



UNESP - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“Júlio de Mesquita Filho”

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da
Faculdade de Ciências**

Fabiana Neme Nogueira Ramos

VIVÊNCIAS DE ADOLESCENTES ANORÉXICAS

BAURU

2009



FABIANA NEME NOGUEIRA RAMOS

VIVÊNCIAS DE ADOLESCENTES ANORÉXICAS

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração Comportamento e Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Sandra Leal Calais.

BAURU

2009

DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO
UNESP – Campus de Bauru

Ramos, Fabiana Neme Nogueira.

Vivências de adolescentes anoréxicas /

Fabiana Neme Nogueira Ramos, 2009.

75 f. : il.

Orientadora: Sandra Leal Calais

Dissertação (Mestrado)– Universidade
Estadual Paulista. Faculdade de Ciências,
Bauru, 2009.

1. Anorexia. 2. Adolescência. 3.
Fenomenologia. I. Universidade Estadual

Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

FABIANA NEME NOGUEIRA RAMOS

VIVÊNCIAS DE ADOLESCENTES ANORÉXICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem
como requisito à obtenção do título de mestre em
Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem.
Área de concentração: Comportamento e Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Sandra Leal Calais

Prof.^a Dra. Líliam D'Aquino Tavano

Prof.^a Dra. Tânia Gracy Martins do Valle

Bauru, 17 de fevereiro de 2009

DEDICATÓRIA

A Deus por estar presente em todos os momentos de minha vida permitindo que tudo de melhor ocorra sempre.

Aos meus queridos pais por me incentivarem e subsidiarem recursos materiais e psicológicos durante todos os anos de estudo.

À minha mãe que me acompanhou em todas as minhas viagens em busca de participantes para a pesquisa.

Ao meu querido marido que se dedicou a mim e incentivou-me durante minhas viagens e dias em que fiquei longe de casa, além de me incentivar sempre para que eu possa ser uma profissional melhor preparada.

Às minhas irmãs que sempre estavam presentes em todos os momentos de minha vida.

À minha orientadora que sempre com muito carinho me acolheu transmitindo sua competência.

À minha tia e Prof.^a Dra. Carmen Maria Bueno Neme pelo seu brilhante incentivo, dedicação e orientações prestadas para a realização deste trabalho, que além de estar nos bastidores torcendo por mim, me auxiliou demais para que eu me aprofundasse no método fenomenológico para melhor captação das vivências das adolescentes.

AGRADECIMENTOS

À FAPESP, pelo apoio financeiro que ofereceu à pesquisa, fornecendo subsídios financeiros ao longo de todo o trabalho, possibilitando minha dedicação.

Ao Prof.º Dr. Manoel Antonio dos Santos que me auxiliou na busca de participantes para a pesquisa, me apresentando o GRATA e também me orientando em alguns pontos sobre o transtorno, por ser um profissional muito competente e com anos de experiência com essas pacientes.

Às adolescentes e seus pais que autorizaram a participação no trabalho, que confiaram em mim e no trabalho realizado, compartilhando suas vivências comigo.

Aos profissionais do GRATA, que me acolheram com enorme prazer me apresentando as pacientes e possibilitando que eu entrasse em maior contato com o trabalho realizado por eles.

À nutricionista Marina do GRATA, que me auxiliou com dados dos prontuários das pacientes aos quais eu não tinha acesso.

Às nutricionistas das clínicas particulares que me cederam o espaço e que gentilmente me apresentaram suas pacientes com diagnóstico de anorexia para que eu pudesse realizar as entrevistas.

À psicóloga Ivete Maria Pícaro, do CAPSI I de Bauru, que me acolheu e me auxiliou durante o tempo que estive lá em busca de pacientes com diagnóstico de anorexia.

“Contemplar a si mesmo no espelho, mergulhar em seu sigilo interior, explorar seu potencial infinito e surpreender-se, ao descobrir que a maior de todas as crises é aquela gerada, criada e alimentada pelo próprio homem.

O antídoto para esta crise, porém, consiste em se conhecer, enriquecer conhecimentos, somar experiências, ousar, avançar, crescer, vencer e continuar crescendo, sabendo que o homem é sempre capaz de seguir avante, desafiando seus próprios limites e superando a si mesmo”.

