

## **Sónia Cristina Miranda Cardoso**

Secção Autónoma das Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro

### **Representações sociais dos distúrbios alimentares:**

#### **Resultados de estudo empírico junto a ex-pacientes, familiares e técnicos de saúde**

Resumo: Partindo dos resultados da investigação que serviu de suporte à elaboração da sua Dissertação de Mestrado em Sociologia, a autora pretende apresentar sucintamente as principais conclusões retiradas quanto à forma como os distúrbios alimentares e a sua etiologia são socialmente representados.

A referida investigação centrou-se, concretamente, na análise da forma como perturbações alimentares como a anorexia e a bulímia nervosas e as suas causas são representadas tanto por diferentes grupos de indivíduos, caracterizados por relações de maior ou menor proximidade relativamente a estas doenças, como na opinião pública (portuguesa), considerada como sendo representada pelo discurso que os meios de comunicação social produzem neste domínio.

Os dados empíricos recolhidos a partir da observação indirecta (entrevistas) de ex-pacientes, familiares de pacientes e ex-pacientes destas patologias e de técnicos de saúde, especializados e não especializados na área, e ainda pela constituição de um observatório dos meios de comunicação social, sugerem que, embora os diferentes grupos e a opinião pública apresentem ligeiras diferenças no modo como representam a anorexia e a bulímia nervosas e a sua etiologia, parece existir uma representação comum, global, que se fundamenta no discurso que a ciência médica produz sobre o assunto.

### **1. Introdução**

Os distúrbios alimentares são doenças graves do foro psíquico, que resultam tanto da atribuição de uma importância excessiva à imagem corporal que, geralmente, se encontra deturpada, como de um medo intenso de engordar, resultante do facto de os indivíduos se julgarem a si próprios com base predominantemente na aparência física. Estas perturbações manifestam-se por comportamentos alimentares anómalos e incorrectos, que se caracterizam, num extremo e em continuum, pela obesidade, realização de dietas (redução da ingestão alimentar) e adopção de forma consistente, sistemática e exagerada de cuidados excessivos e desequilibrados com a alimentação, dando origem, num outro extremo, a situações de anorexia e bulímia nervosas.

Concretamente em relação a estas duas patologias (anorexia e bulímia nervosas), apesar dos notáveis progressos obtidos no seu diagnóstico e tratamento, a sua origem não é ainda muito bem conhecida. Sabe-se, no entanto, ser necessário existir um conjunto multideterminado e complexo de circunstâncias para que um indivíduo que se empenha numa dieta de emagrecimento se transforme num anoréctico ou num bulímico (Gerlinghoff, 1997: 19, 65). Um aspecto que se destaca neste domínio é o de que, embora uma pluralidade de factores possa contribuir para o desenvolvimento do distúrbio alimentar, a sua origem parece estar relacionada ou depender da existência de uma predisposição individual, biológica ou genética. Só assim se explica, segundo vários autores, que da enorme quantidade de pessoas que actualmente fazem dieta e têm preocupações com o corpo, apenas uma ínfima parte, não representativa, acabe por desenvolver este tipo de patologia.

Dada a sua natureza complexa e multideterminada, os distúrbios alimentares têm suscitado o interesse de várias áreas científicas que tentam explicá-los e à sua etiologia. Como consequência, estas patologias têm sido estudadas, definidas e caracterizadas, embora sob diferentes aspectos ou perspectivas, tanto por correntes científicas representantes das ciências sociais (como a sociologia ou a teorização feminista), como pelos diferentes ramos científicos enquadráveis no discurso da ciência médica, especialmente em áreas do saber como a psiquiatria, a psicologia clínica ou, ainda, pela endocrinologia, o nutricionismo ou a saúde pública. Contudo, o facto de serem estas ciências as principais responsáveis pelo acompanhamento terapêutico das perturbações do comportamento alimentar, faz com que estas patologias surjam circunscritas, quase exclusivamente, no âmbito dos seus quadros conceptuais e explicativos.

