre os três pecados mencionados. Nessas versões, ao escolher a gula e chegar embriagado em casa, ele teria estuprado a mãe e assassinado o pai que tentara impedi-lo.

Na continuidade do relato, mais uma vez, verifica-se a relação entre gula e luxúria, pois, foi, após comer a maçã, que Adão e Eva descobriram a vergonha da própria nudez e, posteriormente, descobriram o sexo: “Então abriram-se os olhos dos dois, e eles perceberam que estavam nus. Entrelaçaram folhas de figueira e fizeram tangas”. (Gênesis 3: 7).

Nas pinturas da Idade Média, a condenação do glutão, bem como a caracterização do inferno com elementos presentes no cenário de uma cozinha – fogo, caldeirão, fumaça – são facilmente encontradas. As imagens repugnantes da gula trazem, comumente, um homem obeso de ventre avantajado, segurando em uma das mãos um jarro de vinho e, na outra, um pedaço de carne. Não raro, cavalga sobre um lobo ou uma porca – animais que simbolizam a glotonaria no bestiário medieval. Inclusive, diferenças culturais são cuidadosamente observadas para cumprirem com a tarefa de educarem os fiéis:

Se uma das representações mais célebres de *gluttony* na Inglaterra (catedral de Norwich, século XV) faz um glutão cavalgar uma porca, este último traz na mão não um jarro de vinho, mas duas canecas de cerveja, revelando, assim, um belo exemplo de adaptação local do motivo ocidental da cavalgada dos vícios e um incontestável cuidado pedagógico para tocar os fiéis. (QUELLIER, 2011, p. 27-28).

Afrescos italianos dos séculos XIV e XV traduzem as penas infligidas aos glutões no inferno e, frequentemente, impõem-lhes o terrível suplício de Tântalo – personagem da mitologia grega, rei que foi sentenciado a uma eternidade de fome e sede, em um cenário de árvores carregadas de frutos suculentos, por ter ousado roubar alimentos dos deuses. As representações do inferno elaboradas por Buonamico Buffalmacco (1330-1340), em Pisa, e por Taddeo di Bartolo, em San Gimignano (1393-1413), na Toscana, a exemplo, trazem glutões reunidos ao redor de uma mesa, guarnecida de frangos assados e de vinhos, mas diabos os impedem de consumi-los, senão com o olhar. (QUELLIER, 2011).

Nesse contexto, a causa do pecado da gula, vista como o abuso de vinho e de boa comida, a avidez e a intemperança, faz com que a mesa seja concebida como um lugar de edificação e perfeição. A codificação do comportamento à mesa será o caminho secular escolhido no combate à gula, desanimalizando-a por meio da civilização no ato de comer.

Assim, contrariamente à tradição deixada pelo período áureo do Império Romano, na qual, durante as celebrações e festividades, os anfitriões atenciosos instalavam seus vomitórios para se assegurarem de que nada limitaria a capacidade de diversão de seus convidados (PROSE, 2004), a tradição hagiográfica cristã insistirá fortemente nas virtudes da temperança alimentar. São Luís será um modelo perfeito desse propósito.

Com base nos relatos de sua vida, Quellier (2011) traz exemplos de conduta que Luís IX (1214-1270) impôs a si mesmo, visando a uma humildade alimentar, consonante ao regime seguido pelas ordens mendicantes. Sem desconsiderar a posição social que ocupava e seus deveres junto aos banquetes reais, Luís IX diluía seu vinho em água abundante, enfraquecia os molhos picantes dos assados e as sopas saborosas pelo acréscimo de água, recusava-se a comer espetos – iguaria dos poderosos que lhe era apetitosa – como, também, oferecia-os ao serviço de esmolas. Por outro lado, o rei consumia pratos considerados grosseiros à sua posição social, tal como as ervilhas, e, também, outros alimentos cujo paladar não apreciava, como a cerveja que ingeria durante a quaresma. (QUELLIER, 2011).

Luís IX, da mesma maneira que combatia os impulsos do ventre, exercia a vigilância junto aos pecados da língua – maledicências, pragas, blasfêmias – e cuidava de realizar suas refeições em meio a conversas edificantes. (QUELLIER, 2011).

Contemporâneo seu, o rei de Castela e Leão, Afonso X, o Sábio (1221-1284), foi outra figura importante que procurou impor a seus companheiros a moderação no tocante à alimentação e à bebida, incluindo-a na lei, e dom Duarte I de Portugal (1391-1438) não deixou de ressaltar em seus escritos os malefícios oriundos do pecado da gula.

Todavia, essa noção de proibidade alimentar, concebida como medida e moderação, nem sempre foi tão bem assimilada. A equação que opera com o excesso, a moderação e a privação alimentar, principalmente, entre os próprios religiosos, assumiria uma função mística, que transcenderia os limites do corpóreo.

Para Prose (2004), teria sido uma infelicidade da gula que a codificação das virtudes e vícios tenha coincidido com o primeiro florescimento do movimento monástico cristão e com o crescimento concomitante da ideia de que o corpo deveria ser ignorado, negado, desprezado e, até mesmo, se necessário, mortificado até a submissão. Porém, ao se adentrar pelo mundo dos claustros, ao se enveredar

pela história de personagens religiosos, verifica-se que, por detrás da tortura do próprio corpo, existia um sentido que transcendia a mera objeção à gula ou a virtude de um comportamento contrário ao excesso alimentar. Para além do comer ou não comer, muito mais relevante que a representação orgânica da ingestão alimentar, a abstinência era visualizada como o caminho que conduziria ao Cristo. A renúncia do mundo material representava, para alguns, o encurtamento no alcance da apuração espiritual.

Foi no cenário religioso que muitos historiadores identificaram exemplos nítidos do que seria o atual quadro da Anorexia Nervosa. Mas, será que pode existir esse reflexo na identidade dos dois fenômenos? Seria a “Anorexia Sagrada” a atual Anorexia Nervosa, apenas, trasladada para outro contexto histórico-cultural? Antes que o pensamento balbucie qualquer resposta, far-se-á necessário percorrer alguns passos dentro do cenário místico da Idade Média, a fim de se visualizar a influência que a alimentação exerceu na expressão da religiosidade de algumas figuras icônicas.

2.5 A Anorexia Sagrada e o corpo como o altar de si mesmo: as santas jejuadoras

A realização de estudos, tendo por base uma figura do passado, é tarefa delicada, porquanto se basear em documentos ou relatos nem sempre muito precisos.

Um modo de diluir esses obstáculos, que se interpõem entre o estudioso e a personalidade que representa seu objeto de estudo, dá-se pela utilização de patografias – biografias históricas construídas a partir de um ponto de vista psicológico e psiquiátrico. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Conforme elucidação de Weinberg e Cordás (2006, p. 33):

As patografias analisam a hereditariedade biológica do indivíduo, seu desenvolvimento, personalidade, história de vida e patologia mental e psiquiátrica dentro do contexto sócio-cultural [sic] de seu tempo a fim de avaliar o impacto desses fatores sobre suas decisões e desempenho.

A escolha das santas jejuadoras para o desenvolvimento das próximas linhas foi feita em decorrência dos pontos de convergência entre suas patografias (nesse

caso, hagiografias), denotando a existência de uma homogeneidade mórbida, bem como em razão de serem esses nomes recorrentes nos escritos sobre a privação da alimentação no contexto de religiosidade.

2.5.1 *Santa Vilgefortis*

Existem questionamentos sobre a veracidade da história de Vilgefortis. Alguns a consideram uma lenda absurda, outros a possuem como alvo de devoção, não sendo raro encontrar imagens que a retratem em Portugal e na Espanha.

Weinberg e Cordás (2006) mencionam que, tendo por base as referências políticas existentes na história da Europa Ocidental, é provável que Santa Vilgefortis tenha vivido entre os séculos VIII e X.

Dentre os fatos que compõem sua história, narra-se que Vilgefortis era a sétima filha do rei da região que, hoje, corresponde a Portugal – que só surgiu como Estado e com o nome atual no século XII.

Seu pai, um tirano pagão que se fazia notório pela crueldade e rudeza, decidiu casá-la com o rei sarraceno da Sicília. Vilgefortis, que, à época, já havia feito voto de castidade e planejado oferecer sua vida a Deus, ficou horrorizada com o destino que a esperava e, no intuito de preservar sua virgindade e fugir do enlace matrimonial, iniciou uma série de orações, bem como um rigoroso jejum.

Diz-se que ela rogava a Deus para que sua beleza fosse apagada. Consequência da fé ou do desequilíbrio hormonal causado pelo jejum a que se submeteu, certo é que pelos começaram a surgir pelo seu corpo e uma barba cresceu em seu rosto.

O rei da Sicília ficou estarecido diante do estado de caquexia de Vilgefortis e desistiu do casamento. Seu pai, por sua vez, encolerizado com a situação, mandou crucificar a filha.

Segundo os detalhes que se agregam para a ilustração dessa história ou lenda, ainda na cruz, Vilgefortis teria rezado para que ninguém se esquecesse dos estorvos que recaem sobre as mulheres e dos quais ela se via, então, liberada naquele momento. Aclamava, ainda, que aqueles que a buscassem como mediadora em suas preces seriam atendidos, assim como ela o fora.

O culto a Vilgefortis – a mulher que conseguiu se libertar das mazelas femininas – fortaleceu-se em Portugal e, também, na Espanha, lugar em que se faz

conhecida como santa Liberata: a protetora das mulheres com problemas sexuais, em especial, aqueles associados ao parto. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Na Baviera, ela é venerada com o nome de santa Kumermus, na França, como santa Milleforte, e, na Inglaterra³³, tornou-se conhecida por Uncumber (do verbo em inglês *to uncumber*) – aquela que ajuda as mulheres a se livrarem dos seus maridos. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Carlos Magno erigiu uma capela à St. Uncumber em Beauvais em 810. Nessa cidade, foi organizada uma confraria na qual a imagem da santa crucificada e com longas barbas era venerada. No entanto, a imagem foi retirada em 1827 por ordem do prelado diocesano, que reputou seu culto inconveniente. Face ao pedido dos fiéis, a imagem foi recolocada no local, depois de cuidadosamente “barbeada”. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

A festa de Vilgefotis é celebrada em 20 de julho. Nas imagens que a representam, a santa geralmente está crucificada e possui a aparência de uma criança de 10 ou 12 anos, além de uma barba notória. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

2.5.2 Santa Clara de Assis

Clara nasceu em Assis, comuna localizada no Ducado de Espoleto, região ao norte do rio Tibre, no final do século XII – época marcada por grande turbulência política e social advinda da disputa pelas rotas comerciais entre as comunas e das lutas entre as classes emergentes (os burgueses) e os senhores feudais. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Nesse cenário, os miseráveis, excluídos pela condição de pobreza severa ou doença, não tinham a quem recorrer. A Igreja não oferecia nenhuma espécie de auxílio, porquanto os monges viviam enclausurados em seus conventos, e os padres, mais próximos do povo, ostentavam uma existência desregrada, em meio à bebida, jogos e à vida em concubinato. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Esse contexto catalisou o surgimento de movimentos religiosos autônomos, nos quais pregadores itinerantes começaram a conclamar os fiéis a um espiritualismo rigoroso e a pregar a retomada da coerência cristã. Dentre esses

³³ Weinberg e Cordás (2006) narram que havia uma escultura de St. Uncumber na Billingsgate e que as mulheres, ao exporem suas aflições, ofereciam à santa uma tigela de aveia.

pregadores, destacou-se Francisco de Assis, que, em 1210, acompanhado de alguns seguidores, dirigiu-se a Roma para obter do Papa Inocêncio III o reconhecimento de sua forma de vida religiosa. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Após o movimento ter sido reconhecido pelo Papa, grande número de mulheres jovens optou por aderir a uma experiência comunitária diferente daquela vislumbrada nas tradicionais instituições monásticas femininas. Clara de Assis foi uma dentre essas jovens e fundou o movimento das “Mulheres Pobres” ou “Damianitas”, posteriormente, conhecido por “Ordem das Clarissas”. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Clara, que era filha de Favarone Offreducci, conde de Sassorosso, e de Hortolana, uma cristã fervorosa, exteriorizou, desde muito nova, grande fé religiosa. Na adolescência, viu-se atraída pelas pregações de Francisco de Assis, a quem decidiu seguir.

A escolha pela vida religiosa gerou a indignação de alguns parentes que, admirados por sua beleza, insistiam para que a jovem se casasse. Além do mais, Francisco era interpretado, por muitos, como um louco e fazia parte de uma família considerada inimiga. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Weinberg e Cordás (2006, p.37) explicam que, mesmo com a desaprovação de sua família, Clara se mantinha irredutível:

Indo contra as imposições da família, permaneceu firme em sua escolha, e Francisco, ignorando as leis canônicas, recebeu os votos de Clara, tonsurou-a mesmo sem nenhum noviciado e em seguida obteve para ela o pequeno convento anexo à Igreja de São Damião. Muitas jovens de Assis que a seguiram, inclusive sua irmã Inês, prometeram obediência a Francisco, que propunha para as mulheres uma vida de reclusão e contemplação, associada à obrigação de trabalho e pobreza.

O historiador Rudolph M. Bell, autor da obra *Holy Anorexia* (1985), ao versar sobre o comportamento alimentar de Clara, menciona que os testemunhos sobre seus hábitos foram dados pelas freiras que viviam com ela no convento de São Damião e ocorreram antes que o bispo Bartolomeu de Espoleto – em novembro de 1253, três meses após a morte de Clara – fosse enviado pelo Papa Inocêncio IV para conduzir as investigações sobre a vida da fiel.

A primeira a se pronunciar foi a freira Pacífica de Guelfuccio, que conhecia Clara desde a infância e a ela se juntara quando de sua saída de casa para se dedicar aos propósitos espirituais. Segundo Pacífica, Clara não comia nada às

segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras. Nos outros dias, ela comia pouco, tão pouco que ficou gravemente doente. (BELL, 1985). Desse modo, Francisco de Assis e o Bispo de Assis ordenaram que ela comesse, ao menos, meio pão por dia. Tal fato foi testemunhado pela freira Benvenuta de Perugia e confirmado pelas demais religiosas que habitavam o mesmo local que Clara. (BELL, 1985).

Clara deixava seus pés descalços, dormia no chão, mortificava seu corpo com uma espécie de veste de couro de porco que usava com os pelos e pelugens cortados junto à carne e que trajava por debaixo da túnica de pano rude. Em outra ocasião, mandou confeccionar uma roupa com pelos de cauda de cavalo e, fazendo com elas umas cordinhas, apertava-as junto ao seu corpo. Acresce-se a isso o hábito de Clara não falar, a não ser que obrigada pela necessidade ou pela caridade, bem como o fato de ela nunca deixar o convento e de impingir a si mesma jejuns extremamente rigorosos a ponto de ficar seriamente doente. (BELL, 1985).

A destruição dos desejos corporais de Clara refletia uma espécie de ideal a ser seguido por todas as mulheres de fé. A “Anorexia Sagrada” deveria ser praticada em casa pelas jovens, pelas viúvas, e, na medida do possível, pelas mulheres casadas que tinham a obrigação legal de servirem o leito conjugal. Enfim, por qualquer mulher independentemente da classe social ou circunstância. (BELL, 1985).

No estudo feito por Weinberg e Cordás (2006), Clara, apesar de se expor aos excessos mencionados, recomendava prudência e moderação aos outros. Mesmo tendo estado doente por 28 anos – muito provavelmente, devido às restrições autoimpostas –, Clara se avaliava como sã e forte, ratificando os motivos para persistir nos jejuns diários.

Caroline Walker Bynum, em obra intitulada *Holy feast and holy fast: the religious significance of food to medieval women* (1988)³⁴, faz um paralelo entre o comportamento de Francisco de Assis e Clara de Assis, no tocante à expressão da fé, pois considera que ambos cresceram na mesma cidade italiana, participaram do mesmo cenário de espiritualidade que se apresentava à época, foram influenciados um pelo outro e expressaram o mesmo desejo pela autoabnegação e pela negação do que se lhes afigurava mundano. Todavia, eles se expressaram por intermédio de comportamentos e metáforas diferentes. Somente para Clara a alimentação exercia

³⁴ Sem tradução para o português.

um papel crucial. Francisco renunciou a riqueza; Clara, a comida. Para Francisco, o desapego, o despir-se da materialidade era o símbolo da pobreza e humildade de Cristo. Já o desnudamento mais fervoroso de si mesmo para Clara residia na abstinência alimentar.

2.5.3 Santa Catarina de Siena

Sem dúvida alguma, ao se estudar o que alguns historiadores chamam por “Anorexia Sagrada”, o nome mais recorrente é o de Catarina de Siena. O mesmo, igualmente, ocorre ao se buscar personagens adeptos de práticas ascéticas rigorosas.

Catarina Benincasa nasceu em 1347, em uma família de artesãos de Siena, cidade localizada na região da Toscana, na Itália, que trabalhava com a tintura de lã. Seu pai, Giacomo Benincasa, era um homem conhecido por sua bondade e dedicação ao trabalho. Já a mãe, Lapa Piacenti, possuía um temperamento mais forte, sendo descrita como uma mulher de pulso firme. Quando Catarina e Giovana – sua irmã gêmea – nasceram, Lapa estava com mais de quarenta anos e já havia gerado vinte e duas crianças, sendo que menos da metade delas conseguiu sobreviver para além da infância. (BELL, 1985).

Ambas as gêmeas nasceram fracas. Lapa batizou as duas filhas rapidamente, com medo de que elas viessem a morrer sem receber o sacramento. Posteriormente, ela precisou fazer uma escolha muito difícil: enviou a adoentada Giovana a uma nutriz, enquanto manteve Catarina consigo. Giovana morreu em pouco tempo, mas Catarina gradualmente ganhou força e se tornou robusta. (BELL, 1985).

Lapa dizia que nunca havia podido amamentar seus filhos pelo tempo devido, pois, sempre, via-se grávida novamente antes que o período de lactação se completasse. Contudo, com Catarina, isso não aconteceu e Lapa conseguiu amamentá-la por, pelo menos, um ano completo antes de desmamá-la e, somente depois deste tempo, engravidou novamente. Quando Catarina estava com, aproximadamente, dois anos, a criança nasceu e foi batizada como Giovana, em homenagem à gêmea de Catarina que falecera. O novo bebê, que era chamado carinhosamente por Nanna, morreu em 18 de abril de 1363, ano em que Catarina se converteu a uma prática religiosa radical. (BELL, 1985).

Narra-se que a primeira visão de Catarina aconteceu quando ela possuía seis anos de idade e voltava da casa de sua irmã Boaventura, acompanhada do irmão Estevão. Catarina avistou Jesus em cima do telhado da Igreja dos dominicanos, sentado em um trono e tendo ao seu lado São Pedro, São Paulo e São João Evangelista. Catarina ficou atônita enquanto Jesus lhe sorria, erguendo a mão direita para abençoá-la. (WEINBERG; CORDÁS, 2006). Desse dia em diante, Catarina mudou, assumindo sobre si mesma e sobre os demais uma ascendência e uma autoridade que iriam aumentar com o decorrer dos anos. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Aos sete anos, Catarina optou por dedicar sua virgindade à Virgem Maria e aboliu a carne de sua alimentação, sempre repassando sua porção aos irmãos ou jogando-a, pedaço por pedaço, disfarçadamente, ao gato. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Quando contava com doze anos, a mãe de Catarina começou a se preocupar em casá-la. Enviou-a para a casa de Boaventura, sua irmã, para que esta a convencesse a cuidar da aparência, sob o argumento de que ela não poderia desagradar a Deus. No entanto, Boaventura falece no parto, e a mãe de Catarina exterioriza a pretensão de casar a filha com o cunhado, viúvo de Boaventura. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Desesperada, Catarina corta o cabelo. A mãe, para puni-la, atribui-lhe a realização de todos os trabalhos domésticos, bem como a priva do direito de ter um quarto só para si. Tendo que dividir o quarto com o irmão Estevão, Catarina passava várias horas, durante a noite, rezando sob a luz de uma vela. Essa rotina perdurou por três anos até que, um dia, quando Catarina estava com dezesseis anos, seu pai a viu rezando em êxtase e, admirado pela santidade da filha – sobretudo por conta do voto de castidade que ela firmara na infância – liberou-a do castigo, permitindo que vivesse conforme suas convicções. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Weinberg e Cordás (2006) narram que, a partir do supramencionado, Catarina decide unir-se às Manteladas³⁵, mulheres viúvas ou solteiras em idade avançada, que viviam em suas casas e não no convento, seguindo regras demasiadamente severas e voltadas inteiramente ao trabalho, à oração e ao cuidado dos pobres.

³⁵ O nome advém do fato de elas usarem um grande manto negro por cima do hábito branco das dominicanas. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Face à oposição da mãe e das viúvas que se negavam a acolher uma jovem de dezesseis anos, Catarina adoeceu. Somente depois que as viúvas a encontraram em estado de prostração e permitiram que ela se vestisse de mantelada para morrer, a jovem se reergueu, vindo a se fechar no antigo quarto que seu pai lhe devolveu e retomando seu caminho de austeridade. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Durante três anos, Catarina permaneceu em retiro espiritual absoluto. Somente saía de seu aposento se fosse para ir à Igreja e conversava com os familiares, apenas, o indispensável. Nesse período, aprendeu a ler e a escrever. Reduziu seu sono até ao ponto de cochilar uma hora a cada dois dias, usava o cilício e se autoflagelava, três vezes ao dia, com uma corrente de ferro. Quando a mãe a levava aos banhos a fim de que recuperasse a saúde, Catarina se expunha a jatos de água fervente que jorrava dos canos. Sua alimentação, à época, restringia-se a uma pequena porção de pão, ervas cruas e água, mesmo assim, não raro, abstinha-se de qualquer ingestão e, se forçada a comer, induzia o próprio vômito. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Aos vinte anos, após a morte do pai, Catarina teve visões nas quais Jesus Cristo lhe dizia para desistir da experiência solitária e voltar à companhia das pessoas. Nessa época, ela perdeu o apetite e não conseguia comer sequer o pão. (BELL, 1985).

Catarina deixou a reclusão e voltou a se relacionar com a família e a sociedade. Retomou os trabalhos realizados dentro de casa e se dedicou, com fervor, à vida das manteladas dominicanas. Cuidava dos pobres e enfermos e realizava doações vultosas que retirava da própria casa. Ao mesmo tempo, abraçou a causa político-religiosa de reformar a Igreja, o que fez a sua reputação. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

O exagero das privações autoimpostas por Catarina – seu primeiro jejum durou dois meses e meio – trouxe a suspeita da presença do diabo. Quando advertida de que seus hábitos alimentares a estariam conduzindo à morte, Catarina retrucava dizendo que a comida a mataria de qualquer modo, logo, seria melhor morrer pela falta de alimentação e agir conforme seu desejo. (BELL, 1985).

Seu intuito era anular qualquer sensação corporal. Uma vez, enquanto trocava o curativo de feridas cancerosas no peito de uma mulher da qual ela estava cuidando, Catarina sentiu repulsa do odor desagradável da supuração. Determinada a superar as sensações emitidas pelo seu corpo, ela cuidadosamente juntou o pus

dentro de uma vasilha e o bebeu. Naquela noite, ela teve uma visão em que Jesus a convidava para beber o sangue que escorria do lado perfurado de seu corpo e, foi com esse consolo, que o estômago dela não mais conseguiu digerir. Aos vinte e cinco anos aproximadamente, Catarina comia o “nada” e se sentia forte e saudável assim. (BELL, 1985). A falta de alimentação, longe de abater suas forças musculares, tornava-a hiperativa. Se forçada a ingerir algo, induzia o vômito até com a introdução de galhos na garganta.

Catarina bebia somente um pouco de água fresca e mastigava algumas ervas amargas, para, depois, cuspir a substância. (BELL, 1985).

Os hábitos de Catarina sempre traziam a discussão acerca de uma possível possessão demoníaca ou bruxaria. A habilidade para viver sem a comida significava que ela estaria sendo alimentada pelo demônio. Mesmo quando aconselhada pelo seu confessor Raymond de Cápuia a se alimentar, Catarina se negava, dizendo que a dor do vômito era uma penitência para os seus pecados e que ela preferia receber sua justa punição nesse mundo que no próximo. (BELL, 1985).

A penitência, conforme o pensamento de Catarina, haveria de ser mensurada segundo as necessidades e capacidades de cada um. O esforço essencial precisaria residir na destruição dos próprios desejos e, não, na acumulação superficial de atos meritórios. (BELL, 1985).

No dia 15 de fevereiro de 1380, com trinta e três anos de idade, encontrando-se em Roma com sua mãe e uma série de discípulos, Catarina ditou sua última carta aos seus secretários. Nela, mencionava que seu corpo era incapaz de aceitar qualquer alimento, nem mesmo uma gota de água, e que sua vida estava por um fio. (BIDAUD, 1998). Onze dias depois, Catarina não conseguia mais andar.

Em 29 de junho de 1380, Catarina faleceu. Foi declarada Santa pelo Papa Pio II em 1461. O Papa Pio XII a declarou padroeira da Itália em 1939, e Paulo VI a colocou no catálogo dos Doutores da Igreja em 1970. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Aquilo que, primeiramente, iniciou-se como um jejum de inspiração religiosa, em algum ponto, escapou ao total controle da consciência de Catarina. Para Bell (1985), apesar de, em um primeiro plano, existirem circunstâncias físicas envolvidas, foi o desejo de Catarina que deu formato ao curso de sua enfermidade e a concedeu sentido. Este autor acredita que, apesar das diferenças entre o propósito de Catarina de estar unida ao Cristo e a busca por si mesma, presente nas mulheres anoréxicas

de hoje, o dilema psicológico é semelhante, pois, em ambos os casos, os agentes não podem se alimentar e negam que esse comportamento advenha da própria vontade ou obstinação. Até que alguma intervenção ocorra, o caminho que se vislumbra para esse tipo de conduta é a morte. (BELL, 1985).

2.5.4 *Santa Maria Madalena de Pazzi*

Maria Madalena, a prostituta convertida, afigurou-se como o nome mais inapropriado que Catarina de Pazzi, filha única de família ilustre, poderia ter escolhido para entrar no convento das Carmelitas de Santa Maria dos Anjos, em Florença, Itália, quando tinha dezesseis anos.

Nas obras que versam sobre sua vida, menciona-se que ela se preocupava em demasia com nomes, porquanto já se chateara bastante com o fato de seus pais habitualmente a chamarem por Lucrecia, ao invés de a chamarem por seu nome próprio – que ela recebeu como uma homenagem à Santa Catarina de Siena. Na verdade, Catarina era o nome de sua avó materna e Lucrecia, o da avó paterna. Assim, os pais tentavam equilibrar o que haveria de ser uma menção honrosa às suas respectivas ascendentes. (BELL, 1985).

Nascida em 02 de abril de 1566, Maria Madalena viveu seu primeiro êxtase místico aos doze anos de idade. Aos dezesseis, ingressou no convento Carmelita de Santa Maria dos Anjos e, um ano após receber os votos, trocou o nome que recebera ao ser batizada.

Em 1585, quando estava para completar vinte anos de idade, sob a justificativa de estar sendo orientada por Deus, restringiu sua dieta a pão e água e, aos domingos, alimentava-se de pequenas porções compostas por alguns restos alimentares deixados pelas outras irmãs. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Quando se via forçada a se alimentar em maiores quantidades, por parte de suas superiores, Maria Madalena de Pazzi provocava o vômito. Paradoxalmente, em outros momentos, era surpreendida em crises de hiperfagia, nas quais, às escondidas, consumia grande quantidade de alimento em pouco tempo.

No intuito de se punir pelo comportamento de descontrole e, também, para prevenir as tentações demoníacas, açoitava-se, dormia muito pouco – sempre nua sobre troncos de madeira no chão – e tomava banhos gelados em pleno inverno. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

O historiador Rudolph M. Bell, em *Holy Anorexia*³⁶ (1985), menciona que Maria Madalena de Pazzi, em seus relatos, dizia que, ao passar pela despensa, via o diabo abrindo gavetas e prateleiras, para mostrar-lhe todos os tesouros culinários que se escondiam ali e, assim, dissuadi-la da dieta de pão e água.

Weinberg e Cordás (2006, p. 47) explanam que:

Ao longo de sua vida até falecer a 25 de maio de 1607, a existência de Maria Madalena é um suceder de visões de crucificação, uso de coroas de espinhos, sofrimentos físicos auto-impostos e longos jejuns, tudo para cumprir da maneira mais perfeita possível seu destino místico.

A adoção do nome eclesiástico Maria Madalena, prostituta convertida na história cristã, provavelmente, deu-se por influência dos escritos de Santa Catarina de Siena, que a exaltava como sendo um modelo para si mesma, uma vez que, após a morte de Cristo, teria praticado o jejum por trinta e três anos consecutivos. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Sobre o temperamento de Maria Madalena de Pazzi, o que se observa nos escritos daqueles que se propuseram a versar sobre sua vida, é que se tratava de filha única, perfeccionista ao extremo e conhecida por se impor regras a serem seguidas. Quando criança, era determinada e elogiada por sua obediência, desde que nada a frustrasse. Do contrário, recorria a crises de choro e adoecia se não pudesse concretizar os seus desejos. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

A mãe de Maria Madalena de Pazzi, assim como a de Catarina de Siena, era uma figura que se destacava pelo autoritarismo, tendo travado inúmeras batalhas com a filha até que esta entrasse para o convento. (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

A resistência em se alimentar, os episódios hiperfágicos e a prática purgativa são indícios, muitas vezes, utilizados para se analisar a possível existência de um quadro de Anorexia Nervosa, subtipo purgativo, apresentado por Maria Madalena de Pazzi.

Contudo, o que vem a ser a Anorexia Nervosa? Esse comportamento de expressão da religiosidade – em que o exercício de jejuns severos e a indução de vômitos diante do descontrole alimentar estão tão presentes – poderia ser associado à entidade nosológica em torno da qual gravita a presente pesquisa?

³⁶ Sem tradução para o português.

A “Anorexia Sagrada” e a Anorexia Nervosa seriam um mesmo fenômeno, todavia, situado em contextos históricos diferenciados? Para que as reflexões sejam erigidas sobre bases não meramente especulativas, é preciso adentrar pelo universo desse transtorno mental e entender a realidade que se esconde por detrás de seu diagnóstico.

3 DA ANOREXIA SAGRADA À ANOREXIA NERVOSA: UM MESMO FENÔMENO?

Na formulação do que vem a ser o belo, existe uma confluência de aspectos socioculturais e pessoais até questões ligadas ao religioso e financeiro. Tudo, certamente, atuante em um contexto histórico.

Tomando o corpo por objeto de estudo e, especificamente, como se deu sua atuação no reflexo da concepção de beleza ao longo do tempo, verifica-se, de acordo com as pinturas da época, que, na Idade Média, a gordura corporal era prestigiada. A escassez de alimentos, oriunda da dificuldade de distribuição e estocagem, incentivou a criação de mitos de fartura. O glutão medieval era apreciado por sua saúde e vigor. (LANA, 2011). A repreensão estética surgia somente diante de um exemplar demasiadamente gordo, e o exercício para se traçar as fronteiras entre o glutão e o excessivamente obeso acabou por representar as primeiras tentativas de explanação acerca do que seria gordura corporal. (LANA, 2011).

No final da Idade Média, inicia-se uma mudança na caracterização da imagem corporal. O volume do corpo começa a derramar, na realidade, a percepção do excesso, agora, vinculado à ideia de defeito. É nesse ponto que residirá a alteração na adjetivação concedida à gordura antes do século XV e após a Modernidade.