Carlos Wizard Martins (2001, p. 33)

RESUMO

RAMOS, F.N.N. **Vivências de adolescentes anoréxicas.** 75 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Bauru, 2009.

A anorexia é um transtorno alimentar que traz graves prejuízos à saúde e ao desenvolvimento físico e emocional das pessoas doentes, além de poder levar à morte. Apresentando crescente incidência desde a segunda metade do século XX, a anorexia está relacionada às exigências estéticas ocidentais modernas que privilegiam a magreza e o culto ao corpo, sendo mais comum em mulheres jovens e adolescentes. Dentre os sintomas da anorexia encontram-se a restrição alimentar, perda de peso acentuada, problemas gastrintestinais, amenorréia, entre outros. Uma característica bastante presente entre as adolescentes anoréxicas é a percepção distorcida de si e de sua imagem corporal, no entanto, há poucas pesquisas na literatura que revelam como essas adolescentes vivenciam e dão significados às suas experiências. O presente trabalho teve por principal objetivo compreender a vivência de adolescentes anoréxicas numa abordagem fenomenológica, buscando abordar os aspectos subjetivos do fenômeno e, desta forma, contribuir para aprofundar sua compreensão e incrementar as possibilidades terapêuticas de pacientes com esta enfermidade. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, gravadas em áudio, com nove adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 16 a 22 anos de idade, diagnosticadas com o transtorno de anorexia nervosa de tipo restritivo e bulímico. O roteiro de entrevista conteve questões disparadoras dos relatos, abordando a visão do corpo; as relações familiares (adolescente x mãe; adolescente x pai; adolescente x irmãos); a autopercepção e os cuidados com o corpo. Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas para posterior análise destacando-se as vivências relatadas em categorias temáticas e sínteses compreensivas dos significados atribuídos pelas adolescentes às suas experiências, de acordo com os objetivos do estudo. Os principais resultados encontrados revelam vivências de ansiedade e angústia frente a um corpo percebido como obeso, de forma incompatível com os dados de realidade. Tais vivências resultaram em diversas estratégias visando ao emagrecimento e à obtenção de um corpo idealizado. A alimentação é vivenciada como desagradável, gerando sentimentos de culpa, temores e aflições, pela possibilidade de engordar e a saúde é concebida como sinônimo de magreza, independentemente de sintomas desagradáveis gerados pela restrição alimentar e indução de vômitos. As relações familiares são mais próximas com as mães, revelando dependência afetiva e co-dependências, dificultando o desenvolvimento da independência e autonomia das adolescentes. As figuras paternas são percebidas como inseguras; dependentes e ausentes, embora sem manifestações de grandes conflitos e a consideração, por algumas entrevistadas, de que, apesar dessas características negativas dos genitores, há afeto e um bom relacionamento. A relação com os irmãos é percebida como sem conflitos e, nesta amostra, revelou-se que há melhor relação com irmãos do sexo masculino do que com os do sexo feminino. As relações familiares, de modo geral, revelaram a existência de conflitos e de confusão de papéis na configuração familiar, prejudicando o desenvolvimento da personalidade das adolescentes, especialmente considerando-se o triângulo mãe-pai-adolescente.

Palavras-chave: **anorexia, adolescência, vivências, fenomenologia.**

ABSTRACT

RAMOS, F.N.N. **Experiences of anorexic adolescents.** 75 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Campus de Bauru, 2009.

Anorexia is an eating disorder that brings serious injuries to the health, physical and emotional development of the sick one and can lead to death. With the incidence growing since half of the 20th century, anorexia is related to the modern occidental esthetics patterns, which gives more importance to skinny bodies and worships the body, being more common in teenagers and young women. The most found symptoms are eating restrictions, weight loss, gastrointestinal problems, amenorrhea, and others. A very present fact in the anorexic teens is the disturbed perception of themselves and their bodies, although there are few researches that reveal how these girls live and give meanings to their experiences. The main objective of this present work is to comprehend the anorexic girl's lives in a phenomenological way, trying to study the subjective phenomenon to contribute to understand what happens with those girls and find better therapy possibilities to help those patients. For the results, it was used semi structured interviews, audio recorded, with 9 adolescents of the female gender, between the ages of 16 and 22 years old, which had diagnosed with the bulimic and the restrictive nervous anorexia disorder. The questions were based in how they saw their bodies, the family relationship (with the parents and siblings); the auto perception and the care with their bodies. The answers were analyzed with the living life as they related to the thematic category meanings given by the same girls to their experiences, according the studies objective. The main results found reveal a life of anxiety and anguish facing a body seen as fat, which doesn't show the reality. Those lives resulted in many strategies wishing a skin and idealized body. The eating habits are seen as unpleasant, generating guilt, scare and pain, because of the simple thought of gaining weight. Health means being skinny, even if the have to starve and vomit. Those girls have a closer relationship with their mothers, revealing affective dependency, which difficult their maturity and autonomy. The fathers are seen as insecure, absent and dependents, even though there is not manifestation of big conflicts and some of the interviewed girls said that they have feelings for the father and a good relationship with them. The relationship with the siblings is seeing as disturbed with better understanding with the brothers than the sisters. In general, the family relationships revealed a disturbed life with distortion of roll papers with the parents, what is seen as a prejudice to the personality development of the adolescents, especially at the triangle mother-father-teenager.