Uma primeira abordagem aos distúrbios alimentares e sua etiologia, consistindo na exploração e recensão de bibliografia sobre o assunto, permitiu constatar que muitos dos estudos que servem de suporte ao enquadramento teórico destas patologias e da sua natureza etiológica, embora explorem uma série de importantes correlações psico-sociais da definição, caracterização e etiologia dos distúrbios alimentares, apresentam algumas limitações, traduzidas, por exemplo:

1. Na ausência de estudos, quer produzidos por ciências como a psiquiatria, a psicologia, ou pela ciência médica, quer por ciências sociais, como a sociologia, onde seja abordada a problemática das representações dos distúrbios alimentares e os elementos que as influenciam, tais como a sua construção por parte de diferentes grupos.

Os estudos existentes sobre distúrbios alimentares debruçam-se, na sua grande maioria, sobre a sua caracterização e etiologia, não analisando, por exemplo, a importância exercida por outros aspectos, importantes do ponto de vista social e/ou sociológico. Trata-se de abordagens produzidas sobretudo pelas correntes da ciência médica que, apesar de perspectivarem a importância de factores socioculturais na etiologia dos distúrbios alimentares, continuam a relegá-los para um papel ou posição secundárias, assim como às ciências sociais enquanto capazes de produzir explicações igualmente válidas neste domínio.

2. Na relativa ausência de investigações no quadro da produção sociológica recente, tanto sobre os distúrbios alimentares em geral, como sobre as suas representações. A produção de teoria sociológica sobre o corpo, a sua importância e papel na sociedade, embora relativamente vasta, continua a revelar uma ausência de trabalhos que tratem de forma abrangente os distúrbios alimentares e a sua etiologia, sem cair numa visão reducionista da mesma, que a relaciona apenas com factores de ordem sociocultural ou, como na teorização feminista, com a condição feminina em sociedade.

3. No facto de, em termos etiológicos, as diferentes explicações dos distúrbios alimentares (da sociologia e das restantes ciências) tenderem a apresentar uma separação clara entre diferentes tipos de factores causais (etiológicos), embora alguns estudos (da psiquiatria, psicologia, etc.) avaliem a importância de factores socioculturais.

Perante tais insuficiências, considerou-se cientificamente pertinente e sociologicamente interessante abordar os distúrbios alimentares partindo de uma perspectiva inovadora, centrando a análise, não na caracterização destas patologias e dos seus contornos (diagnóstico, incidência, prevalência, identificação de causas, etc.), mas no modo como os indivíduos, inseridos em diferentes contextos de relação com as referidas perturbações, as representam ou percebem e à sua etiologia. Procurava-se saber, em concreto, de que modo o contexto social de construção de representações dos distúrbios alimentares se relaciona com a elaboração de diferentes perspectivas sobre estas doenças e a sua etiologia.

O interesse por esta perspectiva de análise levou à colocação da questão de partida da investigação, expressa da seguinte forma: *Poderá o contexto de construção de representações sobre os distúrbios alimentares estar relacionado com a elaboração de diferentes perspectivas quanto à etiologia destas doenças?*

Tomando por referência o objectivo central anteriormente definido e circunscrevendo o estudo concretamente à análise de dois tipos particulares de distúrbio, a anorexia e a bulímia nervosas, procurou-se, concretamente: 1. conhecer as representações dos distúrbios alimentares e sua etiologia em grupos particulares de sujeitos e na opinião pública em geral; 2. analisar a variabilidade das representações dos distúrbios alimentares em função dos diferentes grupos definidos; 3. apresentar e discutir criticamente as diferentes propostas explicativas da etiologia dos distúrbios alimentares construídas pelos diferentes grupos e pela opinião pública; 4. analisar o modo como as referidas propostas etiológicas se relacionam com o grau de proximidade (contexto social) dos grupos relativamente ao fenómeno; e 5. avaliar a influência do discurso produzido pela ciência médica nas representações dos distúrbios alimentares em geral e da sua etiologia em particular.