Na Modernidade, o gordo, muitas vezes, incorpora a figura do “pateta”, que, por conta de seu tamanho, envolve-se em situações ridículas, já que se compromete na realização das tarefas mais simples. A preguiça, a inabilidade e a indolência compõem as características estigmatizadas na representação dos corpos, então, apreciados quando mais magros. (LANA, 2011).

Nesse espaço temporal, ainda, não era comum indicar o peso das coisas ou de uma pessoa. Esse hábito se exteriorizava, somente, quando animais eram colocados à venda e era feito intuitivamente, conforme a cor de seu pelo, a idade e a ascendência. Com relação aos seres humanos, os poucos registros de clínica médica da época fazem menção ao peso de pacientes sendo estimado por meio do número de livros a que deveria corresponder. (LANA, 2011).

No Iluminismo, o gordo deixa a ironia que o vinculava ao pateta para assumir a constatação de sua impotência. O termo ‘obesidade’, figurando como patologia humana, começa a ser usado com mais frequência, e a gordura reluz como um

obstáculo à vivência – ponto pejorativo para uma época que valoriza o empirismo. Inaugura-se uma preocupação para com o aspecto nutricional. As dietas e receitas para emagrecimento deixam a condição de clandestinidade e desembocam na trivialidade do possível.

Na primeira metade do século XIX, apesar de ainda não ser empregada a balança de uso pessoal para cálculo do peso, a preocupação com as medidas era latente. A literatura médica trata com mais rigor a adiposidade, e o excesso de peso é identificado como energia não consumida pelo corpo. (LANA, 2011).

Na segunda metade do século XIX e no início do século XX, os regimes e o rigorismo com o qual as medidas do corpo são tratadas se tornam banais na vida cotidiana. As balanças de uso pessoal passam a ser mais acessíveis, e as associações entre peso e altura começam a ser feitas. Se, até então, os corpos eram escondidos sob vestes pudicas, a partir desse momento, eles começam a ser expostos. Espelhos ovais são substituídos por formatos maiores para que se possa observar o corpo inteiro, as temporadas na praia e a descoberta das ancas femininas, também, matizam o período.

No âmbito médico, o levantamento de figuras obesas na família e a associação da obesidade a outros quadros clínicos atuam na distinção de seus possíveis fatores etiológicos: predisposição, no caso da hereditariedade, e ocasionalidade, no caso de ingestão excessiva de alimentos. (LANA, 2011).

Os regimes formulados por intermédio do estudo da energia advinda dos alimentos impulsionam a nova ciência da alimentação. A revolução da magreza inflaciona a valorização dos corpos esguios, e o obeso ocasional é visto como um descuidado para consigo mesmo.

As balanças de uso pessoal se tornam um produto básico de toalete. Surgem novas estruturas anatômicas que precisam ser devastadas: a celulite e a gordura localizada. Controlar o peso é vislumbrado como uma busca diária, uma batalha contra si mesmo. As narrativas pessoais daqueles que “venceram” a gordura, se inéditas até 1920, tornam-se um testemunho que ilustra a marginalização do obeso na sociedade. (LANA, 2011).

O obeso, hoje, é visto como um incapaz de se autoadestrar. As cirurgias bariátricas e a banalização das lipoaspirações denotam a inabilidade para a ingerência de si mesmo. Se o corpo é o lugar em que habita a identidade, o obeso – inútil na realização da autogovernança – é impedido de habitar a própria imagem. A

gordura estampa um fracasso que, se nasce dentro das fronteiras do eu, não se circunscreve aos seus limites. Assim, ser gordo, para o olhar alheio, é, antes de tudo, estar carimbado pela própria derrota.

A lipofobia na qual a sociedade se encontra imersa se manifesta em situações bizarras. Não é atípico assistir a um leigo que, diante de um quadro renascentista, ressalte a gordura das representações corporais, principalmente, as femininas. Se as ondulações do corpo, os braços roliços, os quadris avantajados eram sinais de volúpia e nobreza, agora, não se enquadram mais no conceito de belo.

Nas pinturas do colombiano Fernando Botero (1932), o exagero retratado possui uma função estilística. A transformação e deformação são recursos utilizados para insculpir a realidade na arte. Os volumes e as formas avantajadas são o centro de seu ideal estético e, desse modo, o que lhe permite dar expressão a seu olhar sobre o mundo. Botero salienta, nos seus quadros, esse continente de festa e cor, a “siesta” e a boa comida que estão enraizados no contexto da América Latina genuína. Retrata o espírito de um povo que se encanta por símbolos e alegorias e que possui qualidades criativas do exagero e do excesso. Contudo, a despeito de todo o universo simbólico em cada uma de suas pinceladas, a pergunta recorrente é: “Por que Botero pinta pessoas gordas?” Às indagações, o artista sempre respondeu: – “Não, eu não pinto pessoas gordas”.

A obsessão com a gordura, a veiculação de ideais estéticos pela mídia – inalcançáveis pela maioria das pessoas – e o repúdio àquilo que traduz um erro fenotípico são fatores que propiciam um ambiente favorável ao desenvolvimento de transtornos alimentares.

O mesmo mundo que apresenta índices alarmantes de pessoas obesas figura como cenário no qual se vê crescer vertiginosamente os portadores de distúrbios da alimentação.

A *National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders* – ANAD – traz alguns desses números e surpreende ao expor que, nos Estados Unidos, mais de vinte e quatro milhões de pessoas de todas as idades e gêneros sofrem de algum distúrbio alimentar. (NATIONAL ASSOCIATION OF ANOREXIA NERVOSA AND ASSOCIATED DISORDERS, 2012). Dentre essas pessoas, apenas, uma em cada dez recebem tratamento. (NATIONAL ASSOCIATION OF ANOREXIA NERVOSA AND ASSOCIATED DISORDERS, 2012).

Quando o estudo adentra na realidade do público estudantil, os índices são, ainda, mais assustadores: 91% das mulheres que estão nas universidades relataram já terem feito dietas para controlar o peso. 22% estão geralmente ou permanentemente em regimes alimentares. (NATIONAL ASSOCIATION OF ANOREXIA NERVOSA AND ASSOCIATED DISORDERS, 2012). A Anorexia Nervosa é a terceira doença crônica mais comum entre os adolescentes e sua taxa de mortalidade é doze vezes maior, se comparada à taxa de mortalidade associada às causas gerais de óbito, em mulheres com idade entre quinze e vinte e quatro anos. (NATIONAL ASSOCIATION OF ANOREXIA NERVOSA AND ASSOCIATED DISORDERS, 2012).

Todavia, se, antes, a Anorexia Nervosa era um quadro clínico predominantemente vislumbrado entre pessoas jovens, a situação atual é outra. Em reportagem de março de 2008, o site da BBC Brasil relatou o aumento dos casos de Anorexia Nervosa em mulheres com mais de cinquenta anos. No texto, a diretora da Associação Britânica de Especialistas em Dieta – BDA – diz que as mulheres com mais de cinquenta anos representavam 10% das pacientes com transtornos alimentares na Inglaterra.

No Brasil, o médico Táki Cordás, fundador do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas de São Paulo – AMBULIM –, afirma ter sido necessário criar um ambulatório para tratar pacientes com transtornos alimentares refratários – iniciados após os quarenta anos –, uma vez que o número de portadores de distúrbios alimentares situados nessa faixa etária cresceu bastante. Ressaltou-se, ainda, que, nesses casos, o tratamento precisa ser intenso, já que a evolução da doença é mais grave em pessoas idosas.³⁷ (CRESCER..., 2008).

Em março de 2012, em Israel, o Parlamento aprovou uma lei que proíbe o aparecimento de modelos que estejam abaixo do peso mínimo ideal nas campanhas publicitárias. A medida foi tomada para prevenir a idealização da emaciação e da anorexia como formas de beleza. A parlamentar que apresentou a proposta, Rachel Adatto, mencionou, na ocasião, que os jovens do país estariam tentando imitar essa

³⁷ Cresce número de casos de anorexia após os 50 anos. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/03/080304_anorexiapacientesidade_np.shtm> Acesso em: 16 jan. 2013.

ilusão impossível e, conseqüentemente, os casos de distúrbios alimentares haviam aumentado. (YA'AR, 2012).

De acordo com a nova lei, modelos com um índice de massa corporal (IMC) abaixo de 18,5% não estariam qualificadas para figurarem nas publicidades dentro do Estado de Israel. Assim, a cada três meses, as modelos deverão se submeter a um laudo médico, no qual constará se elas se encontram, ou não, com o peso abaixo dos parâmetros fixados pela Organização Mundial de Saúde. Sempre que forem trabalhar em alguma campanha para o mercado israelense, o referido laudo deverá ser apresentado. (HADID; CHESLOW, 2012). Além disso, qualquer foto que tenha sido manipulada por programas de computador para que a modelo ostente uma aparência mais magra precisará trazer essa informação claramente. (YA'AR, 2012).

Segundo as reportagens que abordaram a notícia sobre a nova lei israelense, o Parlamento, também, estaria a cogitar uma medida que possibilitasse aos médicos efetuar a hospitalização involuntária de um paciente anoréxico crônico, cuja vida estivesse em risco. Até o momento, a lei israelense só permite a internação involuntária em casos nos quais o paciente, portador de doença mental, oferece perigo direto para si ou para os outros. A definição desse estado, contudo, é vaga e não inclui situações em que, apesar de não serem definidas, classicamente, como doenças mentais, representam ameaça à vida. (YA'AR, 2012).

Contudo, o que vem a ser essa patologia sobre a qual tanta gente fala ultimamente?

Karen Carpenter, Princesa Diana, Kate Moss, Victoria Beckham, Lady Gaga, Mary-Kate Olsen, Demi Lovato, Kelly Clarkson, Stephanie Pratt, Portia De Rossi, Lily Allen, Sharon Osbourne, Geri Halliwell, Débora Evelyn, Débora Nascimento, Alanis Morissette, Christina Ricci, Imperatriz Sissi da Áustria (1837-1898), Princesa Victoria da Suécia, Diane Keaton, Isabella Fiorentino, Fiona Apple, Sally Fields, Princesa Caroline de Mônaco. Cada uma dessas pessoas vivenciou alguma experiência de distúrbio alimentar – nesses casos, Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa em especial. Essas são apenas algumas das celebridades elencadas diante de tantas outras existentes no universo apresentado pela mídia, para ilustrar a realidade dos transtornos alimentares, até então, reclusa na mudez dos discursos. O mundo tateava esse fenômeno quando os corpos o anunciavam através do aspecto caquético, no caso da Anorexia Nervosa. Diante da Bulimia, o segredo era ainda

mais recôndito, já que, normalmente – a não ser que conjugada à Anorexia Nervosa – a portadora do transtorno não apresenta mudanças corporais que a denuncie.

De repente, o que era um problema cristalizado, porém, não debatido, começou a transbordar pelos veículos midiáticos. O Brasil passa a ser, cada vez mais, citado como um dos países líderes na venda de substâncias anorexígenas, na realização de cirurgias plásticas e se regozija pela exportação de imagem de mulheres consideradas belas. A cultura do corpo reina com vigor retumbante, e, se este é o país da miscigenação, há de se dizer que a integralidade de seu matiz fenotípico não é, em absoluto, acolhida no ideário coletivo de beleza.

Em uma época em que a obesidade se torna questão de saúde pública, certamente, o contraponto da temática, os distúrbios alimentares – dando-se destaque para a Anorexia Nervosa – merece ser discutido. Para tanto, um pouco desse universo precisa ser descortinado.

3.1 Anorexia Nervosa: primeiras indagações

Mohandas Karamchand Gandhi (1869-1948), popularmente conhecido por Mahatma Gandhi, foi o idealizador e fundador do moderno Estado Indiano e o maior defensor do *Satyagraha* – princípio da não-agressão, forma não-violenta de protesto – como um meio de revolução.

Nas diversas situações que envolveram a pacificação entre hindus e muçulmanos, na Índia, a abolição da discriminação vertida aos intocáveis³⁸ e a independência indiana do jugo inglês, Gandhi jejuou. Por ser um líder extremamente carismático, suas ações reverberavam e produziam efeitos positivos dentro dos propósitos a que ele visava.

No entanto, o ponto a que se deseja dar relevo é: por que Gandhi podia jejuar por mais de vinte dias sem que fosse alimentado contra a sua vontade e por que um anoréxico crônico pode ser submetido a tratamento involuntário?

O Código de Ética Médica, em seu artigo 26, menciona ser vedado ao médico desprezar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, sendo seu dever

³⁸ A sociedade indiana é dividida em quatro castas. Acredita-se que cada uma delas foi criada de uma parte do corpo do deus Brahma. Os intocáveis são aqueles que não pertencem à casta alguma e não podem se relacionar com os demais membros da sociedade, a não ser que seja igualmente um intocável.

cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, oferecer tratamento. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010). Esse dispositivo poderia ser invocado por um paciente anoréxico crônico para se furtar ao tratamento? O que difere o jejum do líder Gandhi daquele sustentado por uma pessoa com Anorexia Nervosa?

Aliás, a Anorexia Nervosa, à época supramencionada, já era considerada uma entidade nosológica? Em que fase da história esse conceito começou a ser erigido? O próximo item começará a apresentar e esclarecer alguns desses questionamentos.

3.2 Evolução histórica do diagnóstico da Anorexia Nervosa

O termo anorexia é formado pelo prefixo grego *an*, que significa deficiência ou ausência de, e o substantivo *orexis*, apetite, desejo. (CORDÁS; CLAUDINO, 2002). Todavia, atualmente, difere-se o sentido etimológico daquele empregado no quadro clínico de Anorexia Nervosa, uma vez que os pacientes que se subsumem a tal diagnóstico não apresentam real perda de apetite até estágios mais evoluídos da doença, mas, sim, uma recusa alimentar deliberada, visando ao emagrecimento ou oriunda do receio de engordar.

O primeiro relato conhecido de um caso de Anorexia Nervosa ou, pelo menos, aquele que é assim tratado pela literatura médica foi realizado por Richard Morton, em 1689, em seu livro sobre doenças da consunção. (BELL, 1985; HERSCOVICI; BAY, 1997; CORDÁS; CLAUDINO, 2002; BUCARETCHI; WEINBERG, 2003). Tratava-se de uma paciente de vinte anos de idade, com um quadro iniciado há dois anos, que veio a ser assistida por ele em 1686. (BELL, 1985).

Autores que estudam os escritos de Morton mencionam que ele, em sua narrativa, explana alguns dos sintomas apresentados pela paciente, sua recusa em ingerir a medicação prescrita e cita seu falecimento três meses após o início do tratamento. (BELL, 1985; HERSCOVICI; BAY, 1997). Disserta, ainda, acerca da influência mútua entre processos mentais e físicos e ressalta o papel patogênico das emoções. (CORDÁS; CLAUDINO, 2002). O quadro não se caracterizava pela presença de febre ou dispnéia³⁹, no entanto, trazia os sintomas de diminuição de

³⁹ Dificuldade respiratória.

apetite, amenorreia⁴⁰, aversão à comida, emagrecimento extremo e hiperatividade. Morton fez menção à indiferença da paciente para com seu estado de desnutrição e à preservação de suas faculdades mentais básicas. (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Compulsando os vestígios de relatos que compõem a história da anorexia, consta que, em 1789, Naudaud, na França, descreveu uma “doença nervosa acompanhada de uma repulsa extraordinária por alimentos” (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003, p. 20) e, transcorridos mais de setenta anos, em 1859, Louis-Victor Marcé, supervisionando de Charcot, na *Société Médico-Psychologique*, em Paris, relatou dois quadros de pacientes que apresentavam uma “recusa em alimentar-se” provocada por um “delírio hipocondríaco”. (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003, p. 20).

Foi somente na segunda metade do século XIX que a Anorexia Nervosa emergiu como uma entidade clínica independente, com sintomatologia e patogenias distintas (CORDÁS; CLAUDINO, 2002), face aos relatos quase simultâneos, em 1873, do médico inglês William W. Gull e do psiquiatra francês Lasègue.

Primeiramente, em 1868, Gull, durante o encontro do *British Medical Association*, em Oxford, descreveu o quadro clínico de três moças, entre 14 e 18 anos, que recusavam a alimentação e se tornavam demasiadamente magras, denominando a enfermidade de “apepsia histérica”. (CORDÁS; CLAUDINO, 2002; BUCARETCHI; WEINBERG, 2003). A expressão não foi a mais feliz, uma vez que o quadro clínico não necessariamente deveria ser caracterizado por uma falta de pepsina e, também, porque a terminologia “histérica”, à época, era aplicada somente a mulheres, sendo que a autoprivação de alimentos a que ele visava salientar poderia ser vislumbrada junto a homens, ainda que em menor proporção. (BELL, 1985).

Em abril de 1873, Lasègue publica o artigo *De l’anorexie hystérique*, descrevendo os achados clínicos de oito pacientes de 18 a 32 anos de idade e ressaltando a origem psíquica dessa doença. Segundo Cordás e Claudino (2002), o psiquiatra focaliza um dos traços marcantes da anorexia histérica: a crença mórbida de que o alimento é lesivo e, por isso, deve ser evitado. Lasègue identifica outras características de cunho psicopatológico relativas a inseguranças pessoais e busca

⁴⁰ Ausência de menstruação por três meses ou mais.

por aprovação, além de ressaltar a importância do comportamento familiar na manutenção dos sintomas.

Lasègue, segundo Giordani (2006), seria o responsável pelo avanço no conhecimento acerca das distorções que o paciente anoréxico possui de seu corpo, inclusive, negando a gravidade de seu próprio estado. Teria sido ele a observar que a doença se caracterizava por uma forma pervertida de realizar a restrição alimentar, existindo uma “condescendência verdadeiramente patológica da anoréxica com relação ao seu estado cadavérico” (GIORDANI, 2006, p. 81), posto que, além de não desejar a própria cura, regozijava-se nas restrições impostas por sua conduta.

Em outubro de 1873, William W. Gull apresenta o tema Anorexia Nervosa para a *Clinical Society of London* – publicado, apenas, em 1874 – descrevendo três casos e mencionando que o referido quadro costuma se manifestar em mulheres entre os 16 e 23 anos e, ocasionalmente, em homens da mesma faixa etária. Foi ele o responsável por cunhar, na literatura médica, a expressão “anorexia nervosa.”⁴¹ De acordo com Cordás e Claudino (2002), em sua descrição, Gull se dedica mais a catalogar os achados clínicos que decorrem da inanição prolongada, tais como, a caquexia, a perda de apetite, a amenorreia, a constipação e a diminuição de sinais vitais. O componente psicológico é trabalhado, sem, contudo, ser priorizado em seus estudos. Gull acreditava que o responsável pelo tratamento deveria assumir uma postura moral mais autoritária perante a paciente.

Jean-Martin Charcot, na publicação da obra *Disorders of the nervous system* (1889), em Londres, é apontado como sendo, provavelmente, quem tenha reconhecido a característica psicopatológica central da anorexia: a ideia fixa da obesidade (CORDÁS; CLAUDINO, 2002; GIORDANI, 2006), além de concordar com a sugestão preliminar feita por Gull e Lasègue de que a família do paciente tem uma parcela de responsabilidade pela doença ou, ao menos, por sua continuidade. (BELL, 1985).

Rudolph W. Bell (1985) narra que, para a inauguração do ano acadêmico de 1906-1907 da *Harvard Medical School*, Pierre Janet foi convidado a proferir uma série de quinze palestras, baseado em seu trabalho realizado na França, sendo que

⁴¹ Gull estava convencido de que a “anorexia” – falta de apetite – era um termo melhor que “apepsia” – indigestão – porque, com exceção dos últimos estágios da doença, o alimento podia ser digerido normalmente.

uma delas foi dedicada ao tema da anorexia, por ele denominada “anorexia histérica”.

Embasado nos trabalhos de Lasègue e Charcot, Janet caracterizou a anorexia histérica como uma “perversão do sistema nervoso central (sustentada pela existência de uma lesão cerebral) e ao mesmo tempo como perversão moral (porque a paciente se compraz com a doença e não deseja curar-se).” (WEINBERG; CORDÁS, 2006, p. 68). A doença apresentava três estágios distintos que ocorreriam durante um período não inferior a dezoito meses e, em geral, com duração de dez anos ou mais. (BELL, 1985). O primeiro estágio seria o gástrico e o paciente se apresentaria extremamente dócil e desejoso de modificar sua dieta e tomar os medicamentos necessários no intuito de se livrar de dores estomacais. O segundo estágio seria o moral e, nele, o paciente se encontraria em conflito com familiares que estariam a julgá-lo por um hipocondríaco obstinado. O paciente se tornaria relutante, sentindo que qualquer concessão de sua parte afiguraria-se uma traição a si mesmo. Concomitantemente, apresentaria hiperatividade e passaria a vomitar sempre que induzido a deglutir. No último estágio ou período de inanição, a vida do paciente está em risco e os sintomas apresentados são evidentes: abdômen retraído, constipação, escassez de urina, pela seca, pulsação acelerada, respiração curta. O paciente ficaria acamado, em delírio, em um estado semicomatoso. Nesse estágio, alguns pacientes – inclusive, considerando o rol daqueles tratados pelo próprio Janet – recusariam a alimentação e, conseqüentemente, faleceriam. (BELL, 1985, p.12).

Janet, diante das situações vivenciadas no âmbito da anorexia, concluiu que o quadro refletia um distúrbio psicológico profundo, no qual a recusa por alimento seria apenas um sintoma externalizado. (BELL, 1985).

A partir de 1914, ocorre uma mudança significativa na compreensão da Anorexia Nervosa, que passa a ser vista como uma doença puramente orgânica (somática). (CORDÁS; CLAUDINO, 2002). Simmonds, um patologista alemão, descreveu um caso fatal de caquexia, no qual a autópsia revelou uma destruição pituitária⁴² e, durante os trinta anos que se seguiram, a Anorexia Nervosa passou, pois, a ser confundida com a Doença de Simmonds (hipotuitarismo), trazendo sérias implicações terapêuticas. (HERSCOVICI; BAY, 1997; CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

⁴² Glândula da hipófise.

Somente a partir dos anos 50 que se iniciou um retorno à concepção puramente psicológica da doença. (APFELDORFER, 1995).

Concebida como variante de outras doenças psiquiátricas como a histeria, a esquizofrenia e o transtorno obsessivo compulsivo, somente a partir de 1960 que a anorexia foi reconhecida como doença com síndrome psiquiátrica específica e aspectos característicos que a diferenciavam de outros diagnósticos. (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Nesse cenário, Hilde Bruch trouxe uma importante contribuição para a compreensão de aspectos psicopatológicos comuns na Anorexia Nervosa. Cordás e Claudino (2002) a mencionam como a responsável por propor que, no cerne da Anorexia Nervosa, residiria uma série de deficiências do ego e da personalidade, resultando em três áreas de perturbação do funcionamento: transtornos da imagem corporal, transtornos na percepção ou interpretação de estímulos corporais e sensação paralisante de ineficiência que invade todo o pensamento e atividades do paciente.

Na década de 1970, começam a surgir critérios padronizados para o diagnóstico da Anorexia Nervosa, com base nos distúrbios psicobiológicos e psicopatológicos, desenvolvidos para atender tanto às necessidades clínicas quanto às de pesquisa. (CORDÁS; CLAUDINO, 2002). Esses critérios que, inclusive, trazem aspectos concebidos como diagnósticos de Anorexia Nervosa pelos atuais sistemas classificatórios (DSM-IV-TR e CID-10) salientavam a perda considerável de peso, a preocupação mórbida com o risco de engordar, alterações na percepção corporal e disfunções endócrinas (ex. amenorreia). (BELL, 1985; CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

O evoluir dos anos foi sedimentando sintomas que se tornaram recorrentes nos quadros clínicos de Anorexia Nervosa. Todavia, qual seria o atual estado da arte médica no tocante ao universo desse diagnóstico? Como a sintomatologia, coincidente com aquela observada nas santas jejuadoras da Idade Média, está cunhada nos ensinamentos de psiquiatria?

Com o fito de oferecer embasamento às futuras considerações do presente trabalho é que os aspectos clínicos e terapêuticos, que gravitam no entorno desse transtorno alimentar, precisam ser analisados.

3.3 Revisão da literatura médica: aspectos gerais da clínica e da terapêutica

No estudo das síndromes psicopatológicas, a Anorexia Nervosa é conceituada como um transtorno alimentar, marcado por comportamento obstinado e proposital direcionado a perder peso – oriundo da busca por um corpo magro ideal – acompanhado por uma falsa percepção da imagem corporal e alterações hormonais devidas à desnutrição (amenorreia ou ciclos menstruais irregulares, hipogonadismo hipotalâmico, retardo no desenvolvimento da puberdade e redução do interesse sexual). (SADOCK; SADOCK, 2007; SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

Na revisão de texto da quarta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR), a Anorexia Nervosa é definida como um transtorno em que as pessoas se recusam a manter um peso mínimo normal, receiam aumentar de peso e, normalmente, interpretam seu corpo e sua forma de maneira equivocada. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

A décima revisão da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10), por sua vez, descreve a Anorexia Nervosa como a perda de peso deliberada, grave, causada pelo paciente, cujas causas permanecem desconhecidas, embora, aparentemente, uma confluência de fatores socioculturais e biológicos contribua para o transtorno quando incidente junto a uma personalidade vulnerável e a outros processos psicológicos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

O curso da Anorexia Nervosa é, geralmente, crônico, com graves manifestações psíquicas e clínicas. Apesar de ter baixa prevalência, é responsável pela maior taxa de morbimortalidade dentre todos os transtornos psiquiátricos. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

A idade na qual regularmente se observa o início do quadro, de acordo com o DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), está compreendida entre os 14 e 18 anos, e sua manifestação se dá de 10 a 20 vezes mais em mulheres do que em homens⁴³. (MATARAZZO, 1995; SADOCK; SADOCK, 2007). No tocante ao diagnóstico, o DSM-IV-TR lista como os critérios a serem observados:

⁴³ Não se sabe o motivo pelo qual as mulheres, em geral, possuem maior predisposição ao desenvolvimento da Anorexia Nervosa se comparadas aos homens. Neles, um fator geralmente apontado para o desencadeamento dos transtornos alimentares é o excesso de peso, chegando à

a) recusa em manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (p. ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou incapacidade de atingir o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado); b) medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal; c) perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual; d) nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 560).

Do ponto de vista comportamental, observa-se que a totalidade dos pacientes com Anorexia Nervosa nutre um medo intenso de ganhar peso e engordar, razão que contribui para a falta de interesse ou mesmo resistência em aderir ao tratamento. (SADOCK; SADOCK, 2007). As ações que visam à perda de peso são realizadas em segredo. Os pacientes refutam situações nas quais precisam se alimentar junto a pessoas conhecidas ou em público. Atitudes como as de se livrarem dos alimentos colocados no prato, cortá-los em pedaços muito pequenos e rearranjá-los no decorrer das refeições durante a maior parte do tempo são características recorrentes junto aos portadores desse tipo de distúrbio alimentar. Alguns, por não conseguirem controlar de forma contínua a restrição alimentar autoimposta, têm episódios de comer compulsivo, seguidos de atos de purgação, como, por exemplo, indução de vômitos, abuso de laxantes e diuréticos. Exercícios físicos intensos e ritualísticos, também, são observados com frequência em anoréxicos. (SADOCK; SADOCK, 2007).

Comportamento obsessivo-compulsivo, depressão e ansiedade são outros sintomas psiquiátricos vislumbrados na literatura específica. (SADOCK; SADOCK, 2007).

obesidade na infância. As críticas dos amigos e da família figuram, muitas vezes, como a razão propulsora para o início de uma dieta rigorosa. A idade aproximada do início dos transtornos alimentares em homens é mais tardia do que nas mulheres, porém, questiona-se se esse dado não estaria vinculado a uma demora na procura pela ajuda profissional, em decorrência do preconceito existente sobre serem esses transtornos exclusivos de mulheres ou de homens homossexuais. A insatisfação com a imagem corporal está mais presente nos homens que a distorção da imagem corporal, e o uso de laxantes e anorexígenos é mais típico entre as mulheres. Para mais informações sobre o tema, ver: MELIN, Paula; ARAÚJO, Alexandra M.; MALHEIROS, Luciana Reis. Transtornos alimentares em homens. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos; GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Walmir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 209-219.

O DSM-IV-TR distingue dois subtipos de Anorexia Nervosa, baseados na presença ou ausência de sintomas bulímicos associados: o tipo compulsão periódica/purgativo e o tipo restritivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Pacientes que apresentam episódios de compulsão alimentar ou utilizam métodos de purgação como, por exemplo, vômito induzido e abuso de laxantes e diuréticos, subsumem-se ao subtipo purgativo. A literatura especializada aponta maiores índices de suicídio por parte desses pacientes, bem como a possibilidade de apresentarem complicações médicas mais graves, decorrentes dos comportamentos purgativos, associados ao baixo peso. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011; SADOCK; SADOCK, 2007). Já os pacientes com o subtipo restritivo limitam sua seleção de alimentos, ingerem quantidades baixíssimas de calorias e, frequentemente, apresentam traços obsessivo-compulsivos em relação à alimentação e a outros temas. (SADOCK; SADOCK, 2007).

Salzano, Aratangy, Azevedo, Pisciolaro, Maciel e Cordás (2011), para fins didáticos, dividem os principais componentes etiológicos da Anorexia Nervosa em três fatores: predisponentes, precipitantes e mantenedores. Os fatores predisponentes seriam: sexo feminino, história familiar de transtorno alimentar, baixa autoestima, perfeccionismo e dificuldade para expressar emoções. Os fatores precipitantes seriam: dieta, situações de separação e perda, alterações na dinâmica familiar, expectativas irreais na escola/trabalho/vida pessoal e proximidade da menarca. Por fim, os fatores mantenedores seriam: alterações neuroendócrinas, distorção da imagem corporal, distorções cognitivas e práticas purgativas. Pelo fato de os fatores etiológicos serem objeto de discussão e questionamento, eles não de ser abordados pormenorizadamente em tópico próprio.

Outro ponto que merece relevo junto aos contornos das principais características do quadro de Anorexia Nervosa está na dificuldade para se chegar ao diagnóstico, posto existir a negação dos sintomas por parte dos pacientes, sigilo quanto aos rituais para evitar a ingestão de alimentos e resistência para se buscar um tratamento.

Os clínicos não de verificar se não há ocorrência de alguma outra doença que poderia ser responsável pela perda de peso, como, por exemplo, um tumor cerebral ou câncer. A perda de peso, os comportamentos alimentares e os vômitos podem

estar presentes em outros transtornos mentais (SADOCK; SADOCK, 2007), razão pela qual se faz imperioso buscar os traços que os distinguem.

Não há de se confundir o diagnóstico de Anorexia Nervosa com o de Bulimia Nervosa⁴⁴ – transtorno alimentar caracterizado pela compulsão alimentar, ou seja, ingestão, em um curto período, de grande quantidade de alimentos com sensação de perda de controle e compensações inadequadas para o controle de peso, com vômitos autoinduzidos, dietas compensatórias, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, inibidores de apetite) e exercícios físicos exagerados.

De acordo com o DSM-IV-TR, há dois subtipos de transtornos. No tipo purgativo (80 a 90% dos casos), o indivíduo se envolve regularmente na indução de vômitos ou no uso inadequado de laxantes, diuréticos ou enemas após a crise hiperfágica. No tipo não-purgativo, o indivíduo se utiliza de outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolve na indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas após o comer compulsivo.

Se comparados aos anoréxicos, os bulímicos tendem a manter seu peso dentro da faixa considerada normal, podendo, inclusive, apresentar sobrepeso. “Pacientes com bulimia nervosa raramente perdem 15% de seu peso, mas as duas condições com frequência coexistem”. (SADOCK; SADOCK, 2007, p. 793).