Key words: anorexia, teen age, living, phenomenological.

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Classificação corporal comparado ao cálculo do IMC apresentado pela pessoa...	8
QUADRO 2: Dados demográficos das participantes.....	20
QUADRO 3: Resultados do tratamento até o momento da entrevista.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1.) Relacionamento Familiar.....	12
1.2.) Percepção Corporal.....	14
1.3.) Psicologia Fenomenológica.....	14
1.4.) A Pesquisa em Fenomenologia.....	16
2 OBJETIVOS.....	19
3 MÉTODO.....	20
3.1) Participantes.....	20
3.2) Local.....	21
3.3) Instrumentos.....	21
3.4) Procedimento para coleta de dados.....	21
3.5) Procedimento para análise de dados.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
4.1) Trajetória da doença e do tratamento.....	27
4.1.1. Estratégias para emagrecer.....	28
4.1.2. Início e Desenvolvimento dos sintomas.....	29
4.1.3. Início do Tratamento.....	32
4.1.4. Desenvolvimento do tratamento.....	34
4.2) Percepção do corpo e da saúde.....	38
4.2.1. Percepção do corpo no início da doença.....	38
4.2.2. Percepção do corpo atual.....	39
4.2.3. Saúde no início e decorrer do tratamento.....	40
4.2.4. Saúde atual.....	42
4.2.5. Preocupações com o corpo.....	44
4.3) Vivências em relação à alimentação.....	45
4.4) Relacionamento e percepção dos familiares.....	49
4.4.1. Relação com o pai.....	49
4.4.2. Percepção do pai pela adolescente.....	51
4.4.3. Relação com os irmãos.....	53
4.4.4. Percepção dos irmãos pela adolescente.....	54
4.4.5. Relação com a mãe.....	56
4.4.6. Percepção da mãe pela adolescente.....	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICE.....	74
ANEXO.....	75

APRESENTAÇÃO

A cultura e as mídias exercem influência marcante em vários aspectos da vida e do comportamento da população. Em relação aos padrões de beleza e imagem corporal isto não é diferente. Para os adolescentes é bastante significativa esta influência, visto que, nesta etapa do desenvolvimento, a principal tarefa é a conquista da identidade e do sentimento de pertença aos grupos sociais de referência do adolescente. O desenvolvimento saudável da auto-imagem, da auto-estima e do autoconceito relaciona-se, entre outros aspectos, à adequação do adolescente aos padrões culturais de comportamento, sucesso, beleza, dentre outros, exaustivamente divulgados e exigidos das pessoas. Atualmente, o culto ao corpo e o padrão cultural de beleza, estimulados pelos meios de comunicação, exigem certos atributos corporais de mulheres e, também, de homens que, sob muitos aspectos, estimulam hábitos físicos, uso de produtos e substâncias químicas e comportamentos alimentares frequentemente nocivos ou pouco saudáveis.

Especialmente no mundo capitalista, valoriza-se o ter e não o ser; ou seja, somos aquilo que temos quanto a bens materiais e até mesmo quanto aos aspectos físicos. O padrão de beleza feminino exige que a mulher tenha um corpo magro e delineado nos moldes exibidos por modelos e estrelas do mundo da moda, apresentados como ideal.