A opção de cingir a investigação concretamente à análise destes dois tipos particulares de distúrbio prendeu-se com a consideração de que estas patologias, por (i) serem aquelas sobre as quais recaí maior número de estudos e, conseqüentemente, um conhecimento mais aprofundado e por (ii) serem, igualmente, as que revelam maior incidência na população portuguesa, são as que melhor e mais consistentemente estão representadas quer na opinião pública em geral, quer em grupos particulares de indivíduos.

A compreensão das representações construídas e das significações atribuídas socialmente aos distúrbios alimentares e, mais propriamente, à anorexia e bulímia nervosas, e à sua etiologia, tornou necessário o recurso à teoria das representações sociais e a sua articulação com o objecto de estudo da investigação.

## **2. Teoria das representações sociais e distúrbios alimentares**

O conteúdo do conceito de distúrbio alimentar decorre de uma construção social pela qual o distúrbio se transforma numa entidade dotada de determinadas características e relações causais, isto é, num objecto sobre o qual se partilham significados e efeitos culturalmente produzidos. Assim, tal como os restantes objectos sociais, os distúrbios alimentares são igualmente um objecto, ao qual se tem acesso através de representações, dado serem construídos socialmente, por diferentes grupos de sujeitos, em momentos distintos de tempo. Representá-los não corresponde, por isso, a um acto passivo, ou a um mero reflexo

daquilo que existe em sociedade sobre este objecto, mas pressupõe a existência de uma influência recíproca entre o mesmo e o meio sociocultural onde eles se inserem.

Por possuírem características próprias dos objectos sociais, os distúrbios alimentares podem ser estudados com recurso à teorização social e, nomeadamente, à teoria das representações sociais.

Considera-se que foi Denise Jodelet a investigadora responsável pela definição do conceito de representação social mais amplamente divulgado. Segundo a autora, uma representação social é “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo um alcance prático e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (cit. de Jodelet, 1989: 36, *in* Valentim, 1997). Foi este o conceito adoptado no contexto desta investigação, de acordo com o qual se considerou que o distúrbio alimentar é, também, um conhecimento produzido e partilhado socialmente, que serve de “pano de fundo”, de realidade comum a um determinado conjunto de indivíduos, e que possui ainda a capacidade de moldar, ou (en) formar as suas (inter) acções relativamente a este objecto.

As representações sociais são construções realizadas em sociedade, sobre os objectos sociais, que servem de elementos de interpretação e explicação da realidade e que ancoram em configurações e modelos culturais aos quais se encontra ligada a sua dinâmica.

Trata-se de “sistemas de representação”, de conjuntos estruturados de conceitos, imagens e significados que se formam nos pensamentos dos indivíduos, permitindo-lhes referirem-se às coisas do mundo real, mediante a sua organização e classificação. Deste modo, as coisas – objectos, pessoas, conhecimentos e acontecimentos da realidade – não têm em si próprias nenhum significado fixo, final ou verdadeiro. Este é-lhes atribuído pelos indivíduos em sociedade, sendo condicionado pela cultura, pelo período histórico e pelas mutações que ocorrem na dinâmica dos grupos e das relações que os mesmos estabelecem entre si.

Assim, as representações são sociais porque (a) emergem num dado contexto social; (b) são elaboradas a partir de quadros de apreensão que fornecem os valores, as ideologias e os sistemas de categorização social partilhados pelos diferentes grupos; (c) se constituem e circulam através da comunicação social; (d) reflectem as relações sociais, ao mesmo tempo que contribuem para a sua produção; (e) organizam a realidade de forma significativa; (f)

explicam e orientam os comportamentos individuais diferenciando-os e aos respectivos grupos que os produzem; (g) e, finalmente, criam identidades sociais que são apropriadas pelos sujeitos.

A função prático-social da figuração e da organização significativa da realidade torna as representações sociais, a nível simbólico, numa espécie de programadoras da interpretação do mundo, assim como orientadoras de comportamentos e práticas sociais. Neste sentido, Vala (1986) refere-se a elas como “teorias sociais práticas”, por serem construídas na interacção e na comunicação quotidiana e contribuírem para a orientação de práticas e para a constituição das relações sociais e dos seus enquadramentos institucionais.