3.4 Etiologia da Anorexia Nervosa: uma doença multifatorial

Desde que a Anorexia Nervosa foi descrita pela primeira vez na literatura médica, os modelos etiológicos dos transtornos alimentares atravessaram diversas fases.

No início do século XX, como visto, a Anorexia Nervosa foi considerada de origem orgânica, como consequência de uma deficiência pituitária, e, a partir de 1940, ressurgiram as construções que vertiam para causas psicológicas, bastante influenciadas, então, pelas formulações psicanalíticas. Durante os anos de 1960 e

⁴⁴ O termo *boulimos* era empregado por Hipócrates para descrever uma fome aguda, até mesmo doentia, sem vinculação com a fome fisiológica. Aristófanes utilizou o termo para se referir a um apetite voraz, provocado por algo que fugia à normalidade. Entre os Egípcios, os gregos e os romanos são encontrados relatos nos quais a indução de vômito era vista como meio de purificação ou, simplesmente, recurso manuseado para possibilitar maior ingestão de alimento. Russell, quando se valeu do termo ‘bulimia nervosa’, fê-lo a partir dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) e *lemos* (fome), que significaria uma fome tão intensa, suficiente para devorar um boi. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

1970, o ambiente familiar foi considerado fator relevante ao desenvolvimento desses quadros, e os aspectos socioculturais passaram a ser evidenciados. Nos anos de 1980, o foco foi direcionado para os traumas infantis, e a ocorrência de abuso sexual entre pacientes que apresentavam o diagnóstico começou a ser perquirido. Após o desenvolvimento de biotecnologias, o âmbito genético começou a ser igualmente investigado no intuito de se averiguar o tipo de influência trazido pela hereditariedade e pelo genoma apresentado pelo portador do distúrbio alimentar.

O exercício de identificação dos possíveis fatores etiológicos dos transtornos alimentares resultou, até o momento, na compreensão de que existe uma confluência de causas que, ao interagirem, propiciam o desenvolvimento de um determinado transtorno no contexto circunscrito de um dado indivíduo.

Portanto, não há que se falar em determinismo nesse âmbito da Medicina. Do ponto de vista didático, a literatura médica separa alguns desses fatores para que o especialista os tome como referenciais no entendimento do universo que representa seu paciente. A discussão de um deles em apartado de modo algum invalida ou diminui a importância do outro.

Outra observação de destaque centra-se no fato de ser – para a pesquisa de fatores causais – extremamente importante o questionamento acerca do modo como determinado transtorno é definido. Ocorre que é perceptível a evolução pela qual têm passado as categorias diagnósticas desses transtornos da alimentação ao longo dos anos, seja na classificação da CID ou na do DSM. A classificação do DSM-IV-TR, por exemplo, subdivide a Anorexia Nervosa nos subtipos restritivo e purgativo e a Bulimia Nervosa, nos subtipos purgativo e não-purgativo. Esse refinamento das categorias diagnósticas fez com que inúmeros indivíduos não tivessem o quadro apresentado subsumido literalmente nas molduras dessas duas entidades nosológicas. Por vezes, o diagnóstico recebido é de “transtorno alimentar não-especificado” (TANE) ou “sem outra especificação” (TASOE). Em alguns centros de tratamento, afere-se a presença de sintomas combinados de mais de um transtorno ou síndromes parciais de uma ou mais categorias diagnósticas. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006). O sintoma *binge eating* (episódio de comer compulsivo), a título de ilustração, pode estar presente em um espectro que vai da Anorexia Nervosa até a obesidade. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006).

Galvão, Pinheiro e Somenzi reforçam o supramencionado ao explicarem que:

Estudos do padrão temporal do desenvolvimento de sintomas de AN e BN mostram que aproximadamente 50% dos pacientes com anorexia nervosa desenvolvem BN e, entre os pacientes com BN, em torno de 30% apresentam história de AN, e outros 30%, história de obesidade. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006, p. 60).

Dessa maneira, a pontuação de alguns fatores, que será realizada nas próximas linhas, visa, mais, a nortear a leitura do que se valer de uma atitude simplista junto a questionamentos para os quais nem a própria Medicina encontrou respostas até agora.

3.4.1 Fatores biológicos e genéticos

Muitos estudos investigam a possibilidade de predisposição biológica hereditária para a Anorexia Nervosa, contudo, não há uma comprovação conclusiva. Em alguns escritos, as variáveis biológicas participam da patogenia da Anorexia Nervosa, não como fatores causais, mas, sim, precipitantes – como é o caso das mudanças hormonais da puberdade – e mantenedores – como o efeito da desnutrição no estado mental do paciente. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011). Na literatura médica, aponta-se maior concordância de casos de Anorexia Nervosa entre gêmeos monozigóticos em comparação aos dizigóticos. (LAMOUNIER; VILELA, 2001; SAMPAIO, 2002; FONTANA, 2005; GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006; SADOCK; SADOCK, 2007; SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

As taxas de transtorno alimentar entre parentes de primeiro grau são 6 a 10 vezes maiores do que em relação à população em geral. (SAMPALIO, 2002; SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011). Outras referências sugerem que irmãs de anoréxicas têm uma propensão, que varia entre 3,1% e 6,6%, para o desenvolvimento da patologia, quando comparadas com o índice de 1% da população em geral. (LAMOUNIER; VILELA, 2001).

Os estudos realizados com as famílias objetivam esclarecer se existe um padrão de transmissão intergeracional de uma dada doença. Desse modo, busca-se determinar a (in)existência de influências genéticas.

No caso da Anorexia Nervosa, os levantamentos feitos sugerem que os familiares de pacientes apresentam maior propensão ao desenvolvimento do quadro

se cotejados com familiares de pessoas que não possuem o distúrbio alimentar. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006).

Todavia, o que não pode ser olvidado nesse tipo de estudo intrafamiliar é que, além dos genes, os humanos, também, transmitem o ambiente à sua descendência. Logo, não existiria como separar os componentes genéticos dos ambientais nesses casos.

Os estudos feitos com os gêmeos, portanto, “decompõem a vulnerabilidade a uma doença em sua origem genética e ambiental e fornecem estimativas de sua relativa magnitude”. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006, p. 65). Os gêmeos monozigóticos, em princípio, são geneticamente idênticos; eventuais diferenças em um par de gêmeos homozigóticos podem ser atribuídas a influências de ordem ambiental. Já as diferenças entre gêmeos dizigóticos podem ser tanto de origem genética quanto ambiental. Destarte, quando se comparam as taxas de concordância para uma dada patologia entre gêmeos homo ou heterozigóticos, está-se buscando avaliar a contribuição relativa dos fatores genéticos e ambientais na etiologia de um transtorno. Nos transtornos alimentares, os estudos com gêmeos demonstraram que:

considerável parcela do padrão de transmissão familiar observado é devida a efeitos genéticos aditivos. Tais estudos estimam que a herdabilidade da AN está entre 33% e 84%, ao passo que a da BN se situa entre 28% e 83%. O restante da variância genética dos dois transtornos pode ser atribuído aos fatores ambientais específicos e individuais e a uma pequena influência dos fatores ambientais compartilhados. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006, p. 65).

Ainda se discute se os transtornos que se manifestam na Anorexia Nervosa adviriam de uma anormalidade neuroendócrina fundamental ou do processo de inanição, que conduz a alterações nos níveis dos neurotransmissores responsáveis por alguns dos sintomas. Explica Fontana (2005) que uma síntese diminuída de norepinefrina⁴⁵ acarreta, simultaneamente, transtornos na tireoide – levando a uma taxa metabólica reduzida – taquicardia, hipotensão e queda da temperatura corporal, com prejuízo na regulação térmica. O aumento do nível de cortisol sérico conduz à diminuição do apetite, hipogonadismo hipotalâmico e redução do interesse sexual. Porém, esses fenômenos não bastam à justificação dos transtornos alimentares.

⁴⁵ A norepinefrina é um neurotransmissor que, assim como a serotonina e a dopamina, está envolvido na regulação do comportamento alimentar, no núcleo paraventricular do hipotálamo.

(SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011). A atuação de diversos neurotransmissores e mediadores da fome (grelina, leptina e peptídeo Y), na patogênese da Anorexia Nervosa, é constantemente investigada, entretanto, não há dados reveladores que possam ser conclusivos.

3.4.2 Fatores individuais

Experiências adversas sofridas por um indivíduo podem figurar como fatores que contribuem para o desenvolvimento dos transtornos alimentares. Essa associação ganhou destaque, em especial, a partir de 1990. Dentre elas, poder-se-ia citar o abuso sexual sofrido na infância, a existência de traumas advindos de comentários depreciativos com relação à aparência e forma corporal, situações de separação e perda e alterações na dinâmica familiar. As deficiências afetivas – como baixa autoestima, humor depressivo, ansiedade e irritabilidade – associadas a eventos estressores podem contribuir para a configuração de um cenário emocional propício ao desenvolvimento dos transtornos alimentares.

No tocante ao abuso sexual, é importante frisar que, apesar de ele ser suscitado em alguns estudos, não há de se considerá-lo um fator de risco específico no surgimento de transtornos da alimentação. Sua prevalência não é maior do que aquela encontrada junto a pacientes portadores de outros transtornos psiquiátricos. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006). O que se verifica é que alguns aspectos particulares do abuso sexual na infância estão associados aos sintomas alimentares, como, por exemplo, a “diminuição da competência social, relacionamento maternal empobrecido, parentalidade inconsistente e presença de transtorno de estresse pós-traumático”. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006, p. 62).

A análise feita por Galvão, Pinheiro e Somenzi sobre esse ponto é interessante. Os autores explicam que:

Os pacientes com história de abuso físico ou sexual focam sua atenção no peso e na forma do corpo numa tentativa de lidar com seus problemas emocionais e de identidade. O abuso produz emoções intoleráveis e enfraquece a identidade. Os sintomas alimentares funcionam como uma tentativa desesperada de regular afetos negativos e construir um senso coerente do *self* quando estruturas internas falharam. Os anoréxicos atingem uma gratificação, ao menos parcial, evitando comer e buscando a magreza. Os bulímicos sentem-se emocionalmente aliviados quando têm compulsões e/ou purgações. Para ambos, as preocupações obsessivas com a perda de peso e os comportamentos compensatórios associados

proporcionam um caminho aparentemente viável para canalizar suas preocupações com a identidade. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006, p. 62).

Outro ponto sobre a Anorexia Nervosa que merece destaque diz respeito à adolescência, período no qual, mais frequentemente, verifica-se a manifestação dos transtornos alimentares. A puberdade traz inúmeras mudanças de cunho físico e psicossocial. As meninas passam por um aumento ponderal em torno de 40% entre os 11 e os 13 anos, bem como têm a proporção de gordura corporal modificada de 8% para 22%. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006).

No tocante aos aspectos psicossociais, as várias demandas vivenciadas por um adolescente – como a consolidação do processo de separação-indivuação e o estabelecimento de relacionamentos heterossexuais – associadas às alterações corporais, podem ser interpretadas como ameaçadoras. Na Anorexia Nervosa, a inanição e a perda de peso impedem ou retardam as transformações corporais. Tal percepção pode encontrar pouso em algum plano da (in)consciência e figurar como artifício psicológico no transitar por entre esses desafios.

Alguns estudos trazem uma descrição clássica do tipo psicológico dos portadores de Anorexia Nervosa. Obviamente, não poderia ser aplicado irrestritamente a todos os casos, porém, em muitos pacientes esses aspectos são coincidentes. Dentre as características psicológicas listadas nas obras de psiquiatria, estão: a alta esquivia ao dano e a baixa busca por recompensas; preocupação elevada com a autonomia, a identidade e a separação; a existência de distúrbios perceptuais e da imagem corporal; o excesso de preocupação com o peso; a presença de distúrbios cognitivos (crenças disfuncionais); autocrítica acentuada; perfeccionismo; sensibilidade a críticas; baixa autoestima e ansiedade interpessoal aumentada. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011). A presença de transtornos do humor, de ansiedade e o transtorno obsessivo-compulsivo na infância, também, destacam-se como fatores de vulnerabilidade importantes para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Na etiologia desses distúrbios, são várias as hipóteses psicológicas que tentam compreender o fenômeno da inanição. Dentre as contribuições trazidas ao estudo da psicopatologia da Anorexia Nervosa, o nome de Hilde Brunch está sempre em evidência. A autora enfatizou os aspectos pré-edípicos do desenvolvimento ao perceber que pacientes anoréxicos “apresentavam falhas ou déficits no senso de

identidade e autonomia”. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006, p. 64). Em sua visão, a origem da doença se relacionava à existência de uma hiperproteção materna ou de uma inadequação da resposta da mãe às mínimas solicitações da prole, oferecendo a comida aos menores sinais de desconforto apresentados ou mesmo não os captando rapidamente. Tal comportamento resultaria na perturbação da interpretação da criança face às sensações de fome e mal-estar, gerando um sentimento de inadequação constante que seria potenciado na adolescência. (SAMPAIO, 2002). Essa não compreensão das necessidades de privação e saciedade da criança a impediria de discriminar corretamente suas sensações internas. Assim, a busca implacável da magreza teria uma dupla função:

desfazer sentimentos de ineficiência à medida que o paciente conseguisse o controle do corpo e, por meio de um comportamento de oposição, romper, num nível superficial, a ligação com a mãe sentida como intrusiva e controladora. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006, p. 64).

Outro posicionamento é o de que a Anorexia Nervosa significa uma “defesa contra conflitos e fantasias orais, expressão de grave regressão ou detenção no desenvolvimento da libido”. (FONTANA, 2005, p. 354).

3.4.3 Fatores socioculturais

Neste início do século XXI, ao se abordar a temática dos transtornos da alimentação, os fatores mais debatidos são os socioculturais. Em qualquer sociedade, em uma dada circunscrição temporal, existe um ideal de beleza estabelecido e compartilhado por todos.

Até o início do século XX, a figura feminina desejada refletia um corpo roliço, resultado da deposição de gordura nos quadris, coxas, barriga e mamas. Como a época pré-industrial se caracterizava pela carência alimentar, a mulher gorda era vista como saudável, possuidora de energia suficiente para atravessar períodos de dificuldades e proteger a família.

Com a abundância de alimentos que se seguiu após esse período, a fome deixou de assolar a maioria dos países desenvolvidos do lado ocidental e, não coincidentemente, o padrão de beleza da mulher se transformou. Diante do excesso

que passou a caracterizar a produção de alimentos, a mulher magra se tornou o referencial de beleza a ser perseguido.

O paradoxo é, portanto, notório. Se, por um lado, o aumento de peso é propiciado por melhores condições nutritivas e sanitárias no mundo ocidental industrializado, de outro, exige-se uma diminuição no peso, resultado das alterações do ideal estético disseminado pela cultura.

Os veículos midiáticos selecionam indivíduos jovens, magros e atraentes quando se objetiva a publicidade de qualquer tipo de produto. A ideologia de que a aquisição de um corpo bonito é a fórmula para o sucesso e a felicidade é pulverizada e introjetada naturalmente por todos.

Com o processo de globalização, a busca pelo 'belo' se generalizou. Variações estéticas à parte – atinentes às peculiaridades de cada cultura – a magreza, geralmente, é um ponto comum na representação do que se concebe por ideal dentro de cada sociedade. As demandas sociais impostas pela moda e pela mídia viabilizam um arranjo psíquico favorável à irrupção de patologias – como é o caso da Anorexia e dos demais transtornos alimentares –, independentemente, do nível sócio econômico do indivíduo.

Como já se discutiu nesta pesquisa, o corpo reflete uma série de mensagens quando alcançado pelo olhar alheio. Assim, cada um passa a ser responsável pelo corpo que ostenta, pois, ao menos, em tese, todos os recursos estão disponíveis na persecução da perfeição. Não atingi-la é sinônimo de incompetência e falta de esforço pessoal.

Além da mídia e da moda, a influência da família e dos amigos é considerada fator importante, tanto no desencadeamento como na perpetuação dos sintomas alimentares. A opinião da família, especialmente, da mãe, é significativa na formação e consolidação da interpretação que o indivíduo dá à sua aparência, peso e forma do corpo. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006).

3.4.4 A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares

Não é somente o modo com que o olhar alheio pousa sobre a aparência de um indivíduo que impacta a sua vida. A autoimagem é demasiadamente importante no estudo da temática proposta, inclusive, porque, muitas vezes, o que o obturador

do outro capta e registra na retina, pode ser bastante destoante da experiência subjetiva de um portador de transtorno alimentar.

A imagem corporal é a concepção subjetiva sobre o corpo. Trata-se de uma experiência psicológica multifacetada que não se cinge à aparência do corpo e nem se produz exclusivamente dentro das fronteiras do intrapsíquico. Conforme elucidação de Stenzel (2006), inúmeros fatores estão envolvidos na modulação da compreensão da imagem corporal, tais como a autopercepção corporal, as atitudes, as crenças, as práticas, as representações, os sentimentos, as sensações e os comportamentos relativos ao corpo.

A formação dessa visão pelo indivíduo, certamente, assim como o delinear da identidade, perpassa pela intersubjetividade, pelas trocas da linguagem e no reconhecimento de seu interlocutor e, também, por parte deste da condição de sujeitos atuantes numa realidade relacional. É no agir comunicativo e nas vivências impregnadas na memória que se lapida a imagem corporal, em um retrocruzamento no qual os ecos do passado se fazem audíveis no presente.

Todavia, o estudo da imagem corporal, quando se iniciou, não levava em consideração a influência do sociocultural em sua formulação. Stanzel (2006) faz breve levantamento histórico acerca do tema, a fim de sinalizar que, nos anos de 1930 a 1950, Paul Schilder tecia suas considerações a partir da observação de pacientes com lesões cerebrais e delineava, assim, as bases fisiológicas da imagem corporal. A estrutura libidinal desta, também, foi explorada à época, e a existência de fenômenos inconscientes, que poderiam participar da construção da percepção do corpo em sua forma e funcionamento, foi assinalada.

Stenzel (2006), no desenvolvimento de sua síntese histórica, traz o nome de Merleau-Ponty, autor que trabalhou a noção de intencionalidade corporal a fim de demonstrar que as atividades físicas e psíquicas eram indissociáveis, não havendo que se falar em uma mente apartada da materialidade corpórea. Merleau-Ponty já trouxe algum avanço diante das concepções de Schilder, que se atinha à participação das fantasias e do imaginário no processo de construir e reconstruir a imagem corporal. Ele se propunha a demonstrar a insustentabilidade das teorias que, embasadas na filosofia dualista regente, distinguia a mente e o corpo.

Até os anos de 1970, o fenômeno da imagem corporal foi interpretado como uma experiência subjetiva de base neurológica e intrapsíquica. Pouco se falava das influências comportamentais, cognitivas, psicodinâmicas ou socioculturais.

(STENZEL, 2006). Mais uma vez, o nome da psicanalista Hilde Bruch é destacado, por ter sido ela a responsável por ressaltar a dimensão psicossocial do sujeito ao trazer a confluência de aspectos socioculturais, cognitivos, afetivos e comportamentais na construção de sua autoimagem.

No tocante aos transtornos alimentares, há de se salientar que a distorção da imagem corporal – que foi, inclusive, trazida como um dos critérios para diagnóstico da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa pela 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR – não se trata, somente, de uma insatisfação com a aparência física. O culto à magreza e a rejeição social à obesidade assinalam uma distorção do conceito social sobre o corpo que influencia no desprazer que as pessoas passaram sentir pela própria imagem. Nem por isso, contudo, todos os descontentes se tornaram anoréxicos ou bulímicos.

Nos transtornos alimentares, a distorção da imagem corporal resvala, também, nas sensações corpóreas. Um paciente em tratamento, por exemplo, pode ter grande dificuldade em mensurar a quantidade de alimento ingerida, enquanto sua noção acerca da própria aparência física e de seu peso pode estar relativamente preservada. (STENZEL, 2006). Por isso, é indispensável a avaliação do discurso e do comportamento do paciente para se aferir qual dimensão de sua imagem corporal encontra-se maculada pela patologia em determinado momento.

Não há de se confundir, entretanto, a distorção da imagem corporal com o transtorno dismórfico corporal; este último considerado um quadro patológico descrito como mais grave e limitante que o primeiro fenômeno. No transtorno dismórfico corporal, Stenzel explana que: “o paciente demonstra exagerada preocupação com uma determinada parte do corpo ou com um ‘defeito’ na aparência” (2006, p. 76), ao passo que, na Anorexia Nervosa e na Bulimia Nervosa, a forma e o tamanho do corpo é que figuram como cerne do conflito.

Diante da perceptível discrepância existente entre o corpo real e o corpo ideal – causada pela divulgação de uma imagem corporal pela cultura ocidental que se afigura inatingível pela maioria das mulheres, do decréscimo na autoestima e da maior vulnerabilidade à depressão conseqüentemente, como diferenciar um quadro de distorção da imagem corporal de uma insatisfação causada pelo imaginário sociocultural que reforça ideais irrealis de corpo?

Stenzel (2006), primeiramente, menciona que um diagnóstico de transtorno alimentar nunca há de ser feito tendo por base critério único. A preocupação

hiperbólica com a forma e peso do corpo é, apenas, um dentre os critérios que não de balizar o diagnóstico de uma patologia como a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa. Em seguida, o autor destaca dois pontos de importância. O primeiro deles se refere à necessidade de maior clareza e definição sobre qual dimensão da imagem corporal está sendo avaliada e discutida diante de uma pesquisa ou de um paciente com transtorno alimentar. O segundo aspecto verte para a indispensabilidade de se diferenciar a distorção da imagem corporal entre os diferentes grupos de transtornos alimentares, pois os anoréxicos, os bulímicos e os obesos apresentam peculiaridades que os diferenciam junto ao quesito da distorção da imagem corporal. (STENZEL, 2006). No caso da Anorexia Nervosa:

a distorção autoperceptiva sobre o peso e a forma do corpo é mais grave do que no caso da BN, e mais: pode variar no que se refere ao conteúdo do conflito. O paciente anoréxico pode tanto negar o baixo peso, ou seja, não perceber nenhum tipo de problema com a forma do seu corpo, bem como superestimar a forma ou o peso corporal, como, por exemplo, julgar-se ou perceber-se mais gordo do que de fato está. Aqui fica claro como o conteúdo subjetivo da distorção da imagem esclarece muito mais a dinâmica singular da doença do que a simples constatação da distorção perceptiva. (STENZEL, 2006, p. 79).

A satisfação corporal, tomada como único critério, poderia resultar no não diagnóstico de inúmeros casos de Anorexia Nervosa, porquanto existirem pacientes que, mesmo diante de acentuada privação alimentar intencional, não se consideram insatisfeitos com o próprio corpo. Curiosamente, pacientes bulímicos, por estarem, em geral, mais distantes do “peso ideal” fantasiosamente estabelecido por eles, tendem à maior insatisfação com o peso e a forma do próprio corpo.

Destarte, no estudo da imagem corporal, é de grande relevância verificar em que bases teóricas ela está sendo compreendida, avaliada e tratada. A dimensão da imagem com a qual se está lidando, bem como suas características, de acordo com o quadro clínico apresentado, são informações que possibilitam uma maior compreensão acerca de sua interferência no desenvolvimento e na manutenção de um transtorno alimentar.

3.5 O tratamento da Anorexia Nervosa

Nas duas últimas décadas principalmente, o tratamento da Anorexia Nervosa passou por alguns avanços, embora continue sendo difícil e desafiador para clínicos e pesquisadores.

O processo de recuperação pode demandar anos de tratamento, inclusive, porque existe um índice considerável de readmissão de pacientes após a primeira hospitalização. Além de a Anorexia Nervosa possuir uma taxa de mortalidade extremamente alta – se comparada a qualquer outro diagnóstico psiquiátrico – com relação ao curso do tratamento dos transtornos alimentares em geral, apenas 50% dos pacientes, aproximadamente, evoluem para uma recuperação total; 20% deles permanecem com sintomas residuais e 30% apresentam um curso crônico independente do tratamento utilizado. (APPOLINÁRIO; MOYA, 2006).

O cerne do tratamento de um paciente anoréxico reside na reversão de seu quadro desnutricional. Portanto, todas as manobras listadas neste tópico estarão atreladas à consecução desse propósito.

O tratamento da Anorexia Nervosa requer profissionais de diversas áreas. A equipe multidisciplinar será composta, minimamente, por nutricionista, psicólogo e médico psiquiatra. A abordagem deverá compreender: o tratamento das complicações clínicas e das comorbidades clínicas e psiquiátricas; a promoção da recuperação cognitiva, volitiva e afetiva do medo mórbido de engordar e da insatisfação relativa à imagem corporal; o envolvimento da família dos pacientes nas diversas modalidades de tratamentos oferecidos; a prevenção da recaída e recorrência do quadro alimentar disfuncional; a promoção da recuperação funcional e da autoestima e o desenvolvimento da autorresponsabilização sobre o tratamento. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

Com relação às medicações ministradas, não há, ainda, nos estudos farmacológicos, constatação acerca da existência de um medicamento que promova a melhora definitiva dos sintomas centrais da Anorexia Nervosa (SADOCK; SADOCK, 2007), porém, como é comum a existência de comorbidades, muitas vezes, o uso de algumas substâncias pode se fazer necessário.

Considera-se a farmacologia em dois momentos: a fase aguda e a de manutenção. Na primeira, os medicamentos visam a favorecer a recuperação de peso e a reduzir os sintomas nucleares da patologia, como fobia de peso, distorção

da imagem corporal, preocupação obsessiva com comida, comportamentos compulsivos (contagem calórica, exercícios, rituais alimentares) e sintomas bulímicos. O tratamento da sintomatologia associada: depressiva, ansiosa e obsessiva (não relacionadas especificamente a questões de corpo e comida) é outro ponto a ser observado na fase aguda. Na fase de manutenção, o objetivo central é evitar recaídas, com a piora dos sintomas nucleares e diminuição do peso corporal. (APPOLINÁRIO; CLAUDINO; BACALTCHUK, 2006).

Os antidepressivos podem ser utilizados devido à elevada comorbidade entre a Anorexia Nervosa e depressão e entre a Anorexia Nervosa e transtorno obsessivo-compulsivo. Nos dezesseis estudos abertos com antidepressivos localizados por Appolinário, Claudino e Bacaltchuk (2006), os agentes mais avaliados eram os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs), a fluoxetina, o citalopram e a sertralina que, em geral, possuem um efeito positivo na recuperação e manutenção de peso, além de melhorarem o humor. Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) foram destacados nesse âmbito pelas baixas cardio e neurotoxicidade. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

Antipsicóticos podem ser empregados em pacientes extremamente resistentes, agitados, com graves distorções de autoimagem ou com outros sintomas com características psicóticas. Contudo, a aceitação do uso dessas substâncias pode ser dificultada no caso de os pacientes obterem informações acerca do ganho de peso associado a esses agentes. (APPOLINÁRIO; CLAUDINO; BACALTCHUK, 2006).

Ansiolíticos podem ser ministrados na fase inicial da reabilitação nutricional (fase aguda) a pacientes que colaboram com o tratamento, entretanto, enfrentam aumento de ansiedade no decorrer das refeições e nos momentos que as antecedem. O uso deve ser feito pelo menor tempo possível, considerando os riscos de dependência física. (APPOLINÁRIO; CLAUDINO; BACALTCHUK, 2006).

Os comportamentos de um paciente não de ser observados quando a ingestão medicamentosa for indicada. Há o risco de existir negligência quanto ao uso dos agentes farmacológicos pela resistência tão comum ao tratamento. Em pacientes com sintomas purgativos (vômitos autoinduzidos), os medicamentos devem ser ministrados em horários distantes de refeições nas quais tenham o hábito de purgar, em refeições mais bem aceitas, ao deitar ou, ainda, realizando-se

monitoração dos comportamentos por pelo menos duas horas após a medicação. (APPOLINÁRIO; CLAUDINO; BACALTCHUK, 2006).

O tratamento do paciente anoréxico, certamente, variará de acordo com a gravidade e cronicidade da parte clínica e comportamental e pode ser sob o regime de internação, hospital dia ou ambulatorial.

O monitoramento do peso é ferramenta importante no controle da evolução do quadro. No regime de internação, é indispensável o estabelecimento de um protocolo para que um profissional seja responsável pela pesagem do paciente. Em sede ambulatorial, a consulta nutricional se afigura o momento mais oportuno para a medição do peso, observação da reação do paciente ao efetua-lo e elucidação sobre as mudanças ponderais. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

A restauração do peso não implica cura da doença, e o ganho ponderal forçado, sem suporte psicológico, é contraindicado. A técnica efetiva, provavelmente, envolverá mudanças nas crenças equivocadas do paciente, bem como o auxiliará a ter percepções e interpretações mais adequadas sobre dieta, nutrição e relação entre inanição e sintomas físicos.

A terapia nutricional deve ser iniciada e o aporte calórico aumentado gradativamente para atingir as necessidades que um determinado quadro transmite. Pacientes com Anorexia Nervosa do subtipo restritivo necessitam de maior ingestão calórica para a recuperação ponderal, se comparados aos do subtipo purgativo, uma vez que a taxa metabólica basal está alterada. O ritmo recomendado de ganho de peso é de 0,5 a 1,0 kg por semana em pacientes ambulatoriais e de 1,0 kg a 1,5 kg em pacientes internados. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

A realimentação com ingesta oral de alimentos é a primeira opção na promoção da recuperação de peso do paciente e, a longo prazo, é mais bem sucedida que as demais opções. Todavia, a nutrição parenteral e enteral podem ser empregadas dependendo da circunstância.

A recuperação na Anorexia Nervosa é longa e, mesmo sem medicamento, a presença de um suporte psicológico é indispensável para se sustentar a mudança, afinal, o grande receio dos pacientes é alcançar o peso mínimo saudável e não parar de engordar. Não se pode olvidar que um paciente anoréxico é lipofóbico, razão pela

qual é extremamente difícil contar com sua anuência para que se promova o ganho de peso.

No intuito de trabalhar os mitos que habitam o imaginário de um anoréxico, bem como os sintomas que são refletidos de seu quadro clínico, a psicoterapia é medida indissociável do tratamento para reversão do estado de desnutrição. Não há, até o momento, nenhuma evidência de que determinado modelo de psicoterapia em adultos anoréxicos sobrepuje outro. A psicoterapia de fundamentação cognitivo-comportamental, a psicoterapia individual de orientação psicodinâmica e a psicoterapia familiar são recursos disponíveis que devem ser empregados como ponto central em qualquer tratamento, seja em nível ambulatorial ou hospitalar.

Os pacientes que precisam ser submetidos à hospitalização são os mais sintomáticos, seja em decorrência dos próprios sintomas ligados à Anorexia Nervosa, seja pelo aparecimento de graves complicações médicas ou psiquiátricas.

Atualmente, pode-se registrar uma diminuição das internações hospitalares de pacientes com distúrbios alimentares, face à melhoria dos serviços ambulatoriais no setor. Contudo, outros fatores, também, propiciam a redução, tais como o alto custo do tratamento dessas patologias e a baixa disponibilidade de leitos hospitalares, nos grandes centros urbanos, para internações desse tipo de paciente. A hospitalização acaba sendo o recurso vertido aos pacientes que, realmente, não respondem ao manejo ambulatorial e/ou apresentam sérias complicações clínicas. Sua indicação é mais eficiente para restauração do peso corporal e nos casos de comorbidades médicas ou psiquiátricas, como diabetes, autoagressão, depressão, sintomas obsessivos graves ou purgação excessiva. (NUNES; ÁVILA, 2006).