No período em que escrevia o projeto de pesquisa para ingresso no Programa de Mestrado, os transtornos alimentares eram muito mencionados pelas mídias, visto que muitos casos de morte devido às consequências desta doença estavam ocorrendo. Esses casos tornaram-se manchetes e capas de quase todas as revistas do país neste período. A revista Época de novembro de 2006 (editora Globo) tinha como tema principal e título de capa: “Por dentro da mente de uma anoréxica – O que leva tantas garotas a achar que ser magra é melhor do que ser saudável?” A revista trazia o caso de uma modelo gaúcha de 21 anos de idade que morreu de infecção generalizada decorrente de um quadro de anorexia nervosa, além de outros casos de pessoas famosas e muito divulgadas pelas mídias, como o da atriz americana Lindsay Lohan e da modelo uruguaia Luisel Ramos que morreu durante um desfile, entre outros casos.

A repercussão desses casos e sua ampla divulgação trouxeram a reflexão acerca da vulnerabilidade dos adolescentes a certos transtornos e problemas de conduta, bem como sobre qual deveria ser o verdadeiro papel das mídias, se o de prevenir ou o de incentivar.

O corpo é, para o ser humano, parte importante de sua identidade e a aparência física

é, com muita frequência, responsável pela aceitação ou rejeição da pessoa, tanto nas relações sociais como na conquista amorosa ou mesmo na obtenção de um emprego. Por consequência, o padrão cultural de beleza imposto em nossa sociedade torna-se uma tirania para muitas pessoas, que buscam alcançá-lo, mesmo que à custa de esforços e recursos nem sempre saudáveis. Se esta questão é muitas vezes fonte de problemas, sofrimento e conflitos para a população em geral, para os adolescentes é ainda mais grave, dada a necessidade de aceitação pelo grupo social, tão relevante nesta etapa do ciclo vital.

A busca pela magreza e pelo corpo perfeito tem sido apontada como poderoso estímulo para um dos mais sérios transtornos de alimentação: a anorexia nervosa. Este transtorno passou a ser descrito a partir dos anos sessenta do século XX, nas sociedades ocidentais, que se voltaram ao culto desse modelo de beleza.

Inicialmente um problema de saúde que afetava especialmente mulheres jovens de camadas econômicas mais favorecidas, a anorexia disseminou-se, passando a afetar adolescentes de todas as camadas sociais que, inspirados pela propaganda, buscam alcançar a beleza e o sucesso associado a este padrão.

Participando como auxiliar de pesquisa de um trabalho com adolescentes com transtornos mentais pertencentes às classes populares, pude observar a alta taxa de diagnósticos de anorexia nervosa em um Centro de Apoio Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI I) de uma cidade do Interior do Estado de São Paulo, o que motivou a realização deste estudo, buscando compreender tal fenômeno.

A consulta à literatura sobre anorexia revelou a existência de estudos psicanalíticos, de trabalhos na abordagem cognitivo-comportamental e na abordagem sistêmica, além de descrições psicodinâmicas sobre comprometimentos nas relações familiares de jovens anoréxicas, principalmente com suas mães. Não foram encontrados estudos na abordagem fenomenológica sobre a experiência anoréxica, o que evidenciou a necessidade de compreensão deste fenômeno sob a perspectiva das próprias pacientes buscando compreender sua percepção sobre seu corpo e sua experiência com a doença. Dessa forma, optei por realizar um estudo que permitisse abordar a anorexia do ponto de vista das próprias adolescentes com este diagnóstico, na perspectiva fenomenológica.

A abordagem fenomenológica em pesquisa possibilita a compreensão de um fenômeno a partir da perspectiva do próprio sujeito, contribuindo para as intervenções em saúde, ao aprofundar conhecimentos acerca dos aspectos subjetivos envolvidos no adoecimento, tratamento e recuperação do ser que adoece.

Este trabalho é constituído, assim, de um estudo fenomenológico realizado com nove adolescentes anoréxicas do sexo feminino, que teve por objetivo principal compreender suas vivências com seu corpo e com o adoecimento, buscando ampliar os recursos dos profissionais que trabalham na área ao revelar dimensões do sofrimento psíquico a partir da perspectiva dessas adolescentes.

Os resultados foram descritos de forma a destacar as unidades de significado presente nas vivências relatadas, agrupando-os em categorias e elaborando sínteses compreensivas em termos de suas significações para as participantes, de acordo com os objetivos do estudo e as exigências do método.