As representações sociais não existem sem sujeito e sem objecto específico. São sempre representações elaboradas por alguém sobre qualquer coisa e exprimem uma síntese entre ambos: sujeito (que constrói) e objecto (que é apreendido e representado).

Tal como todo o conhecimento produzido socialmente, as representações sociais são geradas mediante processos que possuem um carácter sóciocognitivo, onde as regulações sociais normativas são imanentes ao funcionamento cognitivo. Elas são criadas na confluência entre (a) configurações sócio-estruturais expressas em posições sociais e em valores, normas e instituições de que os indivíduos são portadores e (b) reelaborações significativas do objecto, produzidas pelos indivíduos nas interacções sociais, durante os processos de comunicação, fruto das dinâmicas situacionais do quotidiano e das experiências vividas (Farr e Moscovici, 1984; Valentim, 1997).

Aplicando o que foi anteriormente referido à problemática desta investigação, pode-se afirmar que os distúrbios alimentares e, mais propriamente a anorexia e a bulimia nervosas, enquanto objectos de representação, são elaborados por diferentes grupos de sujeitos, exprimindo “uma síntese entre ambos”, isto é, entre actores construtores de representações – por exemplo, pacientes e ex-pacientes destas patologias, seus familiares e técnicos de saúde especializados e não especializados nesta área - e objecto de representação – distúrbios alimentares (anorexia e bulimia nervosas). Para além disso, cada um dos grupos que se relaciona com a doença, cria a sua própria “versão” da mesma, a qual partilha com os demais. Assim, as representações da anorexia e da bulimia nervosas resultam, também, do “intercâmbio e partilha de um conjunto de interpretações ou símbolos” entre diferentes grupos, derivando da interacção que estes estabelecem entre si. Tratando-se de doenças

mentais, pode-se considerar que as representações sobre a anorexia e a bulímia nervosas, tal como acontece com as restantes representações sobre estas doenças, resultam da partilha de conceitos e experiências “dos médicos, profissionais e leigos” e estão associadas com as da restante população (Farr e Moscovici, 1984; Cardoso, 2002).

Uma das perspectivas de análise das representações sociais parte do estudo de grupos cujo posicionamento social envolve uma relação particular com o objecto de representação, considerando-se que formas específicas de produção de significado sobre esse mesmo objecto são influenciadas pela posição social desses grupos, pelos valores e práticas que lhe estão associados e pela sua relação particular com o objecto de representação. Partindo desta perspectiva de análise, pode-se considerar que a construção de representações sobre os distúrbios alimentares – anorexia e bulímia nervosas – depende não só da troca de significados dos mesmos entre diferentes grupos mas, igualmente, da posição mais ou menos próxima que cada um destes estabelece relativamente ao fenómeno.

Deste modo, a abordagem e contextualização do objecto de representação distúrbio alimentar deve ser entendida e apreendida tendo por referência não só os sistemas de conceitos e imagens construídos por diferentes grupos neste domínio (constituídos pelos conhecimentos e percepções dos distúrbios alimentares), mas igualmente o seu posicionamento relativamente à vivência e experiência da doença e as interações que os mesmos estabelecem entre si (Farr e Moscovici, 1984; Cardoso, 2002).

### **3. Pesquisa Empírica**

A questão inicial da investigação ajudou a delinear de forma geral o objecto que se pretendia observar, centrando a análise no modo como grupos particulares de sujeitos, partilhando de maior ou menor grau de proximidade relativamente às perturbações do comportamento alimentar, constroem representações sobre as mesmas e, mais propriamente, sobre a sua natureza etiológica. Por seu turno, as hipóteses de estudo colocadas, nomeadamente a hipótese central, permitiram definir com maior rigor esse mesmo objecto, ou seja a população a partir da qual se desenharam os grupos considerados pertinentes para a observação:

*Grupo I – Ex-pacientes ou indivíduos recuperados de situações de distúrbio alimentar*

A opção de observar os ex-pacientes e não os pacientes de situações de anorexia ou bulímia nervosas prendeu-se com o facto de se considerar que os primeiros, por se encontrarem relativamente afastados da vivência do problema, seriam menos influenciados, nos seus discursos, por elementos de carácter subjectivo (sentimentos, emoções, etc.). Como tal, estariam em condições de relatar mais objectiva e concisamente os acontecimentos, garantindo, conseqüentemente, a fiabilidade dos dados, sujeitos a menores riscos de enviesamento.