Não existe consenso quanto à duração da hospitalização. De modo geral, o tempo médio de internação de um paciente anoréxico pode variar de 8 a 16 semanas. O tempo de permanência costuma ser dividido em duas etapas predefinidas. Na primeira, o intuito central é reverter as complicações médicas e o baixo peso corporal. Na segunda, o objetivo é corrigir os hábitos alimentares incorretos, os pensamentos equivocados e as práticas consideradas anômalas. (NUNES; ÁVILA, 2006).

Os pacientes que são hospitalizados pela primeira vez, em função da negação dos sintomas, dificilmente aceitam estar sob controle da equipe multidisciplinar. Normalmente, a hospitalização não é aceita de livre e espontânea vontade, devendo ser esclarecido ao anoréxico que, com a cronificação dos

sintomas, a dificuldade para se alimentar e para avaliar adequadamente a própria vida é intensificada. Mesmo os pacientes que já foram hospitalizados em outra oportunidade podem viver experiências negativas diante de uma segunda internação. Além do esclarecimento acerca da importância do tratamento, faz-se interessante a existência de uma aliança entre a família do paciente e a equipe hospitalar a fim de se promover um engajamento ainda maior dos envolvidos em prol da recuperação visada.

A total falta de concordância de um anoréxico crônico em aderir ao tratamento pode, de acordo com o quadro clínico apresentado, resultar em sua hospitalização involuntária. Eventuais questionamentos jurídicos sobre essa possibilidade serão apresentados no próximo capítulo, espaço oportuno reservado à abordagem de situações que se situam na interface da Medicina e do Direito.

Por fim, ainda na temática dos tratamentos dos transtornos alimentares – não mais se cingindo, apenas, à Anorexia Nervosa – há de se salientar que, no Brasil, os serviços especializados nessa área estão desigualmente distribuídos pelo território nacional. Em São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, encontra-se a maioria das Universidades e centros assistenciais que, a partir de 1990, passaram a manifestar interesse maior por assistência, ensino e pesquisa em Transtornos Alimentares. (APPOLINÁRIO; MOYA, 2006). Esses serviços, em sua maioria, possuem longas filas de espera e são insuficientes para atender à demanda, seja pelo número de pacientes, seja pela falta de infraestrutura adequada (carência de leitos em enfermarias especializadas, número reduzido de profissionais especializados, necessidade de equipe multidisciplinar). (APPOLINÁRIO; MOYA, 2006).

Os profissionais que atuam, em grande parte dos centros de tratamento ou dos hospitais universitários, cuidando de pacientes com transtornos alimentares, são voluntários/não remunerados, existindo participação expressiva de estudantes de pós-graduação que nutrem interesse pela área. (APPOLINÁRIO; MOYA, 2006).

As características assinaladas nas linhas acima denotam a ausência, no panorama brasileiro, de políticas de saúde direcionadas aos transtornos alimentares, tanto no que tange à saúde mental, como à Medicina em geral. Há, também, carência de estudos epidemiológicos que estimem a prevalência dos diagnósticos de transtornos alimentares, informação de extrema relevância na orientação de futuras políticas públicas de saúde.

3.6 Anorexia Sagrada e Anorexia Nervosa: apontamentos sobre um (im)provável *continuum*

Antes de se iniciarem as conjecturas sobre o tema proposto neste item, uma questão rompe o silêncio da escrita e se faz ecoar no pensamento: seria adequado trasladar um conceito psiquiátrico moderno a um quadro descrito no passado?

A comparação entre as santas jejuadoras do passado e as atuais anoréxicas produz resultados não uníssonos entre os historiadores que se propuseram a estudar a recusa da alimentação nesses dois contextos. Independente de qual seja a “resposta correta” – se é que se faz possível a eleição de um ideal de correção – o factível é que a construção dessa ponte argumentativa entre passado e presente propicia um aglutinar de informações precioso.

A abordagem do tema será realizada levando-se em consideração o posicionamento de três historiadores, cujas obras são indispensáveis para a análise da pergunta projetada no primeiro parágrafo: Rudolph M. Bell, autor de *Holy Anorexia*; Caroline Walker Bynum, autora de *Holy Feast and Holy Fast: the religious significance of food to medieval women* e Joan Jacobs Brumberg, autora de *Fasting Girls: the history of Anorexia Nervosa*⁴⁶.

3.6.1 Rudolph M. Bell

Bell (1985) considera que a prática ascética de recusa de alimentação feita pelas freiras medievais representava uma forma anterior da moderna Anorexia Nervosa. A aparente discrepância entre as duas situações seria muito mais ilusória que real. Ambos os estados seriam caracterizados pela relutância em se alimentar, mas, em um deles, a conduta é direcionada pelo desejo de santidade e, no outro, pela vontade de ser magra. O ponto é que, em ambos os contextos, a abjeção ao alimento se justificava no horror atribuído às suas consequências. Fosse a serviço da santidade ou da magreza, os efeitos da inanição eram/são desfrutados com prazer.

No tocante aos sintomas, tanto as mulheres da Itália medieval quanto as anoréxicas de hoje seriam hiperativas, perfeccionistas e nunca se sentiriam

⁴⁶ Sem tradução para o Português.

satisfeitas ou confortáveis com os esforços vertidos para se santificarem ou serem magras. A constante ameaça de estarem na iminência de perderem o controle sobre seus objetivos as faz estar em estado de vigilância e autocrítica. Seus pensamentos estão sempre tão obsessivamente focados na santidade ou magreza, que resta muito pouco tempo e energia para qualquer outra coisa. Em ambas as circunstâncias, assinala-se o sentimento de autossuficiência e independência dessas mulheres, sempre prontas para cuidarem dos outros, mas inteiramente relutantes para se situarem como foco do cuidado. (BELL, 1985).

A relação entre a Anorexia Sagrada e a Anorexia Nervosa, no que se relaciona às necessidades internas e desejos, merece uma ênfase especial. As anoréxicas sagradas detestavam os desejos corporais. Para alcançarem um estado de santificação, far-se-ia indispensável não terem necessidades, fossem sexuais, narcísicas ou nutricionais. O objetivo principal para se alçar a sacralidade seria o estado de pureza absoluta, logo a atração por homens, as situações de egoísmo e a comida deveriam ser repelidas. Aqui, estabelece-se uma conexão explícita entre a sacralidade e a inanição: a negação da comida seria parte do caminho a ser percorrido até a santidade. As anoréxicas de hoje desconfiam de seus corpos e se sentem sob a constante ameaça de serem traídas por suas necessidades corporais. A comida e o desejo de comer são de suma importância nesse contexto de negação, mas existe, também, a repulsa da sexualidade. A noção de purificação e limpeza corporais é tão significativa para elas, quanto era para as anoréxicas sagradas. A magreza significa a ausência de desejo, sendo obtida pela emaciação. (BELL, 1985).

As mulheres medievais que jejuavam não buscavam somente a perfeição espiritual. Por intermédio da busca individual pela pureza da mente e do corpo, elas tentavam alcançar uma conexão direta com Deus. Outra peculiaridade é ressaltada nesse ponto: as anoréxicas modernas são particularmente inábeis para estabelecer relações com outras pessoas. Os anoréxicos estão envolvidos em uma conexão profunda, não com aqueles que lhe são próximos, mas com a própria dieta. A relação é intensa e pessoal, não admitindo intermediários. A pureza nutricional, em particular, e a pureza corporal, em geral, possibilitam ao anoréxico manter a conexão com sua dieta. Quando começam a se recuperar e a importância da dieta se minimiza, os anoréxicos geralmente expressam um desejo profundo em manter uma conexão, como se estivessem perdendo uma parte de si mesmos que eles

precisam sentir completa. O cerne do paralelo aqui traçado é que tanto as anoréxicas sagradas quanto as anoréxicas atuais manifestariam urgência em se sentirem profunda, intensa e consistentemente conectadas de uma maneira que está além das habilidades inerentes à maioria das relações humanas. (BELL, 1985).

3.6.2 *Caroline Walker Bynum*

Por que a comida é um tema tão central na religiosidade da mulher medieval?

Bynum (1988) garante que a resposta é complicada, não podendo, pois, resumir-se em explanação simples. Porém, a autora erige um feixe de argumentos a fim de apontar, em contextos distintos, o modo como o alimento estava contido na identidade feminina.

Para iniciar sua exposição, Bynum (1988) adverte que a resposta é multifacetada, mas, começa a construí-la com uma consideração simples: a comida é importante para a mulher do ponto de vista religioso, porque é importante socialmente. Tratar-se-ia de uma evidência que, culturalmente, a comida fosse um recurso de controle feminino, afinal, na predominância das sociedades, a preparação da comida é papel da mulher. Para o imaginário masculino medieval, não raramente, existia a suspeita de que as mulheres, principalmente, as esposas, poderiam manipular os homens pela adição de poções e veneno às refeições.

Haveria muitas razões encontradas nas diferentes culturas para a associação da mulher à preparação do alimento. Uma delas estaria ligada à analogia biológica: por meio da lactação, a mulher se torna essencialmente a provedora e preparadora do alimento. Seu próprio corpo é transformado em alimento, primeiramente, pela nutrição do feto no útero e, depois, pelo leite com o qual amamenta. (BYNUM, 1988).

Outra razão está ligada ao fato de que, na Idade Média europeia, haveria o estereótipo do comer como uma atividade masculina e da preparação da comida como uma função feminina. Os sexos estavam constantemente separados nos banquetes medievais, e as mulheres, às vezes, eram relegadas a assistirem aos homens das galerias. A história do preparo do alimento no Ocidente, consubstanciada nos livros de receitas, diários e memórias, sugere que a comida “pesada” seria apropriada para o homem e a mais leve, à mulher. Em parte, porque

a carne, por milhares de anos, foi vista como uma catalisadora da luxúria. (BYNUM, 1988).

Os livros de receitas, cada vez mais, trouxeram essa ideia de que as mulheres – que preparavam as refeições – não precisariam, realmente, comê-las. Tal pensamento, no século XIX, foi responsável por produzir deficiências dietéticas nas mulheres e, de certo modo, a loucura que se percebeu, nos séculos subsequentes, no Ocidente, referente ao hábito de se fazer dieta, em parte, é devida a essa antiga assunção de que a figura feminina prepara o alimento e o homem o come. (BYNUM, 1988). Essa concepção embasa o entendimento sobre certos aspectos do significado religioso da comida. Preparar a comida é controlar a comida. Além do mais, o alimento não é meramente ‘um’ recurso que a mulher controla; ele é ‘o’ recurso que ela controla, não só para si, mas para os outros igualmente. (BYNUM, 1988).

Ao longo da história do Ocidente, os recursos econômicos eram controlados pelos maridos, pais, tios ou irmãos. Não diferentemente de hoje, ao longo do perpassar das gerações, os seres humanos só puderam renunciar ou negar aquilo que estivesse sob seu controle. Assim, na alta Idade Média, período no qual a negação do mundo era um estandarte levantado pelas aspirações religiosas, as mulheres acharam mais fácil renunciar à comida que às demais coisas: dinheiro, atividade sexual ou compromissos familiares. Era muito mais difícil abandonar uma família, negar os planos patrimoniais tecidos por um pai ou recusar relações sexuais ao marido que parar de comer. Em um momento no qual a caridade e a abnegação eram profundamente valorizadas, as mulheres encontraram na comida a melhor opção para abdicação. (BYNUM, 1988).

Acrescente-se ao mencionado o fato de que tanto a distribuição caritativa de alimentos como o jejum representavam formas culturalmente aceitáveis de ascetismo. As mulheres, no papel de esposas, mães ou qualquer outro que desempenhassem, projetavam a percepção de que elas preparavam e serviam a comida, ao invés de comê-la. Jejuar e alimentar os outros eram atos que, ao serem exteriorizados, nada mais faziam que desnudar o eixo das preocupações femininas à época com a preparação e a distribuição do alimento. (BYNUM, 1988).

A recusa à alimentação, a doação/distribuição de comida e seus equivalentes miraculosos – a reclusão e sobrevivência na eucaristia, os milagres de multiplicação de alimentos, o corpo feminino que produz alimento ou líquido capaz de curar –

eram, na verdade, expressões religiosas de fatos sociais. Esses comportamentos manifestavam junto à religiosidade a divisão sexual do trabalho. Desde que a mais remota espiritualidade medieval valorizou a renúncia e a atividade caritativa, cada gênero renunciou e distribuiu o que mais efetivamente estava sob seu controle: no caso dos homens, o dinheiro e as propriedades e, no das mulheres, a comida. (BYNUM, 1988).

Outro ponto trabalhado por Bynum (1988) se refere ao uso da alimentação para controle do corpo: o contexto ascético e a questão do dualismo.

A experiência da dor era um aspecto proeminente tanto na espiritualidade dos homens quanto na das mulheres da alta Idade Média, embora fosse mais perceptível nestas. Bynum (1988) salienta a questão da centralidade da doença – fosse ela dada por Deus ou autoinduzida – na busca feminina pela santidade. As mulheres que não se encontravam doentes, frequentemente, desejavam se identificar com o Cristo por meio da solidão e pela inflição de sofrimento: “algumas santas italianas bebiam pus ou cascas das feridas dos leprosos, comendo e incorporando a doença.” (BYNUM, 1988, p. 209, tradução livre).⁴⁷

Outro ponto de extrema importância, aferível com maior intensidade do século XIII ao século XV, refletia o grande objetivo das mulheres – a fusão com o corpo crucificado do Cristo:

[...] e, no frenesi do transe ou do êxtase, as mulheres devotas às vezes se mutilavam com facas, como Maria de Oignies ou como Beatriz de Nazaré e Elizabete de Spalbeek fizeram, dirigindo-se ao que suas companheiras enxergavam como “insanidade.” (BYNUM, 1988, p. 209, tradução livre).⁴⁸

Para o povo medieval, o que os olhos da modernidade veem como autopunição ou manipulação psicossomática se tratava da *imitatio Christi* – a fusão com a agonia do Cristo na cruz. O foco era a dor, porque a dor era de Cristo. Assim, resta claro que as mulheres medievais buscavam produzir a dor quando realizavam suas práticas religiosas. O corpo deveria ser disciplinado, superado ou mesmo destruído, com o intuito de liberar ou proteger o espírito. Algumas mulheres endossavam o pensamento mediterrâneo arcaico que considerava o corpo feminino

⁴⁷ Some Italian saints drank pus or scabs from lepers' sores, eating and incorporating disease [...].

⁴⁸ And in the frenzy of trance or ecstasy, pious women sometimes mutilated themselves with knives, as Mary of Oignies did, or, like Beatrice of Narareth and Elizabeth of Spalbeek, drove themselves to what they and their companions saw as “insanity”.

poluído. Assim, controlando a alimentação e a fome, as mulheres medievais estavam, também, na busca pelo controle da sexualidade. (BYNUM, 1988).

Alguns textos medievais sugerem que as mulheres, muitas vezes, abstinham-se da comida com o objetivo de extinguir a luxúria. Algumas puniam a carne por apreciarem o prazer sexual e, outras, para as quais a atividade sexual era um tormento, puniam o corpo que era submetido a tais práticas contra a vontade:

Algumas mulheres, como Maria de Oignies, Jane Maria de Maillé, Rita de Cássia, Doroty de Montau e Catarina de Genoa odiavam seus maridos. Apesar de as razões exatas serem quase impossíveis de se resgatar agora, o desgosto pelo sexo era claramente uma delas. Francisca Romana de' Ponziani (d.C. 1440), por exemplo, vomitava sempre que forçada a ter relações sexuais com seu marido. Yvette de Huy (d.C. 1228) dizia que, depois da morte de seu marido, nada poderia compeli-la ao ato sexual novamente. (BYNUM, 1988, p. 215, tradução livre).⁴⁹

Dessa forma, parece razoável dizer que algumas mulheres medievais renunciavam à comida por conta de medos intensos e profundos acerca da sexualidade. Quando mulheres como Rita de Cássia e Catarina de Genoa jejuavam, elas estavam exercendo o controle sobre a carne, porque esta, por conta dos débitos conjugais, comportava-se de modo ignóbil para aquelas que a habitavam. (BYNUM, 1988). As mulheres se viam como símbolos dessa carne e visualizavam, no jejum e em outras práticas ascéticas, as armas para derrotarem-na. Portanto, passaram a adotar a emaciação e outras formas de automutilação no esforço de ascenderem ao nível do espírito e se tornarem, metaforicamente falando, masculinas – ou, ao menos, um referencial masculino, posto que o alvo era a identificação com a paixão do Cristo. (BYNUM, 1988).

Por fim, a autora não identifica a prática ascética da recusa da alimentação no medievo como sendo o que se designa, hoje, por Anorexia Nervosa. Ao trabalhar todo o significado da alimentação no contexto feminino de expressão de religiosidade na Idade Média, Bynum explana que o ascetismo medieval não deve ter sua interpretação enraizada em um dualismo, em um senso radical no qual o espírito se opõe ou está engaiolado pela matéria. As práticas penitenciais extravagantes do século XIII ao século XV, o cultivo da dor e da paciência, a

⁴⁹ Some women, such as Mary of Oignies, Jane Mary of Maillé, Rita of Cascia, Dorothy of Montau, and Catherine of Genoa, hated their marriages. Although the exact reasons are often impossible to retrieve now, dislike of sex was clearly one. Francesca Romana de' Ponziani (d.C. 1440), for example, vomited whenever she was forced to have sexual relations with her husband. Yvette of Huy (d.C. 1228) said, after her husband's death, that nothing could compel her to sexual act again.

literalidade da *imitatio Christi* no padecer não teriam sido uma tentativa de fuga do corpo. Esses comportamentos não teriam se originado de uma epistemologia ou psicologia ou teologia que enxergasse a alma degladiando com a matéria. Não teriam, portanto, afigurado uma negação mundana, um ódio contra si mesmo, a reação decadente de uma sociedade marcada pela praga, fome, heresia, guerra e corrupção eclesiástica. (BYNUM, 1988).

O ascetismo medieval seria um esforço para canalizar e para realizar todas as possibilidades da carne. Seria resultado de uma profunda expressão da doutrina da encarnação: a doutrina na qual Cristo, tornando-se humano, salvou tudo aquilo que o ser humano é. Tratou-se, destarte, de uma prática que era compatível – e, não, contraditória! – às novas noções filosóficas que situavam a natureza das coisas não em suas definições abstratas, mas na individualidade e particularidade que possuíam. (BYNUM, 1988).

3.6.3 Joan Jacobs Brumberg

Para Brumberg (2000), apesar das semelhanças entre as mulheres da Idade Média e as atuais, devem-se evitar generalizações simplistas acerca da existência, no passado, da doença moderna intitulada Anorexia Nervosa ou sobre “a natureza das mulheres”.

Apesar de o jejum e a preocupação com a comida, presentes na história das mulheres medievais, sugerirem a manifestação da patologia, a continuidade sintomática não pode ser interpretada equivocadamente. Não é porque um comportamento ocorre em diferentes culturas, ao longo do tempo, que, necessariamente, há de ser identificado com uma causa única ou estar biologicamente justificado. Não há, apenas, mudanças de interpretação que recaem sobre a recusa da alimentação, mas, também, causas variantes a alicerçarem o controle do apetite feminino. Mesmo o instinto humano básico do apetite é transformado pelos sistemas culturais e sociais e recebe novo significado em diferentes épocas. (BRUMBERG, 2000).

A autora reconhece algumas características emocionais que estariam presentes tanto no ascetismo religioso medieval quanto nas anoréxicas de hoje, tais como negação, controle e raiva. Mas, como historiadora, considera-se inabilitada para realizar pronunciamentos sobre a psicogênese de casos individuais. O que

relatado em documentados não seria instrumento inadequado para embasar tal constatação, e os pacientes do passado estariam demasiadamente distantes para a realização de uma psicoanálise.

Melhor do que seguir uma linha de interpretação moldada pelo presente, a autora enfatiza os distintos contextos sociais e culturais, nos quais uma mulher jovem opta por recusar a alimentação, e foca no modo como essas mulheres, em seus respectivos contextos, entendem o próprio comportamento. Ao invés de insistir que a Anorexia Nervosa seja absolutamente uma consistente experiência psicológica ao longo da história, Brumberg (2000) sugere que essa síndrome específica seja situada em um amplo e multifacetado *continuum* que representa a variedade dos hábitos alimentares humanos, especialmente, os femininos.

Colocando a questão sob esse viés, torna-se indispensável analisar a mudança de significado no comportamento de recusa alimentar. Afinal, pelo fato de a comida estar situada em um sistema composto por múltiplos signos, o valor simbólico daquilo que é rejeitado há de ser considerado. Assim, é preciso entender que a comida teve um significado específico para a mulher em diferentes momentos históricos e que o vocabulário alimentar de um período se diferencia de outro. Afinal, até quando uma determinada doença tem suas causas fincadas no orgânico, estar doente é um fato social. (BRUMBERG, 2000).

O estudo histórico da Anorexia Nervosa, segundo Brumberg (2000), propicia a observação de que diferentes explicações para a doença podem existir simultaneamente. A Anorexia Nervosa não é um quadro simples que se permita reduzir a uma causa singular e, pelo fato de existirem fatores sociais e culturais que coadjuvam para sua manifestação, não se pode, igualmente, afirmar que a patologia seja uma mera construção social.

Por fim, mesmo que, no momento de cronificação da doença, os sintomas apresentados pelas mulheres medievais e pelas anoréxicas de hoje sejam semelhantes, o fato de a recusa alimentar estar amparada por razões ou propósitos não coincidentes faz com que não seja possível o estabelecimento de uma analogia entre o fenômeno histórico e o atual. A redução inicial da ingestão de alimento, em muito, está relacionada às normas culturais que versam sobre o controle do peso e o comer, entretanto, são os fatores biológicos e psicológicos que vão determinar quais indivíduos, dentre aqueles que começaram uma dieta, poderão desenvolver a Anorexia Nervosa. (BRUMBERG, 2000).

3.6.4 Algumas divagações em traje de opinião

Em meio às informações apreendidas e aprendidas para feitura desse trabalho, aferiu-se que a Anorexia Nervosa não possui etiologia definida e cristalizada pela literatura médica.

O evoluir dos estudos propiciou, até o momento, a existência de um consenso entre aqueles que produzem referências bibliográficas sobre o tema: trata-se de uma doença multifatorial. Aponta-se para uma confluência entre aspectos biológicos, individuais (nos quais participam a autoestima, as experiências pessoais que quedaram incrustadas na memória, a atuação da estrutura familiar na consolidação dos contornos de personalidade) e socioculturais. Desse (des)arranjo, far-se-iam, ou não, presentes as condições desencadeadoras da Anorexia Nervosa.

A recusa alimentar é, sim, um ponto de intercessão entre os dois fenômenos. Quando levada ao extremo, ocasiona uma série de alterações orgânicas que, de fato, são as mesmas, perceptíveis ao se cotejar a sintomatologia apresentada pelos primeiros quadros clínicos descritos e aquela cunhada nas últimas edições dos compêndios de psiquiatria.

Contudo, a partir do momento em que se conclui acerca da coadjuvância de fatores psicológicos e socioculturais no disparo das alterações orgânicas, os demais aspectos, também, precisariam ser os mesmos, no intuito de se afirmar que dois fenômenos tão distantes no tempo seriam, na verdade, um *continuum*.

As pesquisas sobre as santas jejuadoras da Idade Média foram erigidas com base nas hagiografias registradas, nos documentos de valor histórico que trazem alguma informação – cartas, biografias escritas por seus confessores, enfim, relatos. Não se pode traçar uma anamnese de um personagem que rompeu as barreiras do tempo. Não é coerente aplicar conceitos psicanalíticos a personalidades que existiram séculos antes da própria psicanálise. Como se embrenhar no decifrar de um psicológico que, hoje, só existe no ecoar de uma cadeia de (re)interpretações produzidas ao longo de centenas de anos. O objeto do estudo – o indivíduo, o paciente – se despiu da matéria e se tornou narrativa.

No tocante aos aspectos socioculturais, a tentativa de aproximação é, igualmente, delicada. A sociedade atual compartilha valores medievais. Certamente, existem coincidências. Todavia, a lipofobia incrustada no ideário coletivo hoje não incidiu sobre o psicológico das mulheres, no decorrer da Idade Média, a fim de

justificar a abstinência alimentar. Como verificado nos estudos de Bynum (1988), o alimento e, conseqüentemente, sua recusa refletiam significado bastante peculiar naquele contexto histórico. A ação não possuía como propulsores motivos estéticos e pode ser mais bem compreendida no debulhar da relação feminina com o alimento à época e nos sentimentos e aspirações religiosas.

Diante dessas breves considerações, unicamente, pela identidade entre o gesto inicial – inanição – e os sintomas dele advindos, apresentar-se-ia um tanto quanto aventureira a tentativa de justaposição desses dois fenômenos para, então, concluir se tratar de uma mesma entidade nosológica.

Uma investigação que dilua as barreiras do tempo e do espaço para ampliar o entendimento sobre um dado objeto é sempre enriquecedora. Contudo, no caso da associação da Anorexia Nervosa à Anorexia Sagrada, seria mais interessante se deleitar com as descobertas culturais adquiridas com a pesquisa que verter a inspiração na busca do reflexo que – peripécias argumentativas à parte – não se faz enxergar.

4 A PROBLEMATIZAÇÃO EM ÂMBITO JURÍDICO DE ALGUMAS SITUAÇÕES QUE PODEM MATIZAR A REALIDADE DE UM PACIENTE ANORÉXICO

Apresentadas as principais informações referentes ao quadro clínico da Anorexia Nervosa, o perfil comportamental do paciente, no tocante à recusa em se tratar, a obsessão que gravita ao redor da temática alimentar e a existência de uma distorção da imagem corporal que, geralmente, faz-se presente, alguns questionamentos começam a reverberar dentro de um pensamento habituado a problematizar o Direito.

Considerando o tempo presente – no qual a autonomia privada se apresenta como mote de tantas reflexões – a internação involuntária de um paciente anoréxico pode, em um primeiro momento, desencadear algum manifesto de desaprovação. O desconhecimento das peculiaridades da entidade nosológica *in focu* possibilita a interpretação na qual tal comportamento representaria uma agressão à autonomia do paciente. Afinal, se é admitida a recusa alimentar no Código de Ética Médica, por que não assegurá-la, também, ao indivíduo com transtorno alimentar? Do ponto de vista médico, qual o aparato conceitual empregado para legitimar essa internação involuntária? No contexto jurídico, que instrumento normativo sustenta e baliza esse procedimento?

Adentrando um pouco mais pelos meandros da Anorexia Nervosa, outras indagações se apresentam: poder-se-ia falar que há redução de discernimento de um paciente anoréxico? A distorção da imagem corporal e a objeção ao alimento – sintomatologia advinda do transtorno discutido – podem ser traduzidas como afetação à sua capacidade de discernir?

Em se admitindo o conspurcar do discernimento, essa noção, trasladada para o mundo jurídico, representaria diminuição da capacidade de fato?

Ao se abordar a temática da capacidade de fato e a possibilidade de sua afetação, uma série de deduções exegéticas se apresentam na esteira de produção das respostas jurídicas. Dever-se-ia, porém, trazer o instituto da interdição judicial como produto de uma lógica de subsunção?

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e a consagração expressa do princípio da dignidade da pessoa humana como centro de gravidade do ordenamento jurídico brasileiro trouxeram a necessidade de submeter os institutos jurídicos a uma releitura que os tornasse, também, um meio de tutela de situações

existenciais que envolvem o sujeito de direitos, outrora, somente, assistido na salvaguarda de interesses patrimoniais.

Promover o aspecto existencial das relações privadas fez com que a teoria das incapacidades precisasse ser reinterpretada, afinal de contas, em sua origem, é possível verificar que a incidência do instituto da interdição não esteve vinculada à tutela do indivíduo, como ser humano portador de algum nível de fragilidade. A proteção sempre incidiu sobre o patrimônio do incapaz e, de certo modo, foi essa a preocupação reverberada ao longo do tempo.

As críticas sobre o assunto, ainda, são muito recentes. Porém, elas começam a trazer um nível de coerência ao tema de modo que ele signifique, realmente, um instrumento de promoção da dignidade do incapaz.

Adotando, pois, como realidade discursiva, as reformulações hermenêuticas acerca do real propósito da teoria das incapacidades e do instituto da interdição, questiona-se, no presente capítulo, se a realidade de um anoréxico poderia reclamar a aplicação dessa medida constrictiva. Que circunstâncias poderiam ser vislumbradas para demandar sua utilização? Caso se chegasse à necessidade de se interditar um paciente, quais deveriam ser os limites da sentença de curatela? Existem outros aparatos dogmáticos que serviriam para auxiliar a operacionalização de situações patrimoniais corriqueiras que compõem a rotina de um indivíduo anoréxico impossibilitado de gerir, pessoalmente, sua vida civil em razão do tratamento?

A efervescência das interrogações, muito mais que sinalizar o caminho da problemática, é tradução da angústia que impregna o ineditismo das questões apresentadas pelo mundo da vida e para as quais, ainda, não se podem verberar soluções. Ao menos, não sem que, antes, elas sejam pensadas e construídas.

No intuito de iniciar as primeiras articulações, o enfrentamento do próximo tópico faz-se necessário.

4.1 A possibilidade de internação involuntária e sua disciplina jurídica

Questionou-se, no início do terceiro capítulo, qual seria a diferença entre o jejum praticado por Gandhi e a recusa alimentar de um anoréxico. Afinal, por que o líder carismático nunca foi tolhido no exercício de seus protestos políticos e por que o paciente anoréxico crônico pode ser internado involuntariamente?

Também, foi trazido o artigo 26 do Código de Ética Médica⁵⁰ e indagado se o dispositivo poderia ser invocado por um anoréxico crônico para se furtar ao tratamento. Em que ponto, pois, residiria a diferença entre o jejum de Gandhi e a negação ao alimento de um indivíduo com Anorexia Nervosa?

Naquele excerto, as perguntas eram, meramente, provocativas, porquanto seria necessário apresentar as peculiaridades da patologia a fim de possibilitar a futura distinção das situações apresentadas.

O tipo de tratamento, conforme já visto, dependerá da gravidade e cronicidade da parte clínica e comportamental; contudo, em alguns pacientes, a falta de consciência crítica de sua morbidade, associada ao risco de morte iminente, remete a outro problema: e se houver resistência ao tratamento? Como proceder nos casos em que o anoréxico refuta a terapêutica proposta, por não conseguir anuir com o ganho de peso que se faz necessário ao restabelecimento de suas funções orgânicas, face aos traços característicos do próprio transtorno alimentar?

Nessas situações, poderá ocorrer uma internação hospitalar involuntária, período no qual será ministrado o suporte nutricional adequado que gere, gradativamente, o ganho de peso e a reversão do estado de desnutrição, mesmo não havendo anuência por parte do paciente.

Dessa forma, para melhor entender a procedimentalidade desse tipo de tratamento, imperioso efetuar a análise dos instrumentos legais que o regulamentam.

A Lei nº. 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Sua regulamentação se deu pela Portaria nº. 2391, que entrou em vigor em 26 de dezembro de 2002.

O primeiro aspecto a ser enfatizado diz respeito ao disposto no artigo 4º da referida lei, segundo o qual “a internação em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. (BRASIL, 2001). Conforme destaca Lima e Sá (2011), nesse artigo, é possível vislumbrar uma opção legislativa que verte no sentido de limitar as internações

⁵⁰ O artigo 26 do Código de Ética Médica diz ser vedado ao médico desrespeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, sendo seu dever cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, oferecer tratamento.

psiquiátricas, inspirada em um movimento da psiquiatria que defende a integração do paciente junto ao meio social como parte do processo de tratamento e/ou cura.

A referida lei prevê três tipos de internação: a voluntária, na qual há o consentimento do paciente; a involuntária, feita a pedido de terceiros, sem o consentimento do paciente; e a compulsória, realizada por intermédio de ordem judicial (parágrafo único do artigo 6º). Em todas as situações, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado com a caracterização dos motivos (artigo 6º, *caput*) e deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento em que foi efetivada, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (artigo 8º, §1º).