1 INTRODUÇÃO

O termo adolescência é derivado da palavra *adollacentia* e significa ‘crescer’ ou ‘crescer em direção à maturidade’ (PEREIRA, 2005). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adolescência compreende a faixa etária entre os 10 e 19 anos, contudo, existem variações nestas idades, pois adolescência é um fenômeno cultural, e depende da condição de vida da pessoa nessa faixa etária, se mora com os pais, se já exerce funções laborais, entre outros. Este período do desenvolvimento humano caracteriza-se por muitas mudanças cognitivas, emocionais e sociais, consequência do rápido crescimento físico e do amadurecimento fisiológico e sexual (BEE, 1997; COLL, 2004; PEREIRA, 2005).

As mudanças psicológicas que se constituem neste período são correlações de mudanças corporais e levam a uma nova relação com os pais e com o mundo. Isto só é possível quando se elabora, lenta e dolorosamente, o luto pelo corpo de criança, pela identidade infantil e pela relação com os pais da infância. As mudanças de um corpo infantil para um corpo adulto mudam também a identidade do adolescente que precisa adquirir uma ideologia que lhe permita a adaptação ao mundo e/ou à ação sobre ele para mudá-lo (ABERASTURY, 1981). Para Knobel (1981), o elemento sócio-cultural influi com um determinismo específico nas manifestações da adolescência, mas existe também um embasamento psicobiológico que lhe dá características universais.

As transformações que ocorrem neste período demonstram a necessidade de um “ajuste”, uma nova percepção de si mesmo, e levam a rupturas, desequilíbrios e novas adaptações. As produções hormonais desencadeiam mudanças corporais, com início a partir dos oito ou nove anos de idade, acarretando mudanças no tamanho do corpo, e o desenvolvimento de características sexuais secundárias, entre outros (CAMPAGNA, 2005). Para Blos (1973), este estágio inicial da adolescência é fundamental para o desenvolvimento posterior do indivíduo. Ferreira, Farias e Silveiras (2003) identificam três fatores de influência na formação da identidade de um adolescente: fatores intrapessoais (características individuais, inatas ou de personalidade), fatores interpessoais (características adquiridas na relação com o outro) e influências ambientais e sociais tanto globais quanto regionais.

Devido a transformações que o adolescente vivencia neste período, esta fase é a de maior frequência de transtornos alimentares, devido à busca de se aceitar e ser aceito pelo grupo no qual o adolescente está inserido (FLEITLICH et al, 2000). Para Assis, Pesce e Avanci (2006), os afetos e os conflitos são ampliados na adolescência, pois o adolescente reexamina sua identidade e os papéis que deve desempenhar, ocorrendo um desajuste com ele

mesmo, aumentando a necessidade de afirmação pessoal, busca da autonomia e independência em relação à família.

A adolescência pode ser considerada uma etapa de crise normativa do desenvolvimento na qual, acontecimentos relativamente previsíveis se associados a fatores de estresse e outros acontecimentos imprevisíveis, poderão acarretar outras crises, facilitando a emergência de transtornos ou patologias (KNOBEL, 1981).

Em pesquisa realizada com grupos de adolescentes, enfocando as representações do corpo e os cuidados com a saúde, Ferreira (2006), pôde perceber que a questão da imagem corporal surgiu mais frequentemente nas discussões dos grupos de adolescentes com conflitos, que buscavam uma identidade própria e a aceitação do grupo. Neste trecho, apresentado pelo autor, referente a um relato de uma adolescente é possível perceber este conflito: *“Eu me sinto meio gorda sabe? É assim, a gente olha no espelho e acha que não tá bem, não tá bonita, porque tem sempre alguém, outra menina, que está mais magra que você”* (p. 208).

Em uma pesquisa qualitativa realizada com seis adolescentes com diagnóstico de depressão, na faixa etária de 12 a 18 anos (cinco meninas e um menino), em tratamento num Centro de Atenção Psicossocial Infantil, Crivelatti, Durman e Hofstatter (2006) constataram que as mudanças que ocorrem nesta fase do desenvolvimento, influenciam no surgimento do sofrimento psíquico, especialmente da depressão. Para os autores, muitos fatores contribuem para o aparecimento desta patologia na adolescência, dentre os quais os conflitos familiares, a situação sócio-econômica, a sexualidade, a falta de conhecimento, a solidão e as perdas. Com relação à epidemiologia de transtornos mentais na adolescência ou em outras etapas do ciclo vital, não foram encontrados estudos, porém, os transtornos alimentares, especialmente a anorexia e a bulimia nervosa são as maiores causas de morbidade e mortalidade em adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens, conforme apontado por Dameto (2007).