*Grupo II: Familiares de pacientes e ex-pacientes*

A observação destes sujeitos tornou-se pertinente por se considerar constituírem um grupo de “informadores privilegiados” dentro desta temática. Devido à experiência directa da doença (passada ou presente), os familiares de pacientes ou ex-pacientes de distúrbios alimentares possuem um conhecimento aprofundado sobre alguns dos seus aspectos, nomeadamente sobre o modo como as famílias experimentam e vivenciam a situação de distúrbio e as estratégias que elaboram no sentido de lidar com o problema. Por outro lado, a análise dos seus discursos visou permitir complementar algumas das informações recolhidas junto do grupo anterior (ex-pacientes) e, igualmente, comparar as representações construídas por ambos os grupos relativamente à doença e às suas causas.

*Grupo III – Técnicos de Saúde*

Embora não vivenciem os distúrbios da mesma forma que os grupos anteriores (ex-pacientes e familiares de pacientes e ex-pacientes), os técnicos de saúde, enquanto representantes da ciência médica, detêm um conhecimento científico e académico privilegiado neste domínio, que lhes permite a produção de um discurso mais rigoroso, enformado pelo das áreas científicas empenhadas no diagnóstico e tratamento destas doenças (psiquiatria, psicologia, endocrinologia, etc.), constituindo, por isso, um grupo de “informantes privilegiados”.

Com a sua observação pretendeu-se alcançar vários objectivos, relacionados não só com a análise da forma como constroem os seus discursos sobre a doença, ou as representações que têm dela e das suas causas, mas também do modo como as suas narrativas são condicionadas pelo facto de possuírem, ou não, formação específica na área das perturbações do comportamento alimentar.

Para além destes objectivos, e no que diz respeito concretamente à análise dos técnicos de saúde especializados, procurou-se averiguar se o facto de pertencerem à área científica responsável, por assim dizer, pela “monopolização” social da produção de explicações sobre os distúrbios alimentares, condiciona o modo como perspectivam a capacidade de outras áreas, não especializadas (como as ciências sociais, por exemplo), produzirem igualmente abordagens explicativas neste domínio.

Para além da observação dos referidos grupos, e de modo a analisar a forma como os distúrbios alimentares são também reproduzidos em sociedade, decidiu-se constituir um observatório dos meios de comunicação social (imprensa e canais televisivos nacionais), partindo do pressuposto de que, embora não traduzam necessariamente a opinião do público em geral, constituem um meio de reconstituição das representações que são elaboradas, no âmbito da sociedade portuguesa, sobre os distúrbios alimentares.

A análise do discurso dos media permite compreender a existência de determinadas imagens (ideias, representações) na opinião pública sobre este tipo de patologias e os factores que as condicionam.

Por outro lado, ao veicular muitas das ideias tecidas pelos diferentes grupos de sujeitos directa ou indirectamente envolvidos com os distúrbios alimentares, o discurso dos media surge como forma de mediação entre esses mesmos grupos e a opinião pública em geral. Deste modo, os media podem ser encarados como actores sociais, capazes de produzir discursos sobre determinados assuntos, como aquele que se encontra a ser problematizado, os quais podem ser comparáveis aos elaborados por outros actores.

O trabalho de campo da investigação organizou-se, assim, em torno da análise de três grandes áreas de produção social de conhecimento e de representações sobre perturbações do comportamento alimentar: a pessoal (dos familiares e ex-pacientes); a técnica (representada pelos técnicos de saúde); e a pública (dos media).