A internação voluntária não oferece maior problematização, posto existir a anuência do paciente em aderir ao tratamento. A internação compulsória, prevista no artigo 6º, inciso III, da Lei nº. 10.216/2001, também, não gravitará ao redor das próximas considerações, uma vez que deve ser compreendida à luz da legislação penal. Lima e Sá explanam que:

Em razão da inimizabilidade do doente mental que praticou o crime, impõe-se sua absolvição, com a consequente aplicação de medida de segurança, consistente em internação hospitalar e tratamento. A compulsoriedade da medida afasta qualquer consideração sobre autonomia privada. (2011, p. 343).

Por fim, resta a análise na internação involuntária. Nesse cenário, ainda tendo por base as reflexões de Lima e Sá (2001), poder-se-ia considerar as seguintes situações:

i) existindo discernimento do paciente, e este não querendo ser internado, em princípio, não há como a família fazê-lo; ii) Mas, supondo a existência de discernimento e, ainda que o paciente não queira ser internado, a família poderia fazê-lo se o portador de transtorno colocasse em risco a vida de terceiros; iii) E, no caso de não existir discernimento do paciente e suas ações colocarem em perigo a própria vida e/ou a vida de terceiros, é possível a internação. (LIMA; SÁ, 2011, p. 343).

A razão para se pensar nesses desdobramentos e para se perquirir a legitimidade por detrás deles justifica-se na exigência normativa genuína da modernidade para que se reconheçam a todos iguais liberdades subjetivas e, assim, o paciente seja respeitado na construção de sua personalidade, resguardado seu

direito de liberdade e autonomia na tomada de decisões em um contexto de relação médico-paciente. (LIMA; SÁ, 2011).

Ante o exposto, algumas considerações já podem ser delineadas.

A primeira circunstância a ser visualizada traz a figura de um paciente detentor de discernimento que, na expressão de seu consentimento livre e esclarecido, opta por não aderir ao tratamento indicado. Seu comportamento não traz risco à vida de terceiros, embora possa comprometer a própria vida. Nesse caso, do ponto de vista técnico-jurídico, não é legítima a decisão familiar pela sua internação. Se o paciente possui o necessário discernimento para expressar sua escolha, desrespeitá-la seria submetê-lo a uma decisão junto à qual não atuou como autor. A internação involuntária, nessa hipótese, independentemente da motivação que a alicerçasse, refletiria um ato de violência à autonomia privada do paciente, porquanto, incompatível com o exercício de sua personalidade.

A segunda situação, a ser analisada, traz a figura de um paciente que não possui discernimento e, exatamente por isso, coloca-se em situação de risco, ainda que não ofereça perigo a terceiro. Nessa circunstância, a decisão da família por submeter o paciente à internação involuntária seria legítima. Não havendo discernimento, não há, igualmente, capacidade para se autodeterminar e cunhar junto à realidade os contornos do que seria o exercício de sua autonomia privada.

É muito importante salientar que, no quadro clínico da Anorexia Nervosa, existe uma situação peculiar, em cima da qual se funda o correto entendimento das situações que podem ocorrer junto a esse tipo de paciente.

A distorção da autoimagem está frequentemente presente em anoréxicos, resultando em uma captação equivocada e/ou uma interpretação incongruente da própria imagem. De acordo com o explorado, em tópico próprio no capítulo anterior, esse fenômeno, também, pode estar mais centrado nas sensações corpóreas; por exemplo, o paciente pode ter grande dificuldade na avaliação da quantidade de alimento ingerido, enquanto a noção sobre sua aparência física e seu peso corporal permanece relativamente preservada.

Além desse quesito – ou, talvez, por causa dele! – há uma grande dificuldade experimentada pelo paciente, advinda da própria patologia, para aderir aos tratamentos necessários à reversão do quadro clínico. O paciente, por vezes, pode até ter certa consciência de sua condição de caquexia, todavia, por mais que se

esforce, vê-se impossibilitado de tomar as medidas indispensáveis à sua recuperação.

Não se trata, portanto, de vontade livre e consciente de alguém que pleiteie a própria morte ou que, após severas reflexões, tenha optado por não se alimentar, no exercício pleno de sua autonomia privada.

Se a capacidade decisória é influenciada pelo próprio quadro clínico do paciente, mesmo que seja, apenas, no concernente às questões sanitárias autorreferentes, significa que a repulsa ao tratamento, nesse caso específico, não pode ser traduzida como exercício de sua autonomia privada. Não haverá condições para autodeterminação, se inexistir uma correta apreensão da realidade. A ausência desse pressuposto faz com que qualquer tomada de decisão atinente à própria saúde seja eivada por condicionantes internas – trazidas pela própria patologia.

As linhas acima trazem um raciocínio jurídico para legitimar a constrição da autonomia privada de um anoréxico por meio da internação involuntária. Qual seria, pois, o aparato conceitual médico para justificar a possibilidade de internação involuntária de um paciente com Anorexia Nervosa?

4.2 O conceito de competência

No universo da Medicina, trabalha-se com o termo “competência”, um conceito clínico que expressa as habilidades de um paciente para a tomada de decisões válidas em relação ao tratamento. Traduzir-se-ia na mobilização de ferramentas cognitivas e emocionais necessárias para que, de maneira autônoma, as questões pertinentes ao seu estado de saúde possam ser dirimidas. Sua finalidade reside em:

[...] distinguir aquelas pessoas que emitem decisões autônomas sobre os cuidados de saúde e aquelas cujas decisões precisam ser supervisionadas ou substituídas por outra pessoa. Se o paciente não é competente, seu assentimento não constitui uma autorização idônea para a execução de intervenção diagnóstica ou terapêutica, assim como seu dissentimento é não suficiente para obstar a legítima atuação do médico. (RIBEIRO, 2010, p. 38).

Para Moreira e Oliveira (2008), a capacidade seria o conceito fixo, usualmente ligado a aspectos legais, que exprimiria a aptidão para entender e assimilar informações relevantes à questão a que se impõe uma decisão e, assim, efetuar

uma escolha consciente. Sua origem está vinculada a uma atuação jurídica envolvendo interesses predominantemente patrimoniais.

O conceito de competência, por sua vez, foi formulado para balizar a atuação jurídica dentro da seara existencial, notadamente, no que se refere à tomada de decisões sanitárias autorreferentes. Nele, estão incluídos fatores adicionais de extrema importância no julgamento clínico. Observa-se a consistência das decisões feitas pelo paciente ao longo do tempo; a consistência das decisões já expressas e as razões subliminares por detrás destas – desejos exteriorizados anteriormente e a personalidade antes da doença; o estado emocional atual (especialmente se o indivíduo está sob estresse ou agitado) e seu impacto no processo de manifestação volitiva; o impacto psicopatológico da doença mental nos sistemas de crenças, assim como nos sistemas de valores e desejos.

De acordo com o pensamento de Ribeiro (2010), cinco diretrizes para a configuração do estatuto jurídico da competência poderiam ser elencadas.

A primeira delas se pauta em uma hipótese de presunção jurídica relativa, qual seja: todo paciente, inicialmente, deve ser considerado competente, devendo-se, diante de dada circunscrição situacional atual, comprovar o contrário.

A segunda diretriz assegura que a apreciação da competência não seja feita em função dos valores sustentados pelo paciente que, inclusive, podem ser distintos daqueles compartilhados pelo médico que o avalia. A aferição da competência há de estar cingida à habilidade formal desse indivíduo para assimilar informações e, a partir delas, realizar juízos no que se vincula a seu estado de saúde.

A terceira diretriz adverte que a simples presença de um transtorno mental não é suficiente para que se conclua pela incompetência de alguém.

A quarta destaca o caráter situacional da competência. Assim, seu reconhecimento em um paciente, diante de determinada circunstância, não implica sua extensão a ato decisório distinto que tenha de enfrentar.

A quinta diretriz alerta para a possibilidade de oscilação da competência no transcurso temporal, face às alterações de estados emocionais e cognitivos de uma pessoa.

Cabe ao médico que atende o paciente promover a avaliação de sua habilidade decisória e, para tanto, existem várias estratégias que podem ser empregadas. Se julgar necessário, poderá contar com o auxílio de equipe

multidisciplinar da área da saúde, bem como optar pela ajuda de um psiquiatra, caso não seja essa sua especialidade.

Não há consenso na literatura especializada quanto aos elementos da competência. Para fins didáticos, elegem-se aqui aqueles adotados por Ribeiro (2010) em seu trabalho, sendo:

[...] o primeiro, a aptidão do paciente para comunicar uma decisão sobre cuidados de saúde. O segundo elemento, a aptidão do paciente para compreender as informações oferecidas pelo médico que o atende. O terceiro, a aptidão do paciente para auto-referenciar as informações recebidas pelo médico. O quarto, a aptidão do paciente para manipular a informação relevante sobre seu estado de saúde e suas opções terapêuticas, de modo a construir uma decisão autêntica, isto é, levando em conta sua escala de valores no balanceamento dos riscos e dos benefícios envolvidos. (2010, p. 57).

Por fim, o procedimento há de quedar registrado no processo clínico do paciente, devendo expor a metodologia empregada, os resultados e opiniões colhidos, as impressões particulares do médico e sua conclusão devidamente fundamentada.

A avaliação da competência ganha enlevo nos casos em que o paciente recusa o tratamento percebido como indispensável. A única maneira pela qual as recomendações médicas poderiam ser implementadas, sem que restasse configurada ofensa à sua autonomia privada, seria demonstrando sua incompetência decisória naquela situação.

No caso de um paciente com Anorexia Nervosa, para o qual dada terapêutica se apresente como recurso emergencial, não será a objeção, propriamente dita, feita ao tratamento o objeto central a ser questionado, mas o processo de raciocínio que o conduziu à negação.

Examinando a questão, percebe-se que os pacientes anoréxicos não são incompetentes em todos os aspectos. Para Mitrany e Melamed (2005), com exceção da questão nutricional, eles possuem condições para tomada de decisão em todos os outros domínios de suas vidas. A limitação é, pois, pontual. Trata-se de uma obsessão direcionada para a questão do não ganho de peso. A resistência ao tratamento não significa que eles desejem persistir nos sintomas, porém a patologia em si os leva a sentimentos de conflito entre o desejo de ficar bem e o medo da gordura. (MOREIRA; OLIVEIRA, 2008).

4.3 A dissonância de interpretações como reflexo da (in)compreensão dos aspectos idiossincráticos da Anorexia Nervosa

Em qualquer julgamento, é indispensável que o representante do juízo esteja imiscuído nas peculiaridades do caso concreto. Quando se está diante de uma decisão que poderá restringir a autonomia privada de alguém, é imprescindível que as razões pelas quais o cercear da liberdade alheia se faz necessário estejam devidamente expostas e corroboradas pelo arcabouço probatório pertinente.

No caso de um paciente portador de algum transtorno mental, é inafastável que a sintomatologia da entidade nosológica que lhe cunha o diagnóstico seja apontada e devidamente explanada. De modo contrário, os aspectos idiossincráticos que delineiam seu quadro clínico não serão conhecidos por aquele incumbido de prolatar decisão judicial que poderá, ou não, limitar sua atuação como sujeito de direitos e deveres.

A seguir serão trazidos dois casos noticiados por veículos midiáticos que, apesar de tratarem da mesma temática, foram decididos de maneiras opostas. Em seguida, apresentar-se-á tópico tecendo os comentários correlatos.

4.3.1 Caso britânico

Em 28 de agosto de 2012, divulgou-se, no portal do site Terra, a seguinte notícia: “Justiça proíbe alimentação forçada de anoréxica à beira da morte”⁵¹. O texto narrava a decisão de uma juíza da alta corte de Londres que determinou que a alimentação forçada não estaria de acordo com os melhores interesses de uma mulher anoréxica à beira da morte. A magistrada Eleanor King tomou uma decisão favorável ao Sistema de Saúde Britânico (da sigla em inglês, NHS) ao permitir que os médicos não ministrassem nutrição e hidratação, caso a paciente não concordasse.

A paciente, que não teve o nome divulgado e foi denominada por “L” durante o julgamento, naquele momento, com 29 anos, pesava 20 quilos e sofria de

⁵¹ JUSTIÇA proíbe alimentação forçada de anoréxica à beira da morte. Terra. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/mundo/noticias/0,,O16108157-E18142.00-Justica+proibe+alimentacao+forcada+de+anorexica+a+beira+da+morte.html>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

Anorexia Nervosa desde os 12 anos. A partir dos 14, passou a ser internada para tratar-se e, desde então, quase toda a sua vida transcorreria em clínicas.

A representante legal do NHS, Bridget Dolan, disse que “L” não expressava desejo de morrer, não sendo essa a razão de sua recusa em ser hidratada ou alimentada. Ao mesmo tempo, recordou que a Anorexia Nervosa impede que o paciente se alimente.

A paciente “L” concordou em ser alimentada, via tubária, com 600 calorias por dia, todavia, esse aporte calórico seria, ainda, insuficiente para a manutenção do peso atual. Por fim, a juíza King declarou que essa não seria uma batalha que a paciente iria vencer e disse que a tarefa, naquele momento, seria fazer desse seu último tempo de vida o mais confortável possível.

4.3.2 Caso Espanhol

Em 15 de março de 2006, o site Periodista Digital foi um dentre os vários que noticiaram o caso: “*La audiencia de Barcelona obliga al internamiento involuntario de una joven anoréxica*”⁵².

A notícia versava sobre decisão que ordenava a internação involuntária em um centro hospitalar de Rocío S. – uma jovem de 20 anos que padecia de Anorexia Nervosa e se negava a ter sua enfermidade tratada – por entender que a mulher estaria afetada por um transtorno psíquico.

As irmãs de Rocío S. (1,70 m; 43 Kg.) haviam solicitado, há um ano, sua internação involuntária, pois a jovem se negava a fazê-lo espontaneamente, mas a juíza de 1ª instância em Badalona⁵³ não acolheu o pedido, apesar de os laudos médicos alertarem para o risco de morte.

O tribunal de Barcelona, que considerou que a decisão de 1ª instância cometera um erro de apreciação, acolheu o pedido da apelação interposta pela advogada da família de Rocío S., amparado na argumentação de que o anoréxico é uma pessoa enferma, que não pode decidir por si mesma, e sua conduta desafiadora se deve ao próprio transtorno mental.

⁵² LA Audiencia de Barcelona obliga al internamiento involuntario de una joven anoréxica. Periodista Digital. Disponível em: <<http://www.periodistadigital.com/old/325073.shtml>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

⁵³ Badalona é um povoado pertencente à província de Barcelona, Catalunha, Espanha.

A decisão do tribunal de Barcelona não resultou na internação imediata da jovem, já que esta contaria com cinco dias úteis para recorrer. Uma vez que transitasse em julgado, o caso se trasladaria à Vara de Instrução nº 2 de Badalona – que foi a mesma na qual a juíza denegou o pedido – para execução da sentença e designação do centro médico para internação de Rocío S..

Ao decidir, o tribunal considerou que o julgado de 1ª instância incorreu em erro de apreciação, pois, somente, valorou o laudo médico forense que negava que a jovem sofresse uma alteração psíquica, sem considerar os demais laudos elaborados pelo Hospital de Bellvitge e pelo Hospital Sant Pau, ambos de Barcelona.

Em seu laudo, o Hospital de Sant Pau diagnosticara o quadro de Anorexia Nervosa em Rocío S., enquanto que, no laudo do Hospital de Bellvitge, recomendara-se agilidade no procedimento judicial para internação involuntária, a fim de adiantar, no que fosse possível, o tratamento.

O tribunal entendeu pela internação involuntária da jovem, com base nesses dois documentos acima citados e em novo laudo, elaborado por psiquiatra forense, a pedido judicial, no qual se aconselhava que Rocío S. fosse submetida a tratamento psiquiátrico, por apresentar um quadro de transtorno de personalidade severo e por não existir autoconsciência acerca da enfermidade. Na decisão de 2ª instância ficou consignado que a recorrida sofria de uma enfermidade psíquica real, da qual não estaria consciente e, por isso, refutava a terapêutica. Desse modo, a internação involuntária verteria ao seu interesse e benefício. A decisão, ainda, ressaltava que, naquele momento, a jovem poderia não compreender que o seu tratamento redundaria em benefício próprio, porém, depois de efetivado, com sua reabilitação e melhora, entenderia, apreciaria e valoraria a luta de sua família por sua cura e bem estar.

O caso de Rocío S. despertou um debate social em toda a Espanha sobre o fato de a Anorexia Nervosa se tratar de um transtorno mental. Enlevou, ainda, a (in)consciência da própria enfermidade por parte daqueles que a manifestam e o risco de morte que a patologia apresenta.

Em dezembro de 2005, antes da publicação da reportagem, Rocío tentou suicídio, ingerindo alvejante e, segundo a família, sua saúde deteriora a cada dia.

4.3.3 Algumas considerações

Diante das informações já apresentadas sobre a sintomatologia da Anorexia Nervosa e acerca da incompetência do paciente para tomada de decisões no tocante ao seu tratamento, a decisão britânica, narrada no primeiro caso, a princípio, afigura-se despropositada.

Poder-se-ia questionar se, diante da cronicidade do quadro clínico apresentado pela paciente “L”, que passara a maior parte de sua vida internada, seria válido verter toda a sorte de esforços, a fim de lhe promover a melhora. Afinal, alimentar-lhe contra a vontade, estando ela com 20 kg, não refletiria a prática de uma distanásia?

Todavia, o mote da discussão, ao se avaliar a competência de um paciente anoréxico, não é a (des)proporção dos recursos que hão de lhe ser ministrados. Essa é uma análise que há de ser feita em qualquer tratamento sanitário, independentemente da patologia em tela, quando medidas heroicas não puderem mais resultar na melhora do paciente. O que se busca perquirir, neste ponto da presente dissertação, é se, diante dos traços sintomáticos da Anorexia Nervosa, seria plausível esperar que um paciente lipofóbico desejasse ser alimentado.

Conforme explanado, a paciente “L” não possuía condições psíquicas de tomar uma decisão no âmbito sanitário que fosse congruente às suas necessidades. Face à gravidade de seu estado de saúde, se não fosse alimentada com um aporte nutricional superior ao, então, ofertado, morreria em pouco tempo. Ocorre que essa não era a sua vontade. Ela não procurava a morte. Porém, o comprometimento de sua capacidade decisória pela Anorexia Nervosa a impedia de deliberar em sentido contrário.

Nesse caso, a concordância com a vontade da paciente não implicava respeito à sua autonomia privada. Afinal, qual autonomia estava sendo exercida? Existia uma vontade livre e esclarecida a ser exteriorizada ou o que se vislumbrava era a manifestação de um sintoma absolutamente pertinente àquele quadro clínico? Sabendo existir comprometimento do discernimento da paciente, nos assuntos relativos à sua saúde, será que essa juíza, de fato, proferiu a decisão adequada?

Se o estado da paciente seria, ou não, passível de reversão diante da promoção de uma alimentação forçada tratava-se de discussão que, naquela situação em específico, poderia, inclusive, ter sido evitada se, talvez, o caso não

tivesse chegado tão tardiamente ao judiciário. Se os esforços tivessem sido vertidos em tempo hábil, provavelmente, poder-se-ia ter evitado tamanho agravamento do quadro.

Logo, o posicionamento, aqui, esboçado não visa a enaltecer a prática de distanásia. O que se pretende é salientar a congruência entre o tipo de sintoma que a Anorexia Nervosa acarreta e a exteriorização da vontade do paciente. Ou seja, a incidência da patologia sobre o seu discernimento lhe propicia uma captação equivocada da realidade. Esperar que esse paciente concorde com uma alimentação hipercalórica é contrastante ao seu diagnóstico.

Desse modo, pensa-se que o provável desfecho da paciente “L” estaria antes atrelado ao momento em que a discussão foi levada ao judiciário – se em tempo hábil para que a decisão pudesse lhe propiciar a melhora ou não – que ao fato de a alimentação forçada não figurar entre os seus interesses.

Por conta desse tipo de situação, que não ressona somente em horizontes longínquos, o conhecimento das peculiaridades de cada contexto psiquiátrico é indispensável para a compreensão exata e a decisão adequada dentro e fora do âmbito judicial.

No segundo caso relatado, apesar do equívoco percebido na decisão de 1ª instância, verificou-se que o tribunal a reformou, albergado em laudos médicos que já apontavam para a condição clínica de Rocío S. e em nova prova pericial solicitada a fim de consolidar a convicção do juízo de 2ª instância.

Logo, a decisão se mostrou adequada, porque imiscuída nos aspectos peculiares daquela entidade nosológica e porque embasada em prova técnica que apontava a falta de autoconsciência da paciente acerca da própria enfermidade. Desse modo, dada à errônea captação da realidade trazida pela patologia, não é possível assinalar que o paciente, ao recusar o tratamento, age no exercício de sua autonomia privada. O discernimento é pressuposto para que um sujeito seja capaz de se autodeterminar e, cunhar junto à realidade, os traços de sua personalidade.

Debatida a sintomatologia da Anorexia Nervosa, que pode resultar na ausência de competência para tomada de decisões sanitárias autorreferentes, quais seriam as implicações da possível incapacidade decisória para o Direito? A distorção da autoimagem e a sintomatologia peculiar à Anorexia Nervosa poderiam implicar redução na capacidade de fato do paciente? Quais os institutos jurídicos poderiam ser invocados para auxiliar ou salvaguardar esse indivíduo?

Os próximos tópicos se destinam a analisar os questionamentos apresentados acima, para tanto, algumas observações sobre o regime das incapacidades precisam ser feitas como introdução às demais reflexões que serão trazidas.

4.4 A capacidade civil desde o Código Civil de 1916: alguns pontos que merecem ser destacados

Conforme o artigo 1º do Código Civil de 2002, “toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”. O artigo 2º, por sua vez, dispõe que “a personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida, mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”. O termo personalidade restou, por conseguinte, definido pela doutrina como sendo a “aptidão para a titularidade de direitos e deveres” (AMARAL, 2003, p. 218), ou seja, a qualidade que possibilita a participação de alguém em relações jurídicas como titular de direitos e deveres, iniciada a partir do nascimento com vida e extinguida com a morte, segundo o ordenamento jurídico brasileiro. (AMARAL, 2003).

Conexo ao sentido de personalidade, a ordem jurídica reconhece ao indivíduo a capacidade para adquirir direitos e os exercer por si mesmo diretamente, ou por intermédio (pela representação), ou com a assistência de outrem.

A aptidão oriunda da personalidade para adquirir os direitos na vida civil é denominada ‘capacidade de direito’ e a aptidão para utilizar e exercer esses direitos por si mesmo é designada por ‘capacidade de fato’. (PEREIRA, 2004). Desse modo, “a capacidade de direito não pode ser recusada ao indivíduo, sob pena de despi-lo dos atributos da personalidade”. (PEREIRA, 2004, p. 264).

Todavia, quando os requisitos materiais para que um indivíduo realize, com autonomia, os atos de sua vida civil, estão ausentes, a ordem jurídica, apesar de não lhe negar a capacidade de direito, recusa-lhe a autodeterminação, impossibilitando que ele exerça um direito de modo pessoal e direto. Nesse caso, o exercício fica condicionado sempre à intervenção de outra pessoa que representará ou assistirá esse indivíduo. A ocorrência de tais deficiências resulta em incapacidade. Logo, embora toda pessoa possua capacidade de direito, nem toda possui capacidade de fato e, nesses casos, faltar-lhe-á a possibilidade de exercer

seus direitos pessoalmente, bem como transmiti-los a outrem por ato de vontade. (PEREIRA, 2004).

Para que a autonomia de alguém seja restrita é, portanto, necessário que seu juízo crítico esteja comprometido. O grau de comprometimento de seu discernimento é que balizará, em âmbito judicial, as restrições ao exercício direto de seus direitos, podendo-se falar em incapacidade absoluta (art. 3º) ou relativa (art. 4º).

O Código Civil de 2002, em vigor desde janeiro de 2003, tramitou cerca de 25 anos no Congresso Nacional. Em razão desse lapso, chegou a ser considerado defasado quando de sua promulgação. O mesmo tipo de crítica foi igualmente tecido quando da entrada em vigor do Código de 1916.

Estabelecendo uma comparação entre ambos os Códigos, verifica-se que houve mudanças que merecem ser salientadas, muito embora tenha se perdido a chance, com o último diploma legal, de refinar os conceitos trazidos nas categorias de incapacidade.

O Código Civil de 1916, no rol dos absolutamente incapazes, elencado pelo artigo 5º⁵⁴, trazia, no inciso II, os 'loucos de todo o gênero', expressão que remonta ao Código Criminal do Império de 1830 e que, na ocasião da promulgação do diploma civil, já era considerada superada.

Após sua promulgação, diversos juristas, psiquiatras e médicos-legistas eminentes fizeram críticas aos conteúdos dos artigos 5º e 6º⁵⁵ do Código Civil de 1916, principalmente, porque, não constava a possibilidade do instituto da interdição por incapacidade relativa para os casos mais brandos de transtornos mentais. Dentre esses nomes, merece enlevo o de Raul Camargo, 2º Procurador de Órfãos do Rio de Janeiro, em célebre monografia apresentada em 1921, sob o título "Loucos de todo o gênero".

⁵⁴ Artigo 5º do Código Civil de 1916 – São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I – os menores de 16 (dezesesseis) anos;

II – os loucos de todo o gênero;

III – os surdos-mudos, que não puderem exprimir a sua vontade;

IV – os ausentes, declarados tais por ato do juiz.

⁵⁵ Artigo 6º do Código Civil de 1916 – São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I – os maiores de 16 (dezesesseis) e os menores de 21 (vinte e um) anos;

II – os pródigos;

III – os silvícolas.

Parágrafo único: Os silvícolas ficarão sujeitos ao regime tutelar, estabelecido em leis e regulamentos especiais, o qual cessará à medida que se forem adaptando à civilização do País.

Raul Camargo escreveu cartas aos médicos-legistas e psiquiatras mais notáveis naquele momento, dirigindo-lhes perguntas sobre o tema. Nas respostas, a expressão ‘loucos de todo o gênero’ foi desqualificada. Para os psiquiatras, a noção de loucura estava contida na de alienação, que traduzia um conceito mais amplo. A maioria dos entrevistados optou por não sugerir um termo que pudesse conglobar todas as anomalias, por entender que a tarefa se afigurava impossível. Porém, Afrânio Peixoto sugeriu a especificação das anomalias por grupos, enquanto Franco da Rocha e Murillo de Campos sugeriram a expressão alienação mental.

Todos os entrevistados concordaram com a introdução da possibilidade de interdição parcial para os casos em que a incapacidade compromettesse aspectos pontuais da vida civil da pessoa. Salientaram, ainda, que a legislação brasileira, comparada a de outros países, refletia retrocesso, uma vez que ainda não trazia providências legais aplicáveis a pessoas que não eram totalmente incapazes.

Humberto Gottuzo⁵⁶ (apud CAMARGO, 1921, p. 51), assim, manifestou-se:

[...] a razão está indicando e a experiencia impondo a necessidade de se introduzir em nosso direito um instituto de incapacitação parcial, mais brando que a terrivel interdicção e applicavel aos casos em que a incapacidade não seja macissa, total. Quantos tem o habito das pericias mentaes forenses bem sabem como é indispensavel esse accrescimo ao nosso Codigo, afim de attender á hypothese frequente de individuos que, não tendo capacidade para o exercicio de certa classe de actos, poderiam, entretanto, ficar livres de deliberar por si mesmos noutras esferas menos importantes. No actual estado de cousas, o perito é obrigado a concluir pela interdicção para esses apenas incapazes parciaes tendo embora a consciencia de que propõe demasiado. Mas uma vez que a lei só o deixa escolher entre a perda total dos direitos e o total goso delles claro é que o perito não póde hesitar: ha de determinar-se pela solução que melhor defenda a pessoa e os bens do anormal. (CAMARGO, 1921, p. 51).

Nos anos 1920, Raul Camargo provocou a Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, objetivando que a incapacidade civil fosse regulada convenientemente. Sobre o emprego da expressão ‘loucos de todo o gênero’, a resposta obtida foi:

Attendendo a que esta expressão tem significado technico restricto, que não coincide com o mais amplo que lhe quiz, sem duvida attribuir o legislador, pois que – “louco é o doente de um processo mental activo – e ha enfermos ou anomalos de mente, pêcos ou retardados na evolução cerebral (idiotas, imbecis, cretinos, debeis mentaes), ha outros regrididos ou degradados por

⁵⁶ Médico do Hospital Nacional de Alienados. Sugeriu a expressão “portadores de graves anomalias psychicas” ao invés de loucos de todo o gênero. (CAMARGO, 1921, p. 51).

involução cerebral (todos os estados demenciaes desde os mais ou menos precoces, por doença até os mais ou menos demorados de senilidade), que nem sempre são propriamente casos de loucura, mas, por igual, senão, ás mais das vezes, tanto e mais incapazes que os outros todos uns e outros, justamente alienados.

[...]

A Sociedade de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal cuida de seu dever pedir para o caso a atenção do Congresso Nacional, que bem pôde corrigir a expressão infeliz, onde se achar, por uma destas mais adequadas, “alienados de todo o genero”, ou “loucos e deficientes mentaes”, ou ainda outras, deste intuito, que ocorra á sua sabedoria, cuidando também, de que haja no Codigo além da interdicção, um conselho legal – Juliano Moreira. – Afranio Peixoto. – Henrique Roxo. (CAMARGO, 1921, p. 74-75).

A incapacidade dos loucos de todo o gênero sofreu a primeira modificação com a publicação do Decreto nº 24.559/34, de julho de 1934, que versava sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e regulamentava outras providências dentro do tema.

De acordo com o artigo 26 do referido Decreto: “Os psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil”. (BRASIL, 1934). A interpretação que se construiu com o advento desse artigo foi a de que:

O legislador de 1934 tentava corrigir a equívoca expressão do CC de 1916, substituindo a restritiva e imprecisa categoria dos “loucos de todo o gênero” por outra mais genérica e abrangente, a dos “psicopatas”, aqui entendidos no sentido etimológico do termo, ou seja, o de indivíduo com uma doença (*pathos*) do espírito (*psique*). A maior inovação dessa lei, entretanto, foi a possibilidade conferida ao juiz de determinar a interdição parcial do doente mental, o qual, a partir de então, poderia ser incluído entre os relativamente incapazes, conforme a gravidade de sua perturbação psíquica. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012, p. 212).

O Código Civil de 2002 trouxe algumas alterações se comparado ao seu antecessor. Adotou em seu artigo 3º⁵⁷ o termo ‘enfermidade mental’, originalmente, proposto por Rui Barbosa em 1900. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012). Também, foram adicionados, ao rol dos relativamente incapazes,

⁵⁷ Artigo 3º do Código Civil de 2002 – São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I – os menores de 16 (dezesesseis) anos;

II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

nos incisos II e III, do artigo 4^o⁵⁸, os ‘viciados em tóxicos’, os ‘ébrios habituais’, os ‘deficientes mentais’ com ‘discernimento reduzido’ e os ‘excepcionais sem desenvolvimento mental completo’. Contudo, apesar de inovar em alguns aspectos:

[...] o atual Código infelizmente foi aprovado sem se haver valido de contribuições psiquiátricas atualizadas que poderiam aperfeiçoar os conceitos legais. Cotejando-se os artigos 5^o e 6^o do CC de 1916 com os artigos 3^o e 4^o do CC de 2002, observa-se o seguinte: a) importante aperfeiçoamento no que tange à conceituação da incapacidade absoluta; b) uma grave falha na definição de incapacidade relativa; c) um tratamento contraditório da questão da prodigalidade; e d) a perda de inestimável oportunidade para atualizar a nomenclatura utilizada. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012, p. 213).