Benetti et al (2007) realizaram uma revisão da publicação nacional de artigos científicos no período de 1995-2005 sobre as situações prioritárias de saúde mental na adolescência, verificando que a produção brasileira tem aumentado nos últimos anos e que a maioria dos trabalhos está voltado para a identificação do problema, e em menor número para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção. Para os autores, as publicações indicaram que é alta a demanda em saúde mental na adolescência é um ponto muito importante, visto que esta população é identificada como um grupo vulnerável e de risco para todas as categorias levantadas, entre elas, depressão, transtornos de conduta, drogas, violência e transtornos alimentares.

A versão publicada em 1994 do sistema de classificação das doenças mentais da Associação Psiquiátrica Americana – DSM IV, inclui no grupo Transtornos Alimentares a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e os transtornos alimentares sem outra especificação (casos que não puderam ser incluídos na AN ou na BN). Os transtornos alimentares apresentam suas primeiras manifestações na infância e na adolescência com prevalência não somente em países desenvolvidos, onde subsistem as características econômicas e socioculturais para seu desencadeamento, como também nos países de terceiro mundo (BIGHETTI, 2003).

Por meio de uma revisão com levantamento na PubMed sobre o diagnóstico precoce dos principais transtornos do comportamento na criança e no adolescente, Grillo e Silva (2004) observaram que há manifestação precoce nos transtornos alimentares, além de outros transtornos, como, por exemplo, depressão, transtornos de conduta, uso de drogas e bebidas, entre outros. De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993), a AN pode acometer homens jovens ou adolescentes, mulheres na menopausa e crianças próximas da puberdade, porém é significativamente mais frequente em mulheres jovens e adolescentes do sexo feminino.

As mulheres são acometidas pela AN de 10 a 20 vezes mais, comparativamente aos homens, sendo que o início dos sintomas se dá mais frequentemente entre os 13 e 14 anos e entre os 17 e 18 anos de idade (BUSSE, 2004). O sexo feminino é mais vulnerável às pressões sociais, econômicas e culturais, no que diz respeito aos padrões de beleza. A sociedade discrimina pessoas obesas e, devido a essas pressões, muitas mulheres encontram-se insatisfeitas com seu corpo, levando a um controle do peso, por meio de exercícios físicos excessivos, ingerindo laxantes, diuréticos e/ou anorexígenos (BEATTY; FINN, 1995).

Há maior incidência de diferentes tipos de transtornos alimentares em grupos de modelos, atrizes, atletas e nutricionistas, pois parecem estar mais vulneráveis a este tipo de distúrbio, seja pelo consumo alimentar deficiente ou excessivo além do que esses grupos são muito cobrados pela sua forma e aparência física (NUNES, 1998). A etiologia dos transtornos alimentares é multidimensional sendo que inúmeros outros fatores medeiam o impacto cultural, como o relacionamento familiar, baixa autonomia, entre outros (FIATTES; SALLES, 2001; GABBARD, 1998).

A AN tem uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza. Nos últimos anos, a incidência de AN tem aumentado muito, principalmente em países ocidentais que valorizam a magreza como padrão de beleza

(KILLEN et al, 1993).

A taxa mundial de prevalência de pacientes com anorexia é de 1% e, destes, cerca de 90% dos casos são de mulheres. A doença acomete mais frequentemente classes sociais mais elevadas. A anorexia surge em 45% dos casos após dieta de emagrecimento; em 40% por ocasião de uma situação competitiva. Algumas profissões ligam magreza com realizações, e populações especiais (notavelmente bailarinas e modelos) demonstraram ter um risco alto para o desenvolvimento de transtornos alimentares. A incidência de AN tem aumentado nas últimas décadas (BALONE, 2005).

Uma pesquisa avaliou o comportamento de 316 adolescentes de 10 a 19 anos de uma escola particular de São Paulo, SP. No levantamento, verificou-se que metade das 178 meninas estava insatisfeita com seu corpo, contra 30% dos meninos. Das garotas, 30% faziam dieta sem necessidade, de acordo com o calculo dos IMC's (VITALLE et al, 1994).