A análise das duas primeiras áreas definidas realizou-se mediante a observação (indirecta) de uma amostra não probabilística e não representativa da população em estudo, constituída pelos grupos de indivíduos que, de forma mais ou menos directa ou pessoal, se relacionam com distúrbios alimentares como a anorexia e a bulímia nervosas (Grupos I, II e III).

Dada a natureza do objecto de estudo e as especificidades dos grupos a observar, a amostra foi construída de forma progressiva e intencional (combinação de amostra intencional e de amostra em bola de neve), totalizando dezoito elementos.

Devido às dificuldades sentidas, primeiro em contactar ou travar conhecimento e, posteriormente, em conseguir com que as pessoas se dispusessem a falar sobre as suas experiências, o Grupo I (ex-pacientes) foi formado apenas por quatro elementos, todos do sexo feminino (três ex-anorécticas do tipo restritivo e uma ex-anoréctica de tipo bulímico), com idades compreendidas entre os dezoito e os vinte e seis anos de idade, cujos distúrbios se haviam desenvolvido, em média, por volta dos treze, catorze anos de idade.

Em relação ao Grupo II (familiares de indivíduos recuperados ou em recuperação de distúrbios alimentares) os obstáculos anteriores, embora presentes, não se fizeram sentir de forma tão acentuada, pelo que se conseguiu reunir um maior número de elementos, mais precisamente seis, distribuídos por dois grupos diferentes (constituídos, cada um, por três elementos): o composto por pais de ex-pacientes (respectivamente, uma ex-anoréctica-bulímica e dois ex-anorécticos do tipo restritivo, um dos quais do sexo masculino); e o constituído por pais de pacientes em fase de recuperação (dois anorécticos-bulímicos, um do sexo feminino e outro do sexo masculino, e uma anoréctica do tipo restritivo).

O Grupo III (técnicos de saúde), foi composto por oito elementos, seis especializados na área dos distúrbios alimentares e dois não especializados, tendo sido, por isso, dividido em dois subgrupos (A e B).

O primeiro foi constituído por especialistas pertencentes às equipas das consultas de psiquiatria dos três únicos hospitais nacionais onde se facultam serviços vocacionados especificamente para o acompanhamento e tratamento das doenças do comportamento alimentar (Hospital de Santa Maria, em Lisboa; Hospital de São João, no Porto; e Hospitais da Universidade de Coimbra), mais precisamente por três médicos psiquiatras (dois directores clínicos dos serviços de consultas de perturbações do comportamento alimentar, respectivamente, do Hospital de São João, no Porto, e dos Hospitais da Universidade de Coimbra; e uma psiquiatra do serviço de consultas do Hospital de Santa Maria, em Lisboa), uma endocrinologista, (também do serviço de consultas do Hospital de Santa Maria) e a duas psicólogas clínicas (do serviço de consultas dos Hospitais da Universidade de Coimbra).

O segundo foi constituído por dois técnicos, um médico de clínica geral que, para além de exercer num consultório particular, era médico de família no Centro de Saúde local, e um psicólogo clínico, que também exercia as suas funções num consultório particular. Ambos residiam e exerciam as suas funções em meio (semi) rural, numa vila do centro litoral do distrito de Coimbra.

Os dezoito elementos constitutivos dos três grupos foram observados mediante a aplicação de entrevistas pouco estruturadas e directivas, que foram realizadas pessoalmente, entre Outubro de 2000 e Fevereiro de 2001, tendo decorrido em várias regiões do país (Norte – Porto, Gaia e São João da Madeira; Centro – Coimbra e Mira, um dos Concelhos do Distrito de Coimbra; e Sul – Lisboa).

Tendo em vista a análise daquela que foi considerada a terceira área de produção de conhecimento e, necessariamente, de representações dos distúrbios alimentares, a esfera pública, representada pelos mass media, foi constituído um observatório dos meios de comunicação social, compreendendo, por um lado, um observatório de imprensa e, por outro, um observatório dos canais televisivos nacionais.