Para não fugir ao tema da dissertação, a análise abaixo se aterá às categorias de enfermidade mental presentes no regime das incapacidades dos Códigos Civil de 1916 e 2002. A questão do pródigo não será aqui desenvolvida por se tratar de um conceito jurídico que acabou presente nos dois diplomas civilísticos em tela muito mais por política legislativa que por representar, de fato, um quadro de enfermidade mental.

No tocante à incapacidade absoluta, pode-se dizer que o Código Civil de 2002 trouxe inovação importante, se comparado ao de 1916, posto ter cambiado os ‘loucos de todo o gênero’ por aqueles que, ‘por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento’ para a prática dos atos da vida civil. Com essa mudança, para que a incapacidade absoluta de um indivíduo seja declarada, o Código de 2002 exige a presença de uma enfermidade mental que ocasione a falta das necessárias condições de discernimento para a prática dos referidos atos. Assim, já não basta a existência de um transtorno mental, tomada como fator determinante. Faz-se necessário que a patologia mental interfira no plano psicológico a ponto de impedir que a pessoa possua a “indispensável compreensão do significado, das implicações e das consequências, para si ou para outrem, do ato que pretende realizar ou já realizou”. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012, p. 213).

⁵⁸ Artigo 4^o do Código Civil de 2002 – São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I – os maiores de 16 (dezesesseis) e menores de 18 (dezoito) anos;

II – os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV – os pródigos.

Parágrafo único: A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.

Na interpretação de Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012), o Código de 1916 adotava o critério meramente biológico, de modo que a simples existência do transtorno mental já representava o fator justificante para a declaração da incapacidade absoluta dos 'loucos de todo o gênero'. O atual Código teria inovado, destarte, ao se alicerçar no critério biopsicológico para declaração da incapacidade, exigindo, além da presença de um transtorno mental – componente biológico – que tal distúrbio impeça o indivíduo de possuir o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil – componente psicológico.

Alguns questionamentos, porém, podem advir da leitura de obra que tenha por alvo o estudo do regime das incapacidades no Código Civil de 1916 e a colocação supramencionada acerca do critério então empregado para declaração da incapacidade absoluta.

Ao comentar a expressão 'loucos de todo o gênero' do artigo 5º, inciso II, do Código Civil de 1916, Clovis Bevilacqua menciona que:

Alienados, ou loucos no sentido do Código Civil, são aqueles que, por organização mental incompleta, por moléstia localizada no encéfalo, lesão somática ou vício de organização, não gozam de equilíbrio mental e clareza de razão suficientes para se conduzirem socialmente nas várias relações da vida. (BEVILAQUA, 1976, p. 86).

O jurista, no tópico destinado a comentar o tema, ainda continua a explicação dizendo:

É a insanidade mental permanente ou sequer duradoura, que acarreta a incapacidade absoluta do indivíduo, ainda que seja descontínua, isto é, interrompida por intervalos de lucidez. Mas não basta este requisito da duração; é ainda necessário que determine grave alteração nas faculdades mentais. (BEVILAQUA, 1976, p. 86).

Tendo por base esse último comentário – no qual o autor aponta ser necessário que a insanidade mental determine grave alteração nas faculdades mentais – poder-se-ia questionar se a visão de Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012) – para os quais o critério para a declaração de incapacidade absoluta antes adotado era, meramente, o biológico, expresso pela presença da patologia – não estaria equivocada, afinal, o comentário de Bevilacqua (1976) denota preocupação com o comprometimento do discernimento.

Porém, o próximo comentário de Bevilacqua acerca dos ‘loucos de todo o gênero’ em sua obra começa a elucidar o que, provavelmente, Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012) buscaram exprimir com a afirmação acerca da mudança nos critérios adotados pelos Códigos de 1916 e de 2002 na declaração da incapacidade absoluta:

Não é necessário dar uma definição rigorosa de alienação mental em um livro jurídico. É suficiente que tenhamos desse estado mental uma noção aproximada, pois o que importa ao jurista é a aptidão do indivíduo para dirigir-se na vida e não a rigorosa determinação de uma entidade mórbida. (BEVILAGUA, 1976, p. 86).

À época do Código Civil de 1916, não existia interdição por incapacidade relativa de pessoas com transtorno mental. Conforme será discutido mais adiante, vigia uma regra binária, perante a qual ou se interditava o indivíduo com enfermidade mental, como absolutamente incapaz, ou ele não era interditado. Até então, não se trabalhava com a percepção da gradação do discernimento no intuito de se preservar as potencialidades do interditando.

Se for considerado o momento histórico no qual o Código Civil de 1916 foi formulado e, mesmo após tanta delonga, promulgado, percebe-se que, sob a égide de uma filosofia liberal, era muito pouco provável que, diante de um indivíduo “louco”, a proteção de sua esfera de autonomia sobrepujasse a segurança jurídica que se buscava preservar nas relações privadas.

Aliado a esse fato, está-se diante de uma sociedade que, ainda, pautava-se em uma concepção rígida acerca do que se tinha por “normal”. O padrão de normalidade – pretensamente refletor de um ideal de ‘vida boa’ comungado pelo ideário coletivo – e a visão social da loucura – que, desde a Idade Média, com parcas melhoras alcançadas, continua a assombrar o imaginário humano – atuaram como verdadeiras camisas de força na contenção do que se afigurasse diferente e potencialmente danoso para a fluência das relações privadas.

Comportamentos dissonantes eram suficientes para ensejar a exclusão. Diante da expressão altamente flexível dos ‘loucos de todo o gênero’ e da inexistência de uma categoria junto à qual subsumir esses indivíduos no rol da incapacidade relativa, a decisão era por lhes declarar a incapacidade absoluta ou não. Na dúvida, protegia-se a sociedade e o livre transacionar dos interesses privados do alcance desses sujeitos transviados.

Desse modo, diante do último comentário de Clovis Bevilacqua aqui transcrito, depreende-se que, fosse pela carência dos termos empregados, pela inexistência de uma categoria legal intermediária para abarcar esses indivíduos ou mesmo pela falta de interesse em se lhes preservar algum nível de autonomia, o ‘comprometimento das faculdades mentais’ não era alvo de estudos pormenorizados diante de um processo de interdição. Para a época, apresentar uma patologia ou mesmo externar um comportamento fora do “normal” já representava motivo suficientemente legítimo para declaração da incapacidade. Mesmo o Decreto n°. 24.559 de 1934, apesar de empregar a terminologia ‘psicopata’ e apresentar a possibilidade de interdição por incapacidade relativa desses indivíduos, não se imiscuiu em maiores detalhes acerca do comprometimento do discernimento. Por isso, entende-se a observação feita por Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012) no que tange à mudança do critério adotado para declaração da incapacidade absoluta trazido pelo Código Civil de 2002.

Dando prosseguimento às comparações, foi acrescida, também, pelo legislador de 2002, outra hipótese de incapacidade absoluta, encontrada nos casos em que, mesmo por causa transitória, uma pessoa esteja impossibilitada de exprimir a sua vontade⁵⁹ (artigo 3º, III).

Outro ponto positivo, que merece destaque, está no fato de não ter o atual diploma civil definido quem são aqueles que possuem ou não o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil (artigo 3º, II) ou o apresentam em grau reduzido (artigo 4º, II e III) por conta de um transtorno mental. Desse modo, para Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler:

A detecção da presença e do grau do discernimento, então, é uma tarefa exclusiva do psiquiatra forense, que deverá se valer de seu instrumental técnico, à semelhança do que ocorre quando o perito busca fixar a capacidade de entendimento e determinação ao averiguar a responsabilidade penal de um criminoso”. (2012, p. 214).

A estipulação *a priori* dos critérios a serem analisados acabaria por engessar a análise de um caso concreto, impondo novos escalonamentos terminológicos à insuficiente tarefa de subsunção.

⁵⁹ Alguns exemplos a título de ilustração: pacientes que sofrem traumatismo craniocéfálicos ou apresentam situações clínicas graves que os colocam em estado de coma ou impossibilitados de se comunicarem. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012).

No que tange à incapacidade relativa, todavia, o legislador poderia ter sido mais exitoso. Explica Taborda, Abdalla-Filho, Moraes e Mecler (2012) que, no artigo 3º, II, do Código Civil de 2002, mencionou-se ‘enfermidade ou deficiência mental’ como as categorias nosológicas que podem refletir ausência de discernimento. No artigo 4º, II, fez-se referência exclusiva aos ‘ébrios habituais’, ‘viciados em tóxicos’ e indivíduos com ‘deficiência mental’ como sujeitos que, em potencial, tenham o discernimento reduzido. A enumeração das hipóteses no inciso II, segundo os autores supracitados, seria taxativa, tanto que, no inciso III, é trazida a figura dos ‘excepcionais sem desenvolvimento mental completo’, em relação aos quais, para que ocorra a declaração de incapacidade relativa, não se exige a demonstração da redução do discernimento. Da redação do legislador, originam-se alguns problemas de ordem médico-legal.

O primeiro problema apontado por Taborda, Abdalla-Filho, Moraes e Mecler (2012) reside na injustificada restrição do espectro de pessoas que poderiam ser beneficiadas com a interdição por incapacidade relativa. Com relação à interdição por incapacidade absoluta, pelo fato de se ter empregado a expressão ‘enfermidade ou deficiência mental’, tal restrição não ocorreu, porquanto todos os transtornos mentais existentes – a exceção dos transtornos de personalidade que, por definição, não motivariam uma interdição absoluta – foram contemplados.

A partir do momento em que o artigo 4º, II, ao invés de empregar – ao lado da figura dos deficientes mentais com o discernimento reduzido – a expressão ‘enfermidade mental’, utilizou ‘ébrio habitual’ e ‘viciado em tóxicos’, ele se cingiu a contemplar, somente, as enfermidades mentais relacionadas ao capítulo das dependências químicas, seja por substância lícita (álcool) ou ilícita (drogas). Desse modo, todas as demais pessoas, que apresentem alguma outra enfermidade mental que ocasione diminuição do discernimento, não poderiam ser contempladas com a restrição parcial de sua autonomia. Para tais pessoas, continuaria, pois, a valer a regra do “ou tudo ou nada” do Código de 1916 (ou se interdita por incapacidade absoluta ou não se interdita), a não ser que se entenda que o Decreto de 1934 continua a vigor e se admita a interdição do psicopata por incapacidade relativa.

Outro ponto obscuro e de confusão trazido por Taborda, Abdalla-Filho, Moraes e Mecler (2012) se encontra na expressão “excepcional”. O artigo 4º, inciso III, traz a figura dos ‘excepcionais sem desenvolvimento mental completo’ e não condiciona a declaração da incapacidade relativa à comprovação do discernimento

reduzido. Pelo menos, não é o que o inciso exige por intermédio de sua redação. Ocorre que, dentre os ‘excepcionais sem desenvolvimento mental completo’, está a categoria dos ‘deficientes mentais’, para os quais, conforme o inciso II, seria imprescindível existir um comprometimento da faculdade da compreensão para que se constringisse a capacidade. Logo, estar-se-ia diante de um impasse: a pessoa com retardo mental (deficiente mental, de acordo com a expressão legal) precisaria apresentar uma redução de discernimento para ser declarada relativamente incapaz ou sempre o deveria ser?

Para Taborda, Abdalla-Filho, Moraes e Mecler (2012), a melhor hermenêutica, no caso desse inciso, indicaria que o legislador visou a abarcar outros “excepcionais”, cegos, surdos-mudos e deficientes motores que não conseguissem realizar, com clareza, um intercâmbio comunicativo para transmissão de sua vontade. Porém, a confusão é notória e, certamente, passível de questionamento.

Por fim, no tocante às alterações trazidas pelo Código Civil de 2002, há de se lamentar a perda, por parte do legislador, da oportunidade de atualizar a nomenclatura médico-legal adotada na legislação civil.

Expressões como ‘deficiência mental’, ‘excepcional’, ‘ébrio habitual’ e ‘viciado em tóxicos’ são ultrapassadas e fomentadoras de confusão por conta da imprecisão e da carga de preconceito.

Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012) defendem que o artigo 3º, inciso II, e o artigo 4º, inciso II, deveriam ter empregado a expressão ‘transtorno mental’, utilizada pelos mais importantes sistemas classificatórios atuais – CID-10 (da Organização Mundial de Saúde) e DSM-IV-TR (da *American Psychiatric Association*). Tal expressão abrange todos os casos de doença mental (‘enfermidade mental’, nas quais se incluem as dependências químicas), de retardo mental (‘deficiência mental’ e ‘excepcionalidade’) e, ainda, os transtornos de personalidade – em relação aos quais é difícil imaginar um caso de incapacidade absoluta, não sendo, contudo, tão distante a possibilidade de enquadramento em uma situação de incapacidade relativa.

Dessa maneira, a definição de incapacidade estaria sempre amparada pela presença de um transtorno mental e pelo grau de prejuízo na capacidade de discernimento que esse transtorno causasse à pessoa.

Contudo, um quadro de Anorexia Nervosa poderia ensejar algum nível de incapacidade? Em que ponto a patologia pode comprometer o discernimento do

paciente e quais institutos jurídicos poderiam ser manuseados para a salvaguarda de seus interesses?

4.5 Anorexia e incapacidade

Para legitimar a internação involuntária de um paciente com Anorexia Nervosa, trabalhou-se com o conceito de competência que, em âmbito médico, avalia se a patologia influencia seu juízo acerca da realidade circundante e da própria condição clínica e, conseqüentemente, interfere em sua capacidade decisória.

Todavia, perante o Direito, para que algum tipo de constrição de sua autonomia seja efetuado, investiga-se se há algum nível de comprometimento de seu discernimento e se esse possível prejuízo justificaria uma intervenção judicial a fim de lhe declarar a incapacidade, seja absoluta ou relativa.

Como visto no capítulo anterior, dentre os traços sintomáticos da Anorexia Nervosa, podem estar a distorção da autoimagem e a lipofobia, fatores estes que obstaculizam a anuência do paciente para com a terapêutica que se lhe afigura indispensável.

A apreensão da realidade de um anoréxico pode estar conspurcada pelos traços típicos de seu diagnóstico. Em caso de comorbidade, a dificuldade para aderir ao tratamento é, ainda, maior, bastando imaginar, por exemplo, a coexistência de um quadro depressivo agudo.

Até o momento, as questões que permeiam a vida de um paciente anoréxico não foram problematizadas dentro do âmbito jurídico. Provavelmente, porque a visibilidade desse transtorno mental aumentou consideravelmente nas últimas duas décadas. Além disso, não se pode esquecer de que inúmeros casos não são contabilizados pelos índices estatísticos, o que, de certo modo, faz com que a Anorexia Nervosa não represente a mesma gravidade atribuída a outros quadros psiquiátricos mais difundidos.

Contudo, considerando que, junto aos propósitos da presente pesquisa, encontra-se a problematização jurídica de algumas questões que podem se concretizar junto à realidade de um anoréxico, os próximos tópicos verterão à análise de possíveis institutos jurídicos que poderiam ser aplicados para auxiliar alguns aspectos da vida desse paciente.

4.6 Aparato dogmático a legitimar a atuação em nome de outrem

Primeiramente, há de se esclarecer que, na maioria dos casos, a Anorexia Nervosa se manifesta, pela primeira vez, durante o período da adolescência do paciente. Por ser menor de idade e, conseqüentemente, incapaz⁶⁰ para os atos da vida civil, certamente, as eventuais situações que se lhe apresentem e careçam ser solucionadas não de ser administradas pelos pais no exercício da autoridade parental.

No caso de pacientes plenamente capazes, que se vejam impedidos de gerir pessoalmente os atos de sua vida civil – seja por estarem hospitalizados ou mesmo em tratamento ambulatorial – no tocante à esfera patrimonial, o ordenamento apresenta instrumental dogmático que viabiliza a operacionalização de determinadas atividades. Trata-se da gestão de negócios.

O instituto, no Código Beviláqua, encontrava-se previsto no Capítulo VIII do Título “Das Várias Espécies de Contrato”. Regulavam-no os artigos 1.331 a 1.345. No Código Civil de 2002, passou a se localizar dentre os “Atos Unilaterais”, disciplinados no Título VII do Livro “Do Direito das Obrigações”. Agora, pois, regulamentam a gestão de negócios os artigos 861 a 875.

No que tange à sua conceituação, pode-se concluir ser a gestão de negócios a “prática unilateral de atos lícitos, por parte do gestor, tendentes à manutenção de interesses alheios, exigidos pelo caso concreto, à qual é atribuída legalidade e pela qual se apuram, a *posteriori*, benefícios e prejuízos”. (SUMEIRA, 2005, p. 277). Possui, por pressupostos objetivos, a falta de outorga de poderes – a inexistência de relação jurídica contratual ou legal entre gestor e gerido – e a gestão a assuntos alheios e, por pressupostos subjetivos, o *animus negotia aliena gerendi* – a vontade do gestor de gerir interesses de outrem.

Na gestão de negócios, o gestor envida esforços na manutenção de assunto alheio, valendo-se, segundo as circunstâncias do caso, das medidas possíveis que, presumivelmente, seriam referendadas pelo dono do negócio. (SUMEIRA, 2005).

⁶⁰ Se menor de 16 anos, absolutamente incapaz. Nesse caso, será representado pelos pais. Se maior de 16 e menor de 18, será relativamente incapaz e, portanto, contará com a assistência dos pais para a prática dos atos de sua vida civil.

Desse modo, situações simples e rotineiras no âmbito patrimonial, que compõem a mecânica da vida de cada um, poderiam ser solucionadas sem maiores dificuldades.

Contudo, como proceder quando o tratamento se estende por longo período de tempo? Como solucionar situações de cunho existencial que, por ventura, apresentem-se como carecedoras de atenção?

A gestão de negócios não consegue abarcar todos os tipos de transações patrimoniais que podem se afigurar necessárias na rotina de um paciente anoréxico que se encontre impedido de gerir pessoalmente seus interesses. Além do mais, problemas outros podem se materializar fora da esfera patrimonial, de modo que o instituto mencionado não possa solucioná-los.

No filme *Malos Habit*os, do diretor mexicano Simón Bross, ano 2007, é retratada a história de uma paciente com Anorexia Nervosa que, no exercício da autoridade parental, acaba por direcionar à sua filha uma série de comportamentos absurdos, com o objetivo de promover o emagrecimento da criança que se encontra prestes a realizar a primeira comunhão e está com sobrepeso.

Apesar de uma obra de ficção, a ilustração proporciona questionamentos que poderiam desembocar junto à vida real. Afinal, será que um paciente anoréxico não poderia enfrentar dificuldades, por exemplo, no exercício da autoridade parental quando se fizesse necessário decidir sobre aspectos nutricionais da saúde da criança? Será que a situação narrada no filme estaria tão distante de ser reproduzida na vida real? Um anoréxico conseguiria sempre traçar uma linha divisória entre a sua relação para com o próprio corpo e as circunstâncias de cunho dietético daqueles que o cercam? Em se admitindo esse tipo de situação ou qualquer outra que lhe tocasse a órbita existencial, qual seria o instrumento jurídico adequado para auxiliar esse indivíduo? A interdição judicial seria justificável? Em caso afirmativo, quais os limites da sentença de curatela? Não se trabalhando com a interdição, poder-se-ia pensar na hipótese de suspensão da autoridade parental?

A justificativa e a conveniência em se manusear algum dentre os institutos supracitados será discutida nos próximos tópicos.

4.7 Interdição judicial: medida razoável?

Em um primeiro momento, é importante ressaltar que não é a mera presença de algum transtorno psiquiátrico que justifica o procedimento de interdição judicial. Por óbvio, há inúmeras pessoas possuidoras de algum tipo de transtorno do humor – como bipolaridade ou depressão – ou de algum transtorno de ansiedade – como o transtorno obsessivo-compulsivo ou o transtorno de pânico – que, nem por isso, foram ou serão interditadas. Todas elas, grosso modo, possuem um transtorno mental, o que não significa que estejam inaptas para a prática dos atos de sua vida civil.

O mesmo raciocínio é válido para a Anorexia Nervosa. A presença da patologia pode se expressar de inúmeras maneiras, sendo, inclusive, possível o diagnóstico de comorbidades que irão influenciar no modo como o paciente receberá o tratamento.

Todavia, é importante salientar, reiteradas vezes, que o paciente anoréxico, além de tender a enxergar a autoimagem distorcidamente, é um indivíduo lipofóbico, ou seja, possui verdadeiro pânico de ganhar peso. Conforme já explorado, esses são sintomas peculiares à patologia. Nem sempre, pois, a submissão ao tratamento será impossível. A quase totalidade dos pacientes refuta a própria condição, entretanto, mesmo que de modo penoso, ao serem conduzidos por familiares, alguns conseguem iniciar a terapêutica indicada.

O caso a ser considerado, nesse ponto da presente pesquisa, refere-se ao paciente que não aceita sua condição e se furta ao tratamento, persistindo junto a um conjunto sintomático que pode comprometer a consecução de inúmeros atos de sua vida civil.

Quando se aborda o instituto da interdição, está-se a pensar em pacientes que, mesmo após receberem o primeiro tratamento, reincidem nos sintomas. É plausível imaginar, dentro de um quadro de Anorexia Nervosa, pacientes que acabem despendendo anos de sua vida com o tratamento, por conta de recaídas e por voltarem a praticar os hábitos típicos da patologia. Como ficaria a vida de um paciente se não pudesse regê-la pessoalmente por um período duradouro? Inúmeras situações de cunho patrimonial poderiam se delinear sem que fosse possível administrá-las por intermédio da gestão de negócios. Exigir que um

indivíduo, em tratamento, possua sempre condições de firmar uma procuração a fim de que terceiro aja em seu nome é um tanto improvável.

Além das questões supramencionadas, pensa-se, igualmente, nas situações que fogem à esfera patrimonial. Como esperar que um anoréxico, ao longo de um tratamento extenso, tome as decisões necessárias para a melhora de seu quadro clínico?

Foi trazido, em linhas anteriores, o exemplo do filme *Malos Habitos*. Apesar de ser uma obra de ficção, a ilustração que ele projeta não é intangível. Uma mãe que apresenta Anorexia Nervosa verte inúmeros maus tratos à sua filha, uma criança que está acima do peso e não consegue, simplesmente, caber na roupa de primeira comunhão. O fato de a criança não corresponder ao padrão estético que a mãe julga adequado coloca sua saúde em risco, pois medidas desarrazoadas são efetivadas para que ela consiga atingir o peso esperado.

Pensar que a limitação enfrentada por um paciente anoréxico não vá se refletir no exercício da autoridade parental pode ser por demasiado precipitado. Nesta dissertação, antes de se buscar soluções, pretende-se traçar possibilidades e, a partir delas, analisar as abordagens que poderiam se concretizar na prática.

Dessa maneira, se esse tópico visa a discutir a possibilidade de interdição de um paciente anoréxico, de que modo o instituto deveria ser trabalhado? Em decorrência do manuseio incorreto da interdição judicial que, por tantas vezes, ao invés de recair sobre limitações pontuais, acaba por condenar o indivíduo a uma incapacidade ampla e irrestrita, existe uma forte carga de preconceito que acompanha a discussão do tema. Ao se falar em interdição judicial, volta à superfície do imaginário popular a figura do louco que, enclausurado dentro da própria alienação, seria incapaz de manifestar qualquer traço de personalidade no decorrer de sua vida.

No entanto, do ponto de vista instrumental, não há problema algum com o instituto. A pecha que o acompanha se deve mais aos profissionais que participam de sua aplicação que ao aparato normativo que o disciplina.

A fim de se introduzir os principais aspectos que deverão ser discutidos neste tópico, há de se analisar, antes de tudo, se existiria possibilidade de interdição diante das categorias que estão incrustadas nos artigos do Código Civil de 2002 que disciplinam o regime das incapacidades.

4.7.1 Previsão legal: a Anorexia Nervosa e as categorias abstratas de incapacidade

Neste item será discutido o rol do artigo 4º que versa sobre os relativamente incapazes para os atos da vida civil, pois, tendo por base o quadro clínico da Anorexia Nervosa e os casos de comorbidades mais frequentes que o acompanham, não se visualiza, a princípio, justificativa para uma interdição por incapacidade absoluta. Desse modo, opta-se, neste ponto, por dedicar a argumentação à possibilidade de interdição por incapacidade relativa.

Ao se visualizar o conteúdo do artigo 4º do Código Civil, percebe-se que o inciso II⁶¹ menciona os ‘ébrio habitual’, os ‘viciados em tóxicos’ e os ‘indivíduos com deficiência mental’, que possuam o discernimento reduzido. Tomando o estudo das nomenclaturas trazidas por esse dispositivo normativo feito por Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012) como referência, depreende-se que, dentre as enfermidades mentais, pela eleição inadequada das terminologias feita pelo legislador, somente aquelas relacionadas ao capítulo das dependências químicas – seja por substância lícita (álcool) ou ilícita (drogas) – foram contempladas⁶². Se tivessem sido empregadas as expressões ‘enfermidade mental’ ou ‘deficiência mental’, como se procedeu no artigo 3º, do ponto de vista técnico, o legislador teria abarcado todos os transtornos mentais existentes, à exceção dos transtornos de personalidade.

Como a Anorexia Nervosa é um transtorno mental, em tese, não contido dentro das possibilidades de interdição por incapacidade relativa previstas no artigo 4º, ao se qualificar a relação legal como taxativa – impondo-se interpretação restritiva consequentemente – poder-se-ia ter por impossível a interdição judicial de um paciente com esse quadro clínico.

⁶¹ Os demais incisos tratam de situações que não se adequariam à possível interdição do anoréxico. O inciso I traz um critério etário, diante do qual são relativamente incapazes os maiores de 16 anos e os menores de 18. O inciso III traz a figura do excepcional, sem desenvolvimento mental completo, e o inciso IV, a do pródigo, de modo que, a priori, já se possam excluir tais categorias da argumentação a que se pretende, porquanto ainda mais distantes da temática.

⁶² O legislador, também, cita os que “por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido”. Entretanto, não seria o caso de um indivíduo com Anorexia Nervosa, que se afigura um transtorno mental. Almeida e Rodrigues Júnior explicam que: “deficiência mental é designação utilizada somente para as hipóteses nas quais seja a anomalia proveniente de causa orgânica. Doença mental, por sua vez, reserva-se, contemporaneamente, aos casos em que se identifique um distúrbio de compreensão da realidade, um comprometimento de personalidade do sujeito, não derivado de razão fisiológica”. (2012, p. 503).

Contudo, conforme observação feita por Almeida e Rodrigues Júnior (2012), considerando o fundamento da curatela⁶³, tem-se por mais razoável interpretar as categorias ilustradas no atual Código Civil como sendo exemplificativas. Pelo fato de a curatela ser uma medida de resguardo do maior, toda vez que ela se mostrar recomendável – diante de uma situação de debilidade psíquica do indivíduo, de caráter permanente e geradora de redução do discernimento – deve ser decretada.

Os autores supramencionados não defendem a prática incondicional da interdição com o posicionamento esboçado e explanam que:

Insistir numa leitura abreviada do elenco normativo é deixar ao ordenamento jurídico uma função que ele é incapaz de cumprir, qual seja acompanhar as alterações sociais. Numa atualidade que dá sinais cotidianos do advento de novos males mentais, é preciso aceitar que a exigência da curatela pode ser ampliada em superação aos casos que já são conhecidos e relacionados em lei. (ALMEIDA; RODRIGUES JÚNIOR, 2012, p. 502).

Contrariamente ao pensamento transcrito acima, está a interpretação de Farias e Rosenvald, para quem:

Não é demais sublinhar que as hipóteses de incapacidades contempladas em lei devem ser encaradas taxativamente (*numerus clausus*), não se podendo elastecer para alcançar casos não previstos expressamente. (2012, p. 1001).

Apesar de a última opinião esboçada pertencer a profissionais admiráveis, o posicionamento aqui defendido é dissonante. Ficar adstrito a uma categoria legal que, pelas deficiências terminológicas já apontadas, pode não refletir uma situação prática de incapacidade, esvaziaria a razão de existir do instituto da curatela, privando-o de cumprir com a função à qual se destina.

4.7.2 O procedimento especial da ação de interdição: introdução

A interdição é um procedimento judicial de jurisdição voluntária, por intermédio do qual se investiga e se declara se o maior é ou não incapaz de gerir pessoalmente os atos da vida civil. Constatada a incapacidade, é nomeado um

⁶³ Trata-se de um encargo jurídico imposto a terceiro para proteger e auxiliar o maior incapaz na regência de sua vida pessoal e patrimonial. Sempre estabelecida em procedimento judicial, pode ser revertida uma vez que se restabeleça a situação de autoconsciência do curatelado. (ALMEIDA; RODRIGUES JÚNIOR, 2012).

curador que representará ou assistirá o incapaz nos atos que restarem especificados na sentença de curatela.

Os legitimados para propor a ação de interdição estão elencados no artigo 1.768 do Código Civil de 2002 e no artigo 1.177 do Código de Processo Civil. São eles: os pais ou tutores, o cônjuge ou qualquer parente⁶⁴ e o Ministério Público. Apesar de a lei se omitir, a partir de uma interpretação constitucional, alguns doutrinadores⁶⁵ entendem pela possibilidade de o companheiro requerer a interdição.

Dentre os familiares e o tutor, não há qualquer ordem preferencial que careça ser observada, nem litisconsórcio necessário a ser composto. Qualquer um deles, em conjunto ou separadamente, pode ajuizar a ação.

O Ministério Público tem legitimidade subsidiária diante da omissão ou incapacidade de alguma dessas pessoas. Na hipótese de o adulto ser portador de doença mental grave, o órgão ministerial pode formular o pedido judicial independentemente da inércia dos demais legitimados, conforme se depreende do artigo 1.769 do Código Civil e do artigo 1.178 do Código de Processo Civil.

Uma vez proposta ação de interdição por qualquer dos legitimados, existe a necessidade de indicação de um defensor dativo⁶⁶ ao suposto incapaz, caso ele não esteja apto a fazer sua própria nomeação.

Recebida a petição inicial, o juiz designa audiência para interrogar o interditando, com o propósito de verificar, pessoalmente, as suas condições de higidez mental. No intuito de alcançar a melhor eficiência no procedimento – leia-se “eficiência” como correta interpretação dos limites da incapacidade do interditando – na audiência para interrogatório do interditando, o magistrado precisa possuir sensibilidade para perquirir os pontos, de fato, norteadores à formação de sua convicção.

⁶⁴ Consideram-se parentes, além dos descendentes e ascendentes, os colaterais até o quarto grau. Farias e Rosenvald entendem pela possibilidade de um parente por afinidade integrar o rol dos legitimados para ajuizar ação de interdição. (2012, p. 1005).

⁶⁵ Farias e Rosenvald (2012) e Almeida e Rodrigues Júnior (2012).

⁶⁶ O artigo 1.770 do Código Civil menciona que, nos casos em que a interdição não for promovida pelo Ministério Público, o juiz nomeará defensor ao suposto incapaz; nos demais casos o Ministério Público será o defensor. Almeida e Rodrigues Júnior (2012, p. 509) entendem que, diferentemente do que prevê o artigo 1.770 do diploma civilista, a representação judicial é competência que escapa a tal órgão, de acordo com o que prevê o artigo 129, IX, da Constituição Federal. Cumpriria à Defensoria Pública, pois, fazê-lo. A atuação do Ministério Público seria como *custus legis*, no entendimento dos autores citados. No mesmo sentido, Farias e Rosenvald (2012).