As mulheres têm um maior índice de insatisfação corporal que os homens. Um número grande de pesquisas demonstra essa condição com vários tipos de população, entre elas mulheres obesas (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2002; MOREIRA; BATISTA, 2007), adolescentes (ALVES et al, 2008; BRANCO; ILÁRIO; CINTRA, 2006), estudantes de nutrição (BOSI et al, 2006), estudantes de educação física (BOSI et al, 2008), pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica (CORDÁS et al, 2004), universitárias (MAGALHÃES; AZEVEDO; MENDONÇA, 2005), atletas (OLIVEIRA et al, 2003) e mulheres com câncer de mama (UEZ, 2006).

Um estudo transversal realizado com 1807 estudantes de escolas públicas do Ensino Fundamental e Médio, com idades entre 7 e 19 anos, onde foram aplicadas as escalas BITE¹, EAT² e Teste de Imagem Corporal³, apontou que 241 alunos (13,3%) apresentaram possíveis transtornos de alimentação, com predominância significativa do sexo feminino, de acordo com a escala EAT. Na auto-escala BITE, 19 estudantes (1,1%) apresentaram um escore compatível com bulimia nervosa. O teste de Imagem Corporal identificou que 1059 alunos (59%) estavam insatisfeitos com sua imagem corporal, dentre eles, 731 alunos (40%) em uso de dieta para emagrecer e 1014 alunos (56%) praticavam atividade física com a finalidade de perder peso, 218 (18%) alunos apresentavam episódios bulímicos e 175 (10%) utilizavam métodos purgativos para perder peso. Este estudo apontou alta prevalência de possíveis transtornos alimentares na população estudada, bem como hábitos alimentares inadequados,

1 BITE: Teste de investigação Bulímica Edinburgh, desenvolvido por Henderson e Freeman (1987).

2 EAT: Teste de atitudes alimentares, desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979).

3 Teste de Imagem Corporal: Desenvolvido por Thompson (1995).

principalmente em adolescentes do sexo feminino (VILELA et al, 2004).

A primeira descrição de quadros correspondentes à AN foi feita em 1691, pelo médico Richard Morton que se deparou com uma paciente de 17 anos de idade que não se alimentava, tinha feições cadavéricas, os pêlos haviam sido substituídos por lanugo, estava bradicárdica, hipotérmica, hipotensa e suas extremidades eram cianóticas, mas não apresentava nenhuma afecção orgânica que justificasse este quadro (BUSSE; SILVA, 2004).

Descrições de casos de BN começaram a surgir no início da década de 1940 com o trabalho de Ludwig Binswanger sobre “Ellen West”. Em 1980, mais de 50% das pacientes anoréxicas eram bulímicas (BUSSE; SILVA, 2004). Muito antes, comportamentos anoréxicos eram observados em religiosas, como o de Santa Rosa de Lima, que Weinberg, Cordás e Munoz (2005) descrevem. Para eles, há grande semelhança entre o comportamento alimentar das santas jejuadoras medievais e das anoréxicas atuais.

A AN e BN são duas patologias intimamente relacionadas por apresentarem como sintomas comuns a preocupação excessiva com o peso e o medo patológico de engordar. Em ambos os quadros, os pacientes estabelecem um julgamento de si mesmos baseado na forma física, com alteração da imagem corporal e autopercepção da forma e/ou do tamanho do corpo frequentemente distorcida, mostrando-se insatisfeitos com o próprio corpo (NAKAMURA, 2004).

O paciente com diagnóstico de AN apresenta comportamento dirigido a produzir perda de peso, o medo mórbido de engordar como principal característica e o distúrbio endócrino como a amenorréia em mulheres e a perda de potência sexual nos homens. Na BN, o paciente apresenta impulsividade e/ou compulsão alimentar, auto-indução de vômito e utiliza-se de medicamentos purgativos como anorexígenos e/ou diuréticos e também tem um medo mórbido de engordar (NUNES et al, 2006).

O DSM IV (APA, 1994) descreve dois subtipos de anorexia nervosa, o tipo restritivo, quando a principal estratégia para emagrecer é a restrição alimentar, por meio de jejuns ou exercícios físicos em excesso, e o tipo compulsão periódica purgativa ou bulímica, que ocorre quando a paciente utiliza-se de métodos purgativos, sendo eles vômitos auto-induzidos e uso de laxantes ou diuréticos.