A análise de imprensa foi realizada a partir da observação de algumas publicações da imprensa escrita portuguesa constituídas, ao todo, por vinte e cinco revistas e nove jornais diferentes, embora apenas duas tenham sido alvo de uma observação mais sistemática – o jornal semanário *Expresso*, e a respectiva *Revista*, e o jornal diário *O Público* e a sua revista semanal *Pública* – por se ter considerado tratar-se de publicações que, pela sua credibilidade junto da opinião pública portuguesa, pelo seu alargado âmbito informativo e sua ampla tiragem, constituem referências dominantes na nossa sociedade, funcionando como padrões dentro da sua categoria. Em relação às restantes publicações e devido à impossibilidade de, em termos de recursos materiais e de tempo, se poder proceder a uma recolha e análise com o mesmo carácter, procedeu-se a uma abordagem não-sistemática. Foram recolhidos todos os textos, de vários tipos e formatos (incluindo reportagens, artigos de opinião, crónicas, notícias breves, etc.), considerados pertinentes para a observação, publicados entre Março de 1995 e Maio de 2001.

A análise dos programas televisivos, realizada com o intuito de aferir o modo como as patologias em estudo eram representadas por este meio de comunicação social, foi realizada a partir do visionamento de três trabalhos jornalísticos que versaram directamente o tema dos

distúrbios alimentares e que foram transmitidos, respectivamente, por três canais da televisão portuguesa (SIC, RTP2 e TVI), no período compreendido entre Julho de 1999 e Janeiro de 2001.

Dada a natureza dos dados reunidos e dos métodos usados na sua recolha, o tratamento da informação foi realizado com recurso a técnicas de análise de conteúdo qualitativa, que permitiram sistematizar e ordenar os resultados através da constituição de categorias de análise permitindo, assim, a construção de uma perspectiva abrangente de todos os assuntos abordados tanto pelos diferentes grupos observados, como pelos meios de comunicação social.

#### **4. Conclusões**

Os resultados do trabalho de campo permitiram retirar algumas conclusões gerais relativamente às representações sociais dos distúrbios alimentares e sua etiologia:

##### *Os discursos dos diferentes grupos*

Os discursos dos ex-pacientes e dos familiares, mais condicionados por elementos subjectivos, são menos abstractos, rigorosos e estruturados relativamente à abordagem e descrição do distúrbio e da sua etiologia. São, ainda, mais descritivos, pormenorizados e extensos, fundamentados na caracterização dos aspectos subjectivos da doença e, também, dotados de um menor rigor científico.

O discurso dos familiares apresenta, contudo, algumas diferenças relativamente ao dos ex-pacientes. Trata-se de um discurso mais influenciado pelo da ciência médica, composto frequentemente por alguns dos principais conceitos e pressupostos que compõem a explicação clínica destas perturbações, nomeadamente a afirmação da actuação predominante de factores de ordem individual e/ou familiar e da relatividade da actuação de factores “exteriores” ou socioculturais.

O discurso dos técnicos de saúde é mais abrangente, crítico, conciso e objectivante, baseado quer em dados científicos, quer na experiência clínica. Reflecte, como seria de esperar, a abordagem da ciência médica, estruturada a partir de premissas-chave que caracterizam os distúrbios como situações clínicas graves e complexas, relacionadas com a

presença de uma vulnerabilidade biológica, activada por vários contextos de factores (multideterminação), onde sobressai a actuação dos de ordem individual, psicobiológica e familiar. A actuação de factores socioculturais é vista como dependendo sempre da intervenção de elementos de natureza individual, psicobiológica e familiar.

O discurso dos meios de comunicação social reflecte, em grande parte, o produzido pela ciência médica. Excepções, ainda que pouco representativas, são constituídas pelas considerações tecidas sobre a incidência do fenómeno e a influência de factores socioculturais que, ao contrário do que é afirmado pelos clínicos, apontam para um aumento “preocupante” das situações de distúrbio, assim como para uma maior relevância de contextos socioculturais ao nível da sua etiologia.