Findado o interrogatório, a partir do primeiro dia útil que lhe for subsequente, inicia-se o prazo de cinco dias para a impugnação do pedido de interdição pelo interditando. Após a defesa, é exigida a realização de perícia obrigatória, sob pena de nulidade do procedimento. A perícia é de fundamental importância, pois é, por meio do exame de avaliação da capacidade civil, que se pode traçar o grau de comprometimento do discernimento do interditando e para quais atos ele carecerá ser assistido⁶⁷. É facultada aos interessados (ao próprio interditando e ao requerente) a indicação de assistente técnico para acompanhar o exame pericial, bem como a apresentação de quesitos, conforme dispõe o artigo 421, § 1º, I e II, do Código de Processo Civil.

4.7.2.1 O exame pericial: algumas observações

Em um exame pericial psiquiátrico para avaliação da capacidade civil⁶⁸, que deverá ser realizado, exclusivamente, por um psiquiatra forense (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012, p. 214), verifica-se o grau de comprometimento do discernimento do interditando. Alguns esclarecimentos da prática clínica devem ser salientados:

[...] a avaliação do discernimento deve se centrar nos elementos do exame do estado mental que melhor apreciem a *cognição* e a integridade do *teste de realidade* do indivíduo. Por meio da investigação da memória, da atenção, da consciência, da orientação e da inteligência, pode-se aferir a vinculação do sujeito com o mundo circundante e a capacidade abstrata de refletir sobre os dados da realidade. Examinando-se a sensopercepção e o pensamento, principalmente buscando verificar a presença de alucinações e delírios, se terá uma ideia objetiva do teste de realidade e do juízo crítico, se íntegros ou prejudicados. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012, p. 218).

Aliado aos pontos transcritos acima, outro aspecto de relevância na avaliação do discernimento reside na investigação da função humor⁶⁹/afeto⁷⁰, porquanto uma

⁶⁷ No caso da Anorexia Nervosa, como se está trabalhando com a possibilidade de incapacidade relativa somente, fala-se em assistência. Para casos de incapacidade absoluta, falar-se-ia em representação.

⁶⁸ Para mais informações sobre a estrutura do exame psiquiátrico, ver: TABORDA, José G. V. Exame pericial psiquiátrico. In: TABORDA, José G. V., ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel. **Psiquiatria Forense**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 52-82.

⁶⁹ O humor é definido como uma emoção ampla e prolongada que colore a percepção que se tem do mundo. O psiquiatra analisa se há espontaneidade por parte do paciente para falar sobre seus sentimentos ou se ele precisa ser questionado sobre o assunto. As afirmações sobre o humor, do

alteração afetiva pode interferir na cognição. Não basta, simplesmente, investigar a integridade do teste de realidade daquele indivíduo sujeito ao exame, pois realidades externas absolutamente idênticas serão diferentemente apreendidas diante de um quadro de depressão ou mania por exemplo. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012).

Nas perícias transversais⁷¹, como é o caso daquela que visa à avaliação da capacidade civil do interditando, é feito o exame do estado mental do indivíduo, consistente na descrição do funcionamento mental do examinado no momento em que se realiza a entrevista psiquiátrica. Observam-se, nessa etapa, as diversas funções psíquicas, fundamentais ao diagnóstico sindrômico.

O espectro de perguntas feitas pelo examinador, durante a entrevista psiquiátrica, é amplo. São perguntadas desde questões básicas até as mais complexas, em temáticas variadas que abranjam situações de natureza patrimonial e, também, existencial. Elas indicarão, ao final, se o discernimento está preservado ou prejudicado e, na última hipótese, em que grau e para quê.

No caso da Anorexia Nervosa, presume-se que há de ser explorado o impacto da questão nutricional na vida do interditando e na de sua prole, caso haja. É preciso verificar a percepção da realidade por parte desse indivíduo, com especial atenção para a sua capacidade decisória em assuntos dietéticos e que digam respeito a seu quadro clínico, bem como se há reflexo dos sintomas no exercício da autoridade

ponto de vista clínico, incluem profundidade, intensidade, duração e flutuações. Os adjetivos empregados são geralmente: depressivo, desesperado, irritado, ansioso, bravo, expansivo, eufórico, vazio, culpado, desesperançado, fútil, autodestrutivo, assustado e perplexo. (SADOCK; SADOCK, 2008).

⁷⁰ Trata-se da resposta emocional atual do paciente, inferida a partir de sua expressão facial, incluindo a quantidade e a variedade de comportamentos expressivos. O afeto pode ou não ser consonante ao humor e recebe descrições como: normal, constricto, embotado ou plano, a depender da aparente profundidade da emoção, aferível pela variação na expressão facial, no tom de voz, no uso das mãos e nos movimentos corporais. Depressivo, orgulhoso, irritado, temeroso, ansioso, culpado, eufórico e expansivo são termos utilizados para designar humores particulares. O afeto pode ser classificado como adequado ou inadequado, se congruente ou não ao que se está dizendo. (SADOCK; SADOCK, 2008).

⁷¹ Didaticamente, classificam-se as avaliações periciais psiquiátricas, cíveis ou criminais, em três grandes tipos: avaliações transversais, retrospectivas e prospectivas. Essa divisão é puramente didática e serve para enfatizar o objetivo principal da perícia: se dirigida a estabelecer uma situação presente (caso da perícia na ação de interdição), se voltada ao esclarecimento de fato pretérito (caso da perícia que avalia a imputabilidade penal, que visa à anulação de ato jurídico ou à anulação de testamento) ou se visa a diagnóstico de risco (tipo de perícia realizada, por exemplo, quando o preso atinge o tempo mínimo da pena privativa de liberdade e está prestes a receber um benefício, tal como livramento condicional, indulto de Natal ou progressão de regime. Em relação a prisioneiros em medida de segurança detentiva, avalia-se se houve cessação da periculosidade.). (TABORDA, 2012).

parental; se a lipofobia e a obsessão com a comida é repassada aos filhos menores, interferindo na dinâmica de suas vidas.

Na literatura médica, o discernimento é apontado como a capacidade do paciente para entender o resultado provável de seu comportamento e se ele é influenciado por esse entendimento. (SADOCK; SADOCK, 2008).

Outro conceito que, também, pode aparecer na dinâmica do exame clínico do paciente psiquiátrico é o de *insight*, definido como o grau de consciência e entendimento atinente ao fato de estar doente. O paciente pode negar totalmente sua condição, como apresentar certo nível de consciência acerca da doença, porém, atribuindo-a a pessoas, fatores externos ou mesmo orgânicos. Outra possibilidade é admiti-la e justificá-la em uma causa desconhecida ou misteriosa. (SADOCK; SADOCK, 2008).

Existe uma relação de seis níveis de *insight*: negação completa da doença; leve consciência sobre a patologia e a necessidade de ajuda, porém, com negação; consciência da doença, contudo, culpando outras pessoas, fatores externos ou orgânicos; consciência de que a doença se deve a algo desconhecido; *insight* intelectual – reconhecimento da doença e de que os sintomas ou a incapacidade de adaptação social advêm dos próprios sentimentos irracionais ou perturbações, não havendo, entretanto, a aplicação desse conhecimento para alteração de experiências futuras; *insight* emocional verdadeiro: existe a consciência acerca dos motivos e sentimentos profundos e esse conhecimento propicia mudança na personalidade ou em padrões de comportamento. (SADOCK; SADOCK, 2008).

Ao final, o relatório médico-legal, denominado laudo, quando escrito pelo próprio especialista, ou parecer, quando elaborado por assistente técnico, trará o registro escrito e fiel de todos os elementos de interesse médico-legal observados pelo perito, no qual estarão, igualmente, registrados seus comentários, suas conclusões e as respostas dos quesitos, se estes tiverem sido formulados. (TABORDA, 2012).

No tocante ao diagnóstico, chama-se a atenção para a necessidade de ele ser objetivo e, não, inferencial. Nesse sentido, Taborda explica que:

Se, por exemplo, um perito afirmar que alguém está psicótico, precisa provar em que consiste a quebra do juízo de realidade, quais delírios ou alucinações se fazem presentes. A simples afirmativa de que determinada pessoa estaria “regredida a um nível psicótico de funcionamento” ou de que apresentaria “ansiedades psicóticas” seria insuficiente para esse

diagnóstico, posto que não está claro em que consiste um “nível psicótico de funcionamento” ou uma “ansiedade psicótica”. Esse tipo de assertiva é resquício de prática psiquiátrica fortemente baseada nos pressupostos da psicanálise, os quais devem ser evitados com rigor no contexto judiciário pela impossibilidade de serem sustentados de forma concreta. (2012, p. 80).

Hoje, existem dois grandes sistemas diagnósticos⁷²: o proposto pela *American Psychiatric Association* (APA), denominado *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, atualmente, em sua 4ª edição revisada, DSM-IV-TR; e o patrocinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*, conhecido como CID-10.

No Brasil, oficialmente, adota-se o critério CID-10, embora alguns profissionais demonstrem preferência pelo DSM-IV-TR, pelo fato de este propiciar um diagnóstico mais objetivo e elucidativo, que seria mais adequado à realidade forense.⁷³ Para Taborda (2012), quando a formulação do diagnóstico não estiver clara e direta, principalmente, tendo-se em vista um procedimento de interdição judicial, recomenda-se que o médico, além do livro azul, que versa sobre as “Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas”, valha-se, também, do livro verde, sobre os “Critérios diagnósticos para pesquisa”, a fim de verificar se os critérios diagnósticos, ali explicitados, estão preenchidos de modo efetivo⁷⁴. Essa providência visa a aumentar o grau de objetividade do diagnóstico, uma vez que o livro verde, por ser destinado essencialmente à pesquisa, está imbuído nessa característica.

Taborda elucida que:

[...] o diagnóstico psiquiátrico deve ser um processo fundamentalmente objetivo, lógico, com base em sinais e sintomas claramente perceptíveis,

⁷² Antes da existência dos critérios diagnósticos psiquiátricos objetivos, em decorrência da fraca compreensão das bases orgânicas das doenças mentais, havia uma discrepância bastante significativa entre os sistemas classificatórios de doenças mentais de cada país e mesmo entre os critérios diagnósticos para uma mesma patologia. Existiu um projeto para estudo do diagnóstico da Esquizofrenia nos Estados Unidos e na Inglaterra que salientou essas discordâncias. Verificou-se, à época, que o conceito norte-americano dessa patologia era mais amplo que o inglês, o que resultava em uma taxa de prevalência maior da doença no primeiro país. (TABORDA, 2012).

⁷³ Para Taborda (2012), o sistema proposto pelo DSM-III e, também, presente no DSM-IV-TR é mais eficiente, embora não seja o oficialmente adotado no Brasil. Sua formulação se alicerça em um raciocínio conjuntivo: se A+B+C, então D. Neste raciocínio, D seria o diagnóstico clínico e A, B e C seus elementos constitutivos. O psiquiatra, a partir dessa estrutura, somente pode afirmar a realidade D, se, ao mesmo tempo, puder demonstrar com clareza que A, B e C estão presentes. Esse modelo, segundo o autor, seria mais favorável ao contexto forense, pois retira ao máximo a carga de subjetividade do diagnóstico e possibilita que as afirmativas do perito possam ser rebatidas ou confirmadas de forma objetiva tanto pelos assistentes técnicos, como pelos juízes, promotores e advogados.

⁷⁴ O CID-10 é apresentado em duas versões: as Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (livro azul) e os Critérios diagnósticos para pesquisa (livro verde).

passível de ser entendido e criticado pelo leigo, em vez de dotado de características fantasiosas, mágicas, pelas quais apenas poderia ser formulado por pessoas que entendessem os mistérios da mente e os fenômenos inconscientes. (2012, p. 81).

Findado o exame, é imperioso que o laudo seja detalhado, especificando, além do diagnóstico e das razões que o alicerçam, a extensão da incapacidade do interditando e para quais tipos de atos seu discernimento está comprometido.

Nessa etapa do procedimento, talvez, fosse perquirida a função da inspeção judicial⁷⁵, já que o instrumento que irá especificar a extensão da incapacidade do interditando é o laudo médico. Ocorre que o laudo é um dentre os meios de prova contidos nos autos. A inspeção judicial possibilita que o juízo esteja em contato com a realidade que irá julgar, cotejando, inclusive, o resultado trazido pelo laudo e aquele que se lhe apresenta.

Por mais que o magistrado não esteja investido de conhecimentos técnicos para realizar um exame psiquiátrico no interditando, ele pode verificar pessoalmente o peso daquela prova processual na formação de sua convicção. Pelo fato de não existir vinculação ao exame médico e por ser possível que o juiz decida com base em outros elementos de prova, é que se faz imprescindível sua participação interessada no procedimento. Ainda que, após a realização da perícia e ouvido o Ministério Público, o juiz acredite que o manancial probatório não se lhe apresenta suficiente, poderá colher o depoimento de testemunhas para melhor fundamentar sua convicção. (FARIAS; ROSENVALD, 2012).

Não é inútil, portanto, a norma do artigo 1.771 do Código Civil de 2002. Afinal, o que está sob julgamento não é o comprometimento psíquico que acomete o interditando, mas a “prejudicialidade reflexa deste na celebração autônoma de atos jurídicos”. (ALMEIDA; RODRIGUES JÚNIOR, 2012, p. 510). Por mais que a Medicina seja a responsável por decifrar o grau de comprometimento do discernimento, quem decide sobre a incapacidade civil é o juízo e qualquer aproximação entre ele e a realidade sobre a qual sentenciará reforça a legitimidade do provimento final.

⁷⁵ Artigo 1.771 do Código Civil de 2002: “Antes de pronunciar-se acerca da interdição, o juiz, assistido por especialistas, examinará pessoalmente o arguido de incapacidade”.

4.7.3 A importância dos limites da sentença de curatela

Apresentado o laudo pericial e após inspeção judicial, será designada audiência de instrução e julgamento, em consonância com o artigo 1.183 do Código de Processo Civil.

A sentença, na ação de interdição⁷⁶, deve precisar a existência ou a inexistência de incapacidade civil no interditando. Uma vez que declare a incapacidade, cabe ao juiz especificar a sua medida e promover a indicação de um curador⁷⁷ com competência a tanto proporcional. É necessário que se especifique tratar-se de curatela total ou parcial e, neste último caso, os atos para os quais a presença do curador é elementar e aqueles para os quais ela é dispensável precisam estar relacionados. (ALMEIDA; RODRIGUES JÚNIOR, 2012). A limitação da sentença de curatela é indispensável para a preservação das habilidades do interditado⁷⁸.

Cada situação fática trará os contornos dos limites da sentença de curatela. Se, em determinado caso, a limitação do interditado se circunscreve à tomada de decisões relativas a seu quadro clínico, que a incapacidade se situe somente sobre esse ponto, não o impedindo de gerir pessoalmente os demais atos para os quais se encontre apto. Se a realidade do indivíduo traz, também, o impedimento de decidir sobre questões sanitárias, no âmbito nutricional, de sua prole, que essa limitação esteja especificada na sentença de curatela. Pode ser, ainda, que se visualize um caso de comorbidade e, pelo grau de comprometimento do discernimento do interditado, seja necessário que a curatela recaia sobre outros atos que não se relacionem, apenas, ao aspecto dietético de seu quadro clínico. Para todas as situações, o que se faz imprescindível é que a limitação da sentença de curatela

⁷⁶ Há divergência doutrinária sobre a natureza jurídica da sentença de interdição: se declaratória (seus motivos são preexistentes ao reconhecimento judicial) ou constitutiva (apenas com o seu advento é que o estado da pessoa se altera de capaz para incapaz). Contudo, quanto aos efeitos, a doutrina é uníssona em classificá-los como *ex nunc*, ou seja, apenas nulifica os atos ulteriores à sua edição.

⁷⁷ Existe uma ordem legalmente prevista no artigo 1.775 do Código Civil de 2002. Justifica-se observar o elenco legal, contudo, sem que, por essa observância, crie-se uma situação fática que se apresente contrária à promoção do incapaz, o que confrontaria o fundamento da medida curatelar.

⁷⁸ A sentença de interdição e de decretação da curatela, no que tange a sua eficácia, gera efeitos imediatamente, mesmo que se interponha recurso, de acordo com a norma do artigo 1.773 do Código Civil. Paralelamente à sua publicação, providencia-se seu registro no livro "E" do Cartório do 1º Ofício do domicílio do interditado e sua divulgação na imprensa para conhecimento público (artigo 1.184 do Código de Processo Civil). (ALMEIDA; RODRIGUES JÚNIOR, 2012).

esteja bem realizada, e que os atos para os quais será, ou não, necessária a assistência do curador estejam discriminados.

Posteriormente, caso o interditado se encontre recuperado de seu quadro clínico ou em tratamento para administrar os sintomas, sem que estes venham a representar algum perigo à sua saúde, poderá, por intermédio de uma ação para levantamento da interdição, recuperar sua plena capacidade jurídica. Nessa ocasião, será efetuada nova perícia médica obrigatória, com o propósito de aferir se houve a cessação da causa incapacitante.

Acerca da possibilidade de que eventuais situações existenciais, quando da limitação da sentença de curatela, integrem os atos alcançados pela incapacidade do interditando, alguns esclarecimentos devem ser feitos. Afinal, como o exercício de direitos fundamentais e de personalidade (caso de decisões relativas à saúde do anoréxico, por exemplo) poderia ser efetivado por um assistente legal? Por se tratarem de direitos personalíssimos, a delegação para que terceiro os exercesse seria inviável. Logo, poder-se-ia concluir que a incapacidade de fato, ligada a questões existenciais, redundaria em incapacidade de direito, resultando na implosão da lógica da construção teórica da personalidade jurídica.

Acontece que a autonomia desse paciente pode ser assegurada por outras vias. Para se trabalhar com a curatela, está-se diante de um indivíduo maior que já viveu um tempo de vida. Nesse transcurso temporal, ele erigiu uma construção biográfica, imprimiu visões de mundo e concepções de vida junto àqueles que o rodeiam. Uma vez alcançado por uma incapacidade relativa, como, provavelmente, aconteceria, caso se trabalhe com a interdição de um paciente anoréxico, sua autonomia haveria de ser reconstruída diante de cada decisão, inclusive, nas existenciais.

Os referenciais criados e nutridos por esse indivíduo ao longo de sua vida não de balizar as decisões de cunho existencial que lhe digam respeito, exteriorizadas pelo seu assistente legal. Desse modo, existe a probabilidade de que as definições relativas à sua saúde ou aos demais aspectos de sua personalidade sejam, de fato, tomadas em seu favor e assegurem sua autonomia.

O que o assistente legal precisa realizar diante de uma decisão – especialmente, se ela for de cunho existencial – é perscrutar as aspirações já expressas por esse indivíduo, por intermédio de seus dados biográficos identitários,

para que seu conteúdo reflita critérios próprios de seu assistido e, não, ideais axiológicos que lhe são alheios.

A abordagem do curador não pode, pois, excluir a subjetividade do curatelado, devendo ser congruente às suas especificidades, a fim de alcançar sua promoção e, não, anulação. O que o artigo 1.776 do Código Civil⁷⁹ prevê não pode ser tomado como uma eventualidade e, sim, como uma tarefa diária, de cunho ordinário e obrigatório, porquanto elementar aos cuidados que o curatelado tem direito a receber. (ALMEIDA; RODRIGUES JÚNIOR, 2012).

Nesse sentido, Ana Carolina Brochado Teixeira (2009, p.73) esclarece:

[...] a função primordial da curatela deve ser a de promover a pessoa doente – para além da administração do patrimônio desta –, de modo a conduzi-la para a cura, para o melhor tratamento, para sua reabilitação, dentro das condições possíveis. Tal tutela engloba definitivamente, a valorização do discernimento do doente, para que possam ser potencializadas as questões que ele pode decidir sozinho, sem o auxílio ou substituição de sua vontade, pois a autonomia é essencial para o livre desenvolvimento da personalidade. Além disso, deve o curador promover a inserção social do doente, para que ele possa, efetivamente, exercer seus direitos de cidadania.

Assim, a leitura das reais inabilidades do interditando, os limites da sentença de curatela e a tomada de decisões, quando necessárias, por parte do assistente legal, com base nos dados biográficos do incapaz, são os aspectos cruciais para o manuseio adequado da interdição judicial. Muito da carga de preconceito que impregna o instituto advém de sua aplicação equivocada, que decreta uma incapacidade maior que a imposta pela realidade e produz decisões alicerçadas em padrão axiológico alheio ao interditado.

Pietro Perlingieri (2007), ao dissertar sobre a justificação constitucional dos institutos de proteção, alerta para a possibilidade de que uma série estereotipada de limitações, proibições e exclusões – que não traduza o verdadeiro grau de comprometimento do discernimento do interditado – represente um engessamento desproporcionado à realização de seu pleno desenvolvimento:

É preciso [...] privilegiar sempre que for possível as escolhas de vida que o deficiente psíquico é capaz, concretamente, de exprimir, ou em relação às quais manifesta notável propensão. A disciplina da interdição não pode ser traduzida em uma incapacidade legal absoluta, em uma 'morte civil'.

⁷⁹ Artigo 1.776 do Código Civil: Havendo meio de recuperar o interdito, o curador promover-lhe-á o tratamento em estabelecimento apropriado.

Quando concretas, possíveis, mesmo se residuais, faculdades intelectivas e afetivas podem ser realizadas de maneira a contribuir para o desenvolvimento da personalidade [...]. (PERLINGIERI, 2007, p. 164).

Desse modo, ante os apontamentos semeados, visualiza-se a interdição judicial como sendo um recurso que, se manuseado adequadamente, poderia ser necessário diante de um caso concreto.

4.8 O exercício da autoridade parental e a possibilidade de suspensão

Autoridade parental é a expressão empregada para designar o encargo dos pais no propósito de preservar e promover os interesses dos filhos menores.

Em um primeiro momento, o direito romano trouxe a terminologia *pater potestas* – direito absoluto e ilimitado conferido ao chefe da organização familiar sobre a sua prole. No direito brasileiro, o pátrio poder traduzia uma conotação machista, pois só mencionava a figura do pai como autoridade perante os filhos. O Código Civil de 1916 cunhou a expressão e a assegurou exclusivamente ao marido. Somente na falta ou impedimento deste, a chefia da sociedade conjugal passava à mulher. Porém, se a viúva tornasse a se casar, perdia o pátrio poder com relação aos filhos, independente da idade deles, somente vindo a recuperá-lo caso enviuvasse novamente. (DIAS, 2011).

Quando a Constituição Federal conferiu tratamento isonômico ao homem e à mulher⁸⁰, assegurando-lhes os mesmos direitos e deveres na sociedade conjugal⁸¹, outorgou a ambos os genitores o desempenho desse encargo em relação aos filhos comuns. O Código Civil de 2002 trouxe, então, a expressão ‘poder familiar’, a fim de esboçar a igualdade entre os gêneros. Mesmo assim, críticas lhe foram tecidas, pois, ao invés de poder, tinha-se por mais adequado usar a palavra dever ou função, afinal, o que será exercido está longe de ser uma “imposição arbitrária fundada em considerações próprias, alheias ao que interessa ao menor, que estaria em estado de sujeição”. (ALMEIDA; RODRIGUES JÚNIOR, 2012, p. 448).

⁸⁰ Artigo 5º da Constituição Federal: Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

⁸¹ Artigo 226 da Constituição Federal: A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. § 5º Os direitos e deveres referentes à sociedade são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.

A expressão autoridade parental acabou, pois, recebendo a predileção da doutrina. Ana Carolina Brochado Teixeira explica os motivos pelos quais o termo se apresenta mais adequado:

[...] julgamos mais adequada a nomenclatura *autoridade parental*, por melhor refletir o conteúdo democrático da relação, além de traduzir preponderantemente uma carga de deveres do que de poderes, para que o filho, pessoa em desenvolvimento, tenha a estruturação biopsíquica adequada. O vocábulo autoridade é mais condizente com a concepção atual das relações parentais, por melhor traduzir a ideia de função, e ignorar a noção de poder. Já o termo parental traduz melhor a relação de parentesco por excelência presente na relação entre pais e filhos, de onde advém a legitimidade apta a embasar a autoridade. (TEIXEIRA, 2008, p. 252).

A discussão terminológica foi e é válida, porque possibilita ao intérprete sedimentar o entendimento de que os deveres imputados aos pais visam à promoção de sua prole. A autoridade parental se torna, portanto, o veículo instrumentalizador de direitos fundamentais dos filhos, de modo a conduzi-los a uma autonomia responsável. (TEIXEIRA, 2006).

O Código Civil de 2002, em seu artigo 1.634⁸², prevê quais deveres estão contidos na autoridade parental. Dentre eles, encontra-se o de lhes dirigir a criação e educação.

Para discutir esse instituto, traz-se, novamente, a ilustração do filme *Malos Habitros*: uma mãe, com um quadro crônico de Anorexia Nervosa, direciona diversos comportamentos absurdos à sua filha menor, que está com sobrepeso. Na iminência de fazer a primeira comunhão e longe de refletir o ideal estético projetado pela mãe – inclusive, não cabendo no vestido que usará na data – a saúde da criança é colocada em risco quando medidas desarrazoadas são buscadas para que ela emagreça.

O exercício do poder familiar pressupõe capacidade de fato. Pode-se inferir essa informação do artigo 1.779 do Código Civil: “Dar-se-á curador ao nascituro, se

⁸² Artigo 1.634 do Código Civil de 2002: Compete aos pais, quanto à pessoa dos filhos menores:

I – dirigir-lhes a criação e educação;

II – tê-los em sua companhia e guarda;

III – conceder-lhes ou negar-lhes consentimento para casarem;

IV – nomear-lhes tutor por testamento ou documento autêntico, se o outro dos pais não lhe sobreviver, ou o sobrevivente não puder exercer o poder familiar;

V – representá-los, até aos dezesseis anos, nos atos da vida civil, e assisti-los, após essa idade, nos atos em que forem partes, suprindo-lhes o consentimento;

VI – reclamá-los de quem ilegalmente os detenha;

VII – exigir que lhes prestem obediência, respeito e os serviços próprios de sua idade e condição.

o pai falecer estando grávida a mulher, e não tendo o poder familiar”. No parágrafo único do retrocitado artigo, consta: “Se a mulher estiver interdita, seu curador será o do nascituro”.

Logo, pensando no caso de um genitor anoréxico que foi interdito, presume-se que suas dificuldades com relação aos aspectos nutricionais de seu quadro clínico possam ser repassadas à prole no exercício da autoridade parental. Assim, estando o exercício da autoridade parental comprometido nessas questões pontuais, na limitação da sentença de curatela, o juiz poderá submeter tais atos à assistência de um curador.

Trabalhando com a hipótese, o genitor anoréxico manteria o exercício da autoridade parental, vindo a ser assistido, apenas, no que pertine à alimentação e nutrição dos filhos menores. O outro genitor, caso exista, continuaria exercendo a autoridade parental integralmente, podendo, inclusive, dependendo da situação fática, ser o curador daquele que sofreu a interdição.

Porém, diante de um caso em que não haja interdição judicial e que exista, do mesmo modo, reflexo do quadro clínico do genitor anoréxico no exercício da autoridade parental, como seria possível resguardar os filhos menores?

Tendo por base essa circunstância é que se pensou no instituto da suspensão da autoridade parental.

A perda da autoridade parental e a suspensão da autoridade parental devem ser interpretadas mais como um meio de preservar a pessoa do menor que como um castigo aos pais. O objetivo é protegê-los de comportamentos danosos que lhes possam ser prejudiciais.

A perda judicial da autoridade parental está prevista no artigo 1.638⁸³ do Código Civil. Por se tratar de consequência a comportamentos mais graves, não se cogitou trabalhar com esse instituto dentro da temática da Anorexia Nervosa, partindo-se do pressuposto de que um genitor anoréxico, a princípio, possa apresentar as mesmas dificuldades, por ele vivenciadas, em relação à nutrição, no exercício da autoridade parental. Logo, seriam limitações pontuais e passíveis de

⁸³ Artigo 1.638 do Código Civil: Perderá por ato judicial o poder familiar o pai ou a mãe que:

I – castigar imoderadamente o filho;

II – deixar o filho em abandono;

III – praticar atos contrários à moral e aos bons costumes;

IV – incidir, reiteradamente, nas faltas previstas no artigo antecedente.

serem trabalhadas, não justificando o aniquilamento da relação materno/paterno-filial.

A suspensão da autoridade parental é procedimento a ser operado, também, pela via judicial. Trata-se de medida que pode ser proposta tanto por um dos genitores, frente ao outro, como pelo Ministério Público, que tem legitimidade para dirigir a ação contra ambos ou contra, somente, um dos pais. Nesse caso, não é preciso nomear curador especial⁸⁴. (DIAS, 2011).

No artigo 1.637⁸⁵ do Código Civil, o abuso de autoridade, o descumprimento dos deveres parentais, a provocação da ruína dos filhos ou a condenação criminal em pena de prisão por tempo superior a dois anos são hipóteses que admitem a suspensão da autoridade parental. Paulo Luiz Netto Lôbo (2008) considera que o rol legal seria exemplificativo, devendo-se considerar a existência de outras hipóteses para as quais a medida se faça recomendada, tendo em vista sua natureza preventiva e acautelatória.

A suspensão é temporária e reversível. Poderá ser total ou parcial – relativa a alguns atos apenas – dependendo do motivo que a originou. Em qualquer caso, o exercício da autoridade parental estará concentrado no outro titular não suspenso ou, caso a medida o atinja, far-se-á necessário nomear um tutor.

Diante das características citadas é que se vislumbrou a possibilidade de aplicação do instituto. A existência de um genitor⁸⁶ anoréxico crônico, não interditado, que comprometa o exercício da autoridade parental ao trasladar suas obsessões com o peso para o cuidado diário dos filhos, pode ensejar a invocação de uma medida protetiva que salvguarde a sua prole.

Para tanto, a suspensão poderia ser parcial, ou seja, apenas se limitaria aos aspectos que a realidade denunciasse como preocupantes – provavelmente, no

⁸⁴ Maria Berenice Dias (2011), ao tratar desse ponto, apresenta a súmula 22 do TJRS: Nas ações de destituição/suspensão do pátrio poder [hoje, poder familiar], promovidas pelo Ministério Público, não é necessária a nomeação de curador especial ao menor.

⁸⁵ Artigo 1.637 do Código Civil de 2002: Se o pai, ou a mãe, abusar de sua autoridade, faltando aos deveres a eles inerentes ou arruinando os bens dos filhos, cabe ao juiz, requerendo algum parente, ou o Ministério Público, adotar a medida que lhe pareça reclamada pela segurança do menor e seus haveres, até suspendendo o poder familiar, quando convenha.

Parágrafo único: Suspende-se igualmente o exercício do poder familiar ao pai ou à mãe condenados por sentença irrecorrível, em virtude de crime cuja pena exceda a dois anos de prisão.

⁸⁶ Muito embora tenha se buscado a neutralidade de gênero ao se trabalhar as hipóteses tecidas neste capítulo, por vezes, pode ser que a figura feminina venha a ser mais utilizada, diante das conjecturas tecidas, que a masculina. A ilustração no feminino acaba se dando por conta de a incidência da Anorexia Nervosa ser de 10%-15% em homens. Logo, aproxima-se da realidade trabalhar com o exemplo feminino, apesar de a possibilidade inversa ser admitida como possível.

âmbito nutricional e dietético da vida dos menores. Nos demais atos, em que não se vislumbresse comprometimento por conta da patologia, a mãe/pai exerceria, normalmente, a autoridade parental.

Enquanto persistisse a suspensão, o outro genitor exerceria a integralidade do *munus* e, no caso de ele ser morto ou não conhecido, a nomeação de um tutor far-se-ia necessária.

Uma vez tratados os sintomas e findada a causa que deu origem à suspensão, a autoridade parental poderia ser plenamente restabelecida.