#### *A influência das explicações e representações médicas*

Em relação concretamente à influência das explicações e representações médicas nos discursos dos vários grupos observados e no da opinião pública, pode-se afirmar que a mesma parece depender do maior ou menor grau de contacto com o fenómeno o que, por sua vez, torna os indivíduos mais ou menos permeáveis a e interessados nas explicações médicas e científicas.

Os ex-pacientes, entre os quais se esperaria uma maior curiosidade acerca da dinâmica e das características destas doenças, parecem menos interessados em procurar este tipo de informações. Quando se referem às possíveis causas da precipitação dos distúrbios, enunciam as que julgam ter actuado nos seus casos pessoais (individuais psicobiológicos, e familiares). Reconhecem, mais facilmente que os restantes grupos, a actuação concomitante, a nível etiológico, de factores “externos” ou socioculturais.

Os familiares demonstram um maior interesse pelas explicações médicas, às quais recorrem por duas razões principais: por um lado, estas explicações ajudam-nos a aceitar melhor o facto de os filhos terem desenvolvido uma doença psiquiátrica com contornos tão graves e complexos; por outro, permitem-lhes compreender melhor a doença. Por isso, não é de estranhar a maior resistência à consideração da actuação de factores “exteriores” ou socioculturais na etiologia dos distúrbios alimentares.

Quanto ao discurso dos meios de comunicação social, pode-se afirmar que, embora recorram frequentemente aos quadros conceptuais das ciências médicas, também procedem a

uma análise mais particularizada dos factores e contextos socioculturais no precipitar das perturbações do comportamento alimentar.

*Representações da etiologia dos distúrbios alimentares*

As representações etiológicas sobre os distúrbios alimentares são condicionadas, em graus diferentes, pelas construídas pela ciência médica, podendo-se afirmar que quanto maior a influência do discurso e conhecimento científicos (ciência médica), menor a capacidade dos sujeitos para incorporar na sua explicação etiológica elementos “exteriores” ou socioculturais. Um exemplo desta influência é visível nas explicações produzidas pelos grupos sobre a bulímia nervosa, em que a existência de um discurso menos estruturado por parte da ciência médica, propiciado por um conhecimento científico menos consistente, promove uma maior permeabilidade a explicações de natureza sociocultural. Por seu turno, quanto menos estruturado e fundamentado o conhecimento sobre determinados aspectos de um distúrbio, como o da sua etiologia, maior será a permeabilidade a admitir a actuação de factores exteriores.

*Uma representação global dos distúrbios alimentares*

Apesar das diferenças registadas entre grupos relativamente à forma como representam os distúrbios alimentares e a sua etiologia, parece existir uma representação comum, global, fundamentada no discurso da ciência médica. Esta situação evidencia um elevado grau de enraizamento das explicações médicas na sociedade em geral.

Contudo, e em resposta à questão de partida da investigação, pode-se afirmar, com base na constatação de ligeiras diferenças quanto à forma como os distúrbios e a sua etiologia são representados pelos diferentes grupos de sujeitos, e apesar da forte influência de um discurso marcadamente fundamentado na ciência médica, que o contexto de construção de representações sobre os distúrbios alimentares se relaciona com as características específicas de cada grupo e, conseqüentemente, com a forma como perspectivam a natureza etiológica destas perturbações e, em particular, a influência aí exercida por factores socioculturais.

### **Referências Bibliográficas**

Cardoso, Sónia (2002), *Representações sociais dos distúrbios alimentares: Estudo empírico junto a ex-pacientes, familiares e técnicos de saúde*. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Farr, Robert M.; Moscovici, Serge (orgs.) (1984), *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press. Vol. XVIII: European Studies in Social Psychology.

Gerlinghoff, Monika; Backmund, Herbert (1997), *Anorexia e bulímia*. Lisboa: Editorial Presença.

Vala, Jorge (1986), “Sobre as representações sociais – para uma epistemologia do senso comum”, *Cadernos de Ciências Sociais*, 4. Porto: Afrontamento.

Valentim, Artur José Gomes (1997), *Representações sociais da droga e da toxicoddependência: Um estudo empírico na Península de Setúbal, junto de párocos e médicos*. Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.