4.9 O artigo 1.780 do Código Civil de 2002 e a curatela do enfermo ou portador de deficiência física

O Código Civil de 2002 inaugurou uma faculdade para o enfermo ou deficiente físico não prevista no Código Civil de 1916. Segundo o artigo 1.780 do atual diploma civil:

A requerimento do enfermo ou portador de deficiência física, ou, na impossibilidade de fazê-lo, de qualquer das pessoas a que se refere o art. 1.768, dar-se-lhe-á curador para cuidar de todos ou alguns de seus negócios ou bens. (BRASIL, 2002).

Como o propósito desta dissertação é pensar em institutos que poderiam ser invocados a fim de auxiliar o indivíduo portador de Anorexia Nervosa, fez-se necessário abordar o supramencionado dispositivo legal. Contudo, algumas observações a seu respeito carecem ser feitas, por conta de equívocos perceptíveis.

Com relação à terminologia, há de se mencionar a inadequada escolha do legislador. A hipótese não deveria ser designada por curatela, porquanto não ter havido procedimento de interdição judicial que a justifique. Inclusive, porque, por mais que o enfermo ou o portador de deficiência física possa encontrar algum obstáculo na prática de atos rotineiros, não havendo comprometimento do discernimento, não há, igualmente, incapacidade civil. A permissão, no caso, para que se delegue a alguém a administração de situações patrimoniais não se compatibiliza com os motivos que justificam a curatela genuína⁸⁷.

⁸⁷ Refere-se, aqui, à curatela prevista para os casos de interdição judicial. Os motivos seriam a existência de alguma enfermidade ou deficiência mental comprometedora do discernimento.

A fonte para nomeação judicial de curador, nesse contexto, é a vontade do próprio curatelado, o que torna a situação ainda mais *sui generis*, afinal, se o pseudocuratelado tem a plena capacidade para delegar poderes a outrem, porque não o faz por meios jurídicos já previstos, como seria o caso do contrato de mandato?

Todavia, o cerne do absurdo do referido artigo reside na possibilidade de que uma pessoa (dentre as legitimadas a solicitar a interdição judicial, conforme o artigo 1.768 do Código Civil de 2002) requeira, judicialmente, a nomeação de um curador para cuidar de interesses patrimoniais de alguém plenamente capaz⁸⁸. Admitir que essa solicitação seja feita em nome de outrem é aceitar a violação de uma autonomia privada sem que exista diminuição de discernimento que a justifique.

Todavia, pensando em que medida esse dispositivo poderia auxiliar um anoréxico, alguns apontamentos precisam ser feitos.

Primeiramente, como foi defendida a possibilidade, ao longo da dissertação, de que o quadro clínico da Anorexia Nervosa represente algum nível de turvação do discernimento, acredita-se que o anoréxico não se subsume às categorias trazidas pelo artigo 1.780, quais sejam: enfermo⁸⁹ ou portador de deficiência física.

Porém, se não houve interdição judicial, perante o Direito, esse indivíduo continua plenamente capaz e, portanto, um legitimado a ser beneficiado pelo instituto.

Outro ponto a ser salientado, refere-se à abrangência desse artigo, que se limita a questões patrimoniais. Logo, para inabilidades que alcançassem decisões sanitárias autorreferentes, o exercício da autoridade parental ou qualquer outra situação de cunho existencial, o instituto não se afiguraria eficaz.

Contudo, pensando no paciente que não foi interditado e que está em tratamento, haveria algum tipo de benefício a ser trazido pelo artigo 1.780?

Se comparada à gestão de negócios, o artigo 1.780 oferece um espectro de possibilidades transacionais maior, inclusive, porque existiu um procedimento judicial a validá-lo. Nesse ponto, pensando em um paciente que enfrenta tratamento prolongado e, por vezes, pode estar impossibilitado de gerenciar, pessoalmente,

⁸⁸ Não tendo havido interdição judicial, essa é a presunção.

⁸⁹ Pressupõe-se que a enfermidade, aqui, tratada não seja a mental, do contrário, o instituto da interdição judicial seria o recurso adequado.

aspectos de sua vida patrimonial, o instituto poderia trazer uma esfera de ação maior àquele que lhe oferece assistência.

Apesar de não existirem artigos no Código de Processo Civil que regulamentem especificamente esse procedimento, presume-se que, analogamente ao que se observa com a curatela no processo de interdição judicial, exista a fiscalização, por parte do Ministério Público, dos atos praticados pelo curador do artigo 1.780, bem como a necessidade de prestação de contas.

Trabalhando-se com essa hipótese, o instituto traria segurança maior que um possível contrato de mandato, posto que o mandante, nesse caso, provavelmente, encontrar-se-ia em situação de fragilidade para inspecionar se o mandatário obedeceu aos limites contratuais estipulados.

A grande vantagem, portanto, na comparação estabelecida, reside na pressuposta existência de fiscalização, podendo, inclusive, existir a remoção do curador, de acordo com o que o artigo 1.194 do Código de Processo Civil dispõe.

A adequação do instituto para socorrer possíveis interesses patrimoniais do anoréxico dependeria, pois, das peculiaridades trazidas pelo caso concreto e do modo como seria regulamentada a parte procedimental do artigo 1.780 do atual diploma civil.

Assim como feito na gestão de negócio, na interdição judicial e na suspensão da autoridade parental, o objetivo que subjaz à abordagem do artigo 1.780 do Código Civil de 2002 visa mais a problematizar questões e propiciar discussões dentro da temática, que alcançar respostas fechadas para situações hipotéticas.

Qualquer tipo de construção abstrata e conclusiva soçobriria os objetivos que nortearam este trabalho e frustraria as expectativas dialógicas entre a Anorexia Nervosa e o Direito.

5 CONCLUSÃO

Nas últimas duas décadas principalmente, a Anorexia Nervosa começou a ganhar, com mais frequência, os holofotes da mídia. A busca obsessiva pela beleza – e, nesse contexto, ser magro é imprescindível – pode não ser fator determinante no desencadeamento de transtornos alimentares, mas não deixou de incentivar uma série de comportamentos e contextos emocionais predisponentes que os tornaram cada vez mais comuns.

Além de se perceber um aumento epidemiológico, quando se é parte de um neonarcisismo cultural, o olhar é calibrado para registrar as mensagens projetadas pela imagem de um indivíduo. Assim, a partir do momento em que os corpos começaram a estampar excesso de adiposidade, oscilações de peso ou aspectos cadavéricos, a sociedade globalizada – em especial, a ocidental – viu-se diante de uma realidade assustadora. A possibilidade de ser portador de um transtorno mental, como acontece nos casos da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa, deixou de ser algo recôndito aos porões da loucura para se fazer presente no alcance do possível.

As características do quadro clínico da Anorexia Nervosa, em especial, a possibilidade de que exista uma turvação do discernimento do paciente nos aspectos que se relacionam à sua saúde foram os fatores que motivaram a eleição dessa entidade nosológica como cerne da pesquisa desenvolvida. Além do mais, quando se fala em discernimento e, conseqüentemente, na possibilidade de incapacidade decisória, uma série de questões se apresenta como passível de ser discutida juridicamente. Iniciar a exploração desse horizonte inédito de correlações e construções foi o que se procurou fazer com esta dissertação.

A Anorexia Nervosa é um transtorno mental marcado por comportamento obstinado e proposital direcionado a perder peso – oriundo da busca por um corpo magro ideal – acompanhado por uma falsa percepção da imagem corporal e alterações hormonais devidas à desnutrição. A lipofobia e distorção da autoimagem são fatores mantenedores da patologia o que faz com que o paciente refute a terapêutica necessária – que implica ganho de peso.

Por se tratar de transtorno mental com alto índice de recusa ao tratamento, a internação involuntária é medida que poderá ser empregada. Do ponto de vista médico, o recurso é justificado pela incompetência do paciente para, naquela

situação pontual, deliberar de maneira consciente sobre seu estado de saúde. Considerando que o discernimento é pressuposto para o exercício da autonomia privada, a internação involuntária, nessa situação, não se afigura agressão à sua capacidade de autodeterminação.

No intuito de se verificar se uma decisão é, ou não, violadora da autonomia privada de um indivíduo portador de um transtorno mental, as particularidades de seu quadro clínico precisam ser conhecidas. Ilustrou-se essa necessidade ao se trazer duas decisões judiciais que discutiam a possibilidade de internação involuntária de pacientes anoréxicas. Os provimentos foram completamente antagônicos e, por isso, fez-se possível salientar que a recusa de tratamento advinda de uma pessoa anoréxica, muito provavelmente, não reflete o exercício livre e consciente de sua autonomia privada, mas, sim, o comportamento esperado por um indivíduo lipofóbico que não cogita ganhar peso.

Ao se abordar o regime das incapacidades nos Códigos Civis de 1916 e de 2002, verificou-se a existência de algumas mudanças positivas trazidas pelo atual diploma civil. A abolição da expressão “loucos de todo o gênero” e a possibilidade de se declarar a incapacidade relativa para deficientes mentais foram dois pontos benéficos, contudo, o emprego de expressões desatualizadas e inadequadas impossibilitou que a redação legal se fizesse mais clara e diminuiu o campo de abrangência daqueles que poderiam ser beneficiados pelo instituto da incapacidade relativa. Este último ponto, perceptível, somente, diante de informações técnicas da Psiquiatria, uma vez que as expressões, dentro do Código, foram empregadas sem observância rigorosa do que, de fato, significavam junto à Medicina.

Trazer a possível associação entre Anorexia Nervosa e incapacidade foi importante para a discussão de situações mais complexas, inclusive, de natureza existencial, para as quais uma simples gestão de negócios não seria eficaz.

Nesse contexto, trabalhou-se a interdição judicial como recurso possível. Para tanto, salientou-se a relevância do exame médico pericial bem realizado, uma vez que ele representa o instrumento disponível para detectar a redução do discernimento e os atos para os quais a capacidade decisória do indivíduo está comprometida.

Verificada a necessidade de se interditar um portador de Anorexia Nervosa, é imprescindível que o juiz estabeleça os limites da sentença de curatela, de modo a permitir que a medida constrictiva, somente, alcance suas inabilidades. A presença

do curador dar-se-á, pois, pontualmente. Todos os demais atos não alcançados pela causa incapacitante não de ser exercidos pessoalmente pelo interditado.

No que tange à possibilidade de que a incapacidade alcance o exercício de situações jurídicas existenciais, como aconteceria se o paciente fosse privado de tomar decisões autorreferentes no âmbito sanitário, alguns questionamentos poderiam ser feitos. Afinal, se as situações existenciais são personalíssimas, não se admitiria sua delegação para que terceiro estivesse incumbido de exercê-las.

Acontece que a autonomia desse paciente pode ser assegurada por outras vias. Para se trabalhar com a curatela, está-se diante de um indivíduo maior, que já viveu um tempo de vida. Nesse transcurso temporal, ele criou uma construção biográfica, imprimiu visões de mundo e concepções de vida junto àqueles que o rodeiam. Uma vez alcançado por uma incapacidade relativa, como, provavelmente, aconteceria, caso se trabalhe com a interdição de um anoréxico, sua autonomia haveria de ser reconstruída diante de cada decisão, inclusive, nas existenciais.

Os referenciais criados e nutridos por esse indivíduo ao longo de sua vida não de balizar as decisões de cunho existencial que lhe digam respeito, exteriorizadas pelo seu assistente legal. Desse modo, existe a probabilidade de que as definições relativas à sua saúde ou aos demais aspectos de sua personalidade sejam, de fato, tomadas em seu favor e assegurem sua autonomia.

O que o assistente legal precisa realizar, conseqüentemente, diante de uma tomada de decisão, é perscrutar as aspirações já expressas por esse indivíduo, por intermédio de seus dados biográficos identitários, de modo a erigir uma escolha que reflita critérios próprios de seu assistido e, não, ideais axiológicos que lhe são alheios.

A dignidade e a autonomia de um sujeito interditado serão asseguradas quando as decisões, para as quais ele não possa dar voz, forem cunhadas com base nos reflexos de sua personalidade que quedaram incrustados no meio em que está inserido.

Para as situações nas quais a Anorexia Nervosa acometa o exercício da autoridade parental de um indivíduo não interditado, discutiu-se a possibilidade de se efetuar sua suspensão parcial. Nesse caso, o paciente ficaria impossibilitado de tomar decisões para as quais o seu quadro clínico possa oferecer algum tipo de prejuízo à sua prole. Nas demais situações em que não se vislumbrasse nenhum tipo de comprometimento, o exercício da autoridade parental se daria normalmente.

O outro genitor continuaria a titularizar a integralidade da autoridade parental. No caso de ele não existir, far-se-ia necessário nomear um tutor, que poderia ser algum parente próximo, para tomar as decisões que a mãe anoréxica ou o pai anoréxico se visse privado de realizar.

Trabalhou-se, ainda, o instituto trazido pelo artigo 1.780 do Código Civil de 2002, ressaltando a incoerência em se designá-lo por curatela, bem como os demais equívocos que o permeiam. Tentou-se buscar possíveis benefícios que ele poderia trazer a uma situação concreta de Anorexia Nervosa, assinalando-se, nesse ponto, sua abrangência circunscrita a situações patrimoniais e a existência de fiscalização por parte do Ministério Público. Esta última, concluída mais por analogia à curatela dos interditos que por previsão legal expressa que a institua.

Por fim, o propósito da dissertação foi alcançado a partir do momento em que um horizonte dialógico entre a Anorexia e o Direito foi descortinado. Espera-se que essas primeiras articulações sejam, apenas, o início de discussões vindouras, cada vez mais efervescentes.

REFERÊNCIAS

ALCORÃO. PORTUGUÊS. **Alcorão Sagrado**. Rio de Janeiro: Otto Pierre Editores, c1980.

ALMEIDA, Renata Barbosa de. **(In)capacidade dos esquizofrênicos**: um estudo sobre o exercício do direito à saúde. 2011. 201f. Tese (Doutorado em Direito Privado) – Faculdade Mineira de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ALMEIDA, Renata Barbosa de; RODRIGUES JUNIOR, Walsir Edson. **Direito Civil: famílias**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

AMARAL, Francisco. **Direito civil**: introdução. 5. ed. rev., aum. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Text rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

APFELDORFER, Gérard. **Anorexia, bulimia, obesidade**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M.. Transtornos Alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, suppl. 2, dec. 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2013.

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica de Medeiros; BACALTCHUK, Josué. O uso de agentes farmacológicos no tratamento dos transtornos alimentares. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINÁRIO, José Carlos; GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Walmir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 157-168.

APPOLINÁRIO, José Carlos; MOYA, Tatiana. Serviços de transtornos alimentares no Brasil e no mundo. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINÁRIO, José Carlos; GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Walmir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 169-181.

BAGGIO, Marco Aurélio. **Compêndio de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Di Livros, 2011.

BARROS; Daniel Martins de; SERAFIM, Antônio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v.36, n.4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832009000400008&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 mar. 2012.

BELL, Rudolph M. **Holy Anorexia**. Chicago: University of Chicago Press, 1985.

BEVILAQUA, Clovis. **Teoria geral do direito civil**. 2. ed. rev. e atual. por Prof. Caio Mario da Silva Pereira. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1976.

BÍBLIA. **A Bíblia Sagrada**: edição pastoral. São Paulo: Edições Paulinas, 1990.

BIDAUD, Éric. **Anorexia mental, ascese, mística**: uma abordagem psicanalítica. Rio de Janeiro: Companhia Freud, 1998.

BRANDÃO, Isabel. **O essencial da saúde**: anorexia e bulimia. v. 4. Lisboa: QuidNovi, 2007.

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 14 jul 1934. Disponível em: <
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=35529>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL. Código Civil (1916). Lei 3.071. 01 jan. 1916. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 de jan. 1916. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L3071.htm>. Acesso em: 30 mar. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de out. 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 out. 1988. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 30 mar. 2012.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 abr. 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília. 09 de abr. 2001. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 30 mar. 2012.

BRASIL. Código Civil (2002). Lei nº. 10.406. 10 jan. 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**. Brasília, 11 jan. 2002. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 30 mar. 2012.

BRASIL. **Portaria n. 2391/GM**, de 26 dez. 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

BRUMBERG, Joan Jacobs. **Fasting Girls**: the history of anorexia nervosa. New York: Vintage Books, 2000.

BUCARETCHI, Henriette Abramides; WEINBERG, Cybelle. Um breve histórico sobre transtornos alimentares. In: **Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BYATT, Nancy; PINALS, Debra; ARIKAN, Rasim. Involuntary hospitalization of medical patients who lack decisional capacity: an unresolved issue. **Focus: the journal of lifelong learning in psychiatry**, Washington, v.5, n.4, set. 2007. Disponível em: < <http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=52467>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

BYNUM, Caroline Walker. **Holy feast and holy fast: the religious significance of food to medieval women**. Berkeley: University of California Press, 1988.

CAMARGO, Raul. **Loucos de todo o gênero: critério da incapacidade mental no direito civil**. Rio de Janeiro: Jacintho Ribeiro dos Santos, 1921.

CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA: compêndio. Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2005. Disponível em: < http://www.vatican.va/archive/compendium_ccc/documents/archive_2005_compendium-ccc_po.html>. Acesso em: 10 jan. 2013.

CECCARELLI, Paulo Roberto. Uma breve história do corpo. In: LANGE; Elaine Soares Neves; TARDIVO, Leila Salomão de La Plata Cury. **Corpo, alteridade e sintoma: diversidade e compreensão**. São Paulo: Vetor, 2011. p. 15-34. Disponível em: <http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=519>. Acesso em: 10 jan. 2013.

CHAMON JUNIOR, Lúcio. **Teoria Geral do Direito Moderno**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

CHAMON JUNIOR, Lúcio. **Teoria da argumentação jurídica: constitucionalismo e democracia em uma reconstrução das fontes no direito moderno**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

CHAMON JUNIOR, Lúcio Antônio. Estudo prévio – Dignidade e diferença: Há um futuro para os direitos de personalidade? In: FIUZA, César; SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Direito Civil: atualidades IV**. Belo Horizonte: Del Rey, 2010. p. 1-45.

CHEN, Kathy. **Making sense of ED Mortality Statistics**. Disponível em: <<http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/making-sense-of-ed-mortality-statistics/>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1931, de 17 de setembro de 2009. **Código de ética médica**. Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9. Acesso em: 10 jan. 2013.

CORDÁS, Táki Athanássios; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, Suppl. 3, dez. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700002>. Acesso em: 28 mar. 2012.

CORDÁS, Táki Athanássios; WEINBERG, Cybelle. Santas anoréxicas na história do Ocidente: o caso de Santa Maria Madalena de Pazzi. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n. 3, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000300011&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 mar. 2012.

CRESCER número de casos de anorexia após os 50 anos. BBC BRASIL.com, 2008. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/03/080304_anorexiapacientesidade_np.shtml>. Acesso em: 10 jan. 2013.

DHAMMAVARO, Phra Saneh. **Buddhism: ethics and the path to peace**. Chiang Mai: Anupong Printing, 2005.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das famílias**. 8. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

DELUMEAU, Jean. **As grandes religiões do mundo**. 3. ed. Lisboa: Editorial Presença, 2002.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil: direito das famílias**. 4. ed. Salvador: Jus Podium, 2012.

FREITAS, A. Teixeira de. **Código Civil: esboço**. Rio de Janeiro: MJNI, Serviços de Documentação, 1952.

FIUZA, César. **Direito Civil: curso completo**. 14. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

FONTANA, Antônio Matos. Transtornos alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas. In: FONTANA, Antônio Matos. (Org.). **Manual de clínica em psiquiatria**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 353-358.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v.10, supl.2, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>. Acesso em: 28 mar. 2012.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil: parte geral**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

GALVÃO, Ana Luiza; CLAUDINO, Angélica de Medeiros; BORGES, Maria Beatriz Ferrari. Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos; GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Walmir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 31-50.

GALVÃO, Ana Luiza; PINHEIRO, Andréa Poyastro; SOMENZI, Lígia. Etiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos;

GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Walmir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 59-71.

GAARDER, Jostein; HELLERN, Victor; NOTAKER, Henry. **O livro das religiões**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

GÊNESIS. In: A BÍBLIA SAGRADA: edição pastoral. São Paulo: Edições Paulinas, 1990.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v.18, n.2, p. 81-88, maio 2006.

GIRARD, René. **Anorexia e desejo mimético**. São Paulo: Realizações Editora, 2011.

GUIMARÃES, Daniel Boleira Sieiro; SALZANO, Fábio Tápia; ABREU, Cristiano Nabuco de. Indicações para internação hospitalar completa ou parcial. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v.24, suppl.3, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000700013&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 mar. 2012.

HADID, Daa; CHESLOW, Daniella. Israeli law eyes super-thin models as bad examples. **Omaha.com**, Bellevue, 20 mar. 2012. Disponível em: <http://www.omaha.com/article/20120320/AP15/303209968/-1>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

HERSCOVICI, Cecile Rausch; BAY, Luisa. **Anorexia Nervosa e Bulimia: ameaças à autonomia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HIGUET, Etienne A.. Não comer e não beber como opção da espiritualidade religiosa: jejum e abstinência nas religiões. **Estudos de Religião**, São Bernardo do Campo, Ano 19, n. 28, p. 106-127, junho 2005.

JOÃO PAULO II. Audiência geral: o jejum penitencial e o desenvolvimento da pessoa. 1979. Disponível em: <http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/audiences/1979/documents/hf_jp-ii_aud_19790321_po.html>. Acesso em: 17 ago. 2012.

JOEL. In: A BÍBLIA SAGRADA: edição pastoral. São Paulo: Edições Paulinas, 1990.

JUSTIÇA proíbe alimentação forçada de anoréxica à beira da morte. Terra. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/mundo/noticias/0,,OI6108157-EI8142,00-Justica+proibe+alimentacao+forcada+de+anorexica+a+beira+da+morte.html>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

LA Audiencia de Barcelona obliga al internamiento involuntario de una joven anoréxica. Periodista Digital. Disponível em: <<http://www.periodistadigital.com/old/325073.shtml>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

LAMOUNIER, Joel Alves; VILELA, João Eduardo Mendonça. Uma visão geral de Anorexia Nervosa e Bulimia. In: AMARAL, Carlos Faria Santos; PEDROSO, Enio Roberto Pietra; FONSECA, João Gabriel Marques; ROCHA, Manoel Otávio da Costa; COUTO, Renato Camargos; LEAL, Sebastião Soares; BRAGA, Walter dos Reis Caixeta. **Clínica Médica**. v.1, n. 2. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 295-303.

LANA, Lígia Campos de Cerqueira. Les métamorphoses du gras: histoire de l'obésité. *Revista de Estudos de Comunicação*. Curitiba, v. 12, n. 28, p. 187-190, mai/ago. 2011.

LANDEIRA-FERNANDEZ, J; CHENIAUX, Elie. **Cinema e loucura**: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. A família e o idoso entre dois extremos: abandono e superproteção. **Revista do Instituto dos Advogados de Minas Gerais**. Belo Horizonte, n.16, p. 413-426, 2010.

_____. Autonomia privada e internação não consentida. In: ROMEO-CASABONA, Carlos María; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito Biomédico**: Espanha-Brasil. Belo Horizonte: PucMinas, 2011. p. 334-351.

LIMA, Mônica Assunção Costa; FONSECA, Márcia Abreu. Os distúrbios alimentares sob o olhar da psicanálise. In: AMARAL, Carlos Faria Santos; PEDROSO, Enio Roberto Pietra; FONSECA, João Gabriel Marques; ROCHA, Manoel Otávio da Costa; COUTO, Renato Camargos; LEAL, Sebastião Soares; BRAGA, Walter dos Reis Caixeta. **Clínica Médica**. v.1, n. 2. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 308-318.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. **Famílias**. São Paulo: Saraiva, 2008.

LO JACONO, Claudio. **Islamismo**. São Paulo: Globo, 2002.

MALOS Habitos. Direção: Simón Bross. Produção: Alberto Bross e Avelino Rodríguez. México: Paris Filmes, 2007. 1 DVD (103 min).

MARCOS. In: A BÍBLIA SAGRADA: edição pastoral. São Paulo: Edições Paulinas, 1990.

MARTINS-COSTA, Judith. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a reflexão bioética. In: MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig. **Bioética e responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 299-346.

MATARAZZO, Eneida B. Anorexia nervosa: aspectos clínicos e terapêuticos. **Insight Psicoterapia**. São Paulo, v.5, n.55, p.16-21, set. 1995.

MATEUS. In: A BÍBLIA SAGRADA: edição pastoral. São Paulo: Edições Paulinas, 1990.

MELIN, Paula; ARAÚJO, Alexandra M.; MALHEIROS, Luciana Reis. Transtornos alimentares em homens. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos;

GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Walmir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 209-219.

MITRANY, Edith; MELAMED, Yuval. Compulsory treatment of anorexia nervosa. [The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences](#), Jerusalem, v. 42, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.highbeam.com/doc/1P3-935356531.html>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

MORAIS, Marília Brandão Lemos. Transtornos alimentares: um laço entre medicina, cultura e psicanálise. **Revista Reverso**, Belo Horizonte, n. 47, p. 72-81, set. 2000.

MOREIRA, Luiza Amélia Cabus; OLIVEIRA, Irismar Reis de. Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.57, n.3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000300001&script=sci_arttext>. Acesso: em 20 mar. 2012.

MOUREIRA, Diogo Luna. O reconhecimento e a legitimação da autonomia privada: instrumento de afirmação da personalidade no direito privado. In: FIUZA, César; SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Direito civil: atualidades III**. Belo Horizonte: Del Rey, 2009. 55-86.

NATIONAL ASSOCIATION OF ANOREXIA NERVOSA AND ASSOCIATED DISORDERS. **Eating disorders statistics**. Disponível em: <<http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Relacionalidade e Autonomia Privada: o princípio da autonomia privada na Pós-Modernidade**. 2003. 138f. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica, Faculdade Mineira de Direito, Belo Horizonte.

NUNES, Maria Angélica; ÁVILA, Boêmia Noronha de. Tratamento hospitalar dos transtornos alimentares. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos; GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Walmir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 183-193.

NUNES JUNIOR, Ario Borges. **Êxtase e clausura: sujeito místico, psicanálise e estética**. São Paulo: Annablume, 2005.

OLIVEIRA, Vitória Peres de. A comida e a bebida no Islã. **Estudos de Religião**, São Bernardo do Campo, Ano 19, n. 28, p. 89-105, junho 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde CID-10**. 6. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de direito civil**. 20. ed. v.1. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil: introdução ao direito civil constitucional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

PONTES DE MIRANDA, Francisco Cavalcanti. **Tratado de Direito Privado: parte geral**. vol. I. Rio de Janeiro: Borsoi, 1954.

PROSE, Francine. **Gula**. São Paulo: Arx, 2004.

QUELLIER, Florent. **Gula: história de um pecado capital**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2011.

RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. **A competência da criança e do adolescente para o exercício do direito à recusa de tratamento médico**. 2010. 281f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Direito.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

RODRIGUES, Renata de Lima. **Incapacidade, curatela e autonomia privada: estudos no marco do Estado democrático de direito**. 2007. 201f. Dissertação (Mestrado em Direito Privado) – Faculdade Mineira de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Biodireito e direito ao próprio corpo: doação de órgãos, incluindo o estudo da Lei n. 9.434/97, com as alterações introduzidas pela Lei n. 10.211/2001**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Biodireito**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2011.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **A capacidade dos incapazes: saúde mental e uma releitura da teoria das incapacidades no direito privado**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; CAMPOLINA PONTES, Maíla Mello. Autonomia privada e o direito de morrer. In: FIUZA, César; SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Direito civil: atualidades III**. Belo Horizonte: Del Rey, 2009. 37-54.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; CAMPOLINA PONTES, Maíla Mello. Da Ficção para a Realidade: em Busca da Capacidade dos Incapazes. In: LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Direitos e fundamentos entre vida e arte**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; CAMPOLINA PONTES, Maíla Mello. A inadequação do conceito de capacidade de fato para legitimar a intervenção junto à autonomia do paciente com Anorexia Nervosa. In: **Anais do XXI Encontro Nacional do CONPEDI/UFU**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012. p. 679-706.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Manual conciso de psiquiatria clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SALZANO, Fábio Tápia; ARATANGY, Eduardo Wagner; AZEVEDO, Alexandre Pinto de; PISCIOLARO, Fernanda; MACIEL, Anny de Mattos Barroso; CORDÁS, Táki Athanássios. Transtornos alimentares. In: MIGUEL, Eurípedes Constantino; GENTIL, Valentim; GATTAZ, Wagner Farid. **Clínica psiquiátrica**. Barueri: Editora Manole, 2011. p. 931-952.

SAMPAIO, Daniel. Doenças do comportamento alimentar. In: CORDEIRO, J. C. Dias. (Org.). **Manual de Psiquiatria Clínica**. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. P. 379-393.

SOARES, Maria Valdiza Rogério. Santidade, jejum e anorexia na História. **Revista Eletrônica História e Reflexão**, Dourados, v.2, n.3, jan/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=soares%2C%20maria%20valdiza%20rog%C3%A9rio.%20santidade%2C%20jejum%20e%20anorexia%20na%20hist%C3%B3ria&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.periodicos.ufgd.edu.br%2Findex.php%2Fhistoriaemreflexao%2Farticle%2Fdownload%2F272%2F234&ei=ASp2T-qVJMG4twe23eD-Dq&usq=AFQjCNELZgmh-3Hnm8uV6hv2AofJyflwTQ>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

STENZEL, Lucia Marques. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos; GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Walmir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 73-81.

SUMEIRA, Thiago Antônio. Reflexões sobre a gestão de negócios. **Revista de Direito Privado**, São Paulo, n. 21, p. 274-286, jan/mar. 2005.

TABORDA, José G. V. Exame pericial psiquiátrico. In: TABORDA, José G. V., ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel. **Psiquiatria Forense**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 52-82.

TABORDA, José G. V.; ABDALLA-FILHO, Elias; MORAES, Talvane M. de; MECLER, Katia. Avaliação da capacidade civil. In: TABORDA, José G. V., ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel. **Psiquiatria Forense**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 205-219.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. A disciplina jurídica da autoridade parental. In: PEREIRA, Rodrigo da Cunha (coord.). **Anais do IV Congresso Brasileiro de Direito de Família**. Família e dignidade humana. Belo Horizonte: IBDFAM, 2006. p. 103-124.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autoridade Parental. In: TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. **Manual de direito das famílias e das sucessões**. Belo Horizonte: Del Rey: Mandamentos, 2008. p. 251-273.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Deficiência psíquica e curatela: reflexões sob o viés da autonomia privada. **Revista Brasileira de Direito das Famílias e das Sucessões**. Porto Alegre, v.10, n.7, p.64-79, dez. 2008/jan.2009.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. Procurador para cuidados de saúde do idoso. In: PEREIRA, Tânia da Silva; OLIVEIRA, Guilherme de. **Cuidado e vulnerabilidade**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 1-16.

UNTERMAN, Alan. **Dicionário judaico de lendas e tradições**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

WEINBERG; Cybelle; CORDÁS, Táki Athanássios. **Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa**. São Paulo: Annablume, 2006.

YA´AR, Chana. Knesset passes new anorexia Law. **Israel National News**, Jerusalem, 20 mar. 2012. Disponível em: <http://www.israelnationalnews.com/News/News.aspx/153937>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

ZVI, Zemishlany; MELAMED, Yuval. The impossible dialogue between Psychiatry and the judicial system: a language problem. **The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, Jerusalem, v.43, n.3, 2006. Disponível em: <http://www.highbeam.com/doc/1P3-1231822581.html>>. Acesso em: 21 mar. 2012.