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento - CID-10 (OMS, 1993) a AN é facilmente diagnosticada e seu diagnóstico é confiável, de acordo com os sintomas do paciente. Outro aspecto levantado é que alta taxa de pacientes não se recupera, apresentando-a de forma crônica.

Alguns critérios diagnósticos devem ser considerados: peso corporal abaixo de 15%

do normal; perda de peso auto-induzida por abstenção de alimentos que engordam e em alguns casos, acompanhada de vômitos induzidos, purgação auto-induzida, exercício físico em excesso, uso de anorexígenos e/ou diuréticos e distorção da imagem corporal. Um transtorno endócrino generalizado também pode ser observado, tal como amenorréia nas mulheres; perda de interesse sexual; persistência de sangramentos vaginais em mulheres que estão recebendo terapia de reposição hormonal ou pílula contraceptiva; níveis elevados de cortisol, entre outros. Outro fator relevante em pacientes anoréxicos é a presença de sintomas depressivos ou obsessivos associados (CID-10, 1997).

Inicialmente, a BN era descrita como variante da AN, e o termo só foi introduzido em 1979 por Gerald Russel, sendo utilizado para descrever um transtorno mental de ordem alimentar, caracterizado pela perda de controle em relação à comida (SAPOZNIK; ABUSSAMRA; AMIGO, 2005). A bulimia como sintoma da anorexia é conhecida há séculos, mas o reconhecimento como síndrome distinta apareceu por volta de 1940 (CASPER, 1983).

A AN é considerada uma síndrome psicossomática que se caracteriza pelo medo mórbido de engordar levando à redução voluntária e drástica da ingestão alimentar, com perda progressiva e desejada de peso, caquexia, inanição, e não raro a morte, tendo como manifestações físicas: amenorréia, hiperatividade, bulimia, bradicardia, vômitos e lanugem (NUNES; ABUSCHAIM, 1995; NUNES et al, 1998). Cordás (2004) salienta a existência de uma distorção “grosseira” da imagem corporal que ocorre nos pacientes com este diagnóstico.

As complicações clínicas associadas à AN são variadas e estão relacionadas principalmente ao grau da perda de peso corporal e com os métodos compensatórios utilizados pelo paciente. Para Assumpção e Cabral (2002), o tratamento dessas complicações deve estar sempre associado ao acompanhamento psicoterápico e nutricional.

Pele seca e amarelada, cabelos finos e quebradiços, leve alopecia e lanugem conferem a essas pacientes aparência bastante envelhecida, apesar de muito jovens. Nos exames laboratoriais realizados encontram-se: hipocalemia, diminuição do nível sérico de zinco, alterações eletrocardiográficas, aumento do espaço dos sulcos (encéfalo), atrofia cerebral e diminuição da densidade óssea (BUSSE; SILVA, 2004).

Em pesquisa realizada com 14 mulheres com anorexia na faixa etária de 15 a 34 anos de idade, os resultados mostram que as pacientes têm baixa ingestão de cálcio e perda significativa de massa óssea que está correlacionada com o tempo de amenorréia. Dois terços das pacientes apresentavam osteopenia (diminuição da densidade mineral dos ossos, precursora da osteoporose) ou osteoporose (diminuição da massa óssea que acarreta em ossos finos, ocos e de extrema sensibilidade) no fêmur ou na coluna lombar (SANTOS et al, 2004).

Duchesne et al (2004), em pesquisa bibliográfica realizada em base de dados, observaram que a AN é o transtorno alimentar que conta com mais estudos neuropsicológicos e, de uma forma geral, os resultados apontam para déficits de atenção, déficits viso-espaciais e de viso-construção.

Segundo Cordás (2004), o termo anorexia não é o mais adequado do ponto de vista psicopatológico, pois não ocorre uma perda real do apetite, pelo menos no início. Para ele, a negação do apetite e o controle obsessivo do corpo tornam o termo alemão “pubertaetsmagersucht” (busca da magreza por adolescentes) mais adequado.

A OMS (1997) utiliza o IMC – Índice de Massa Corporal para a classificação do peso. O cálculo do IMC é realizado por meio do peso do indivíduo, dividido por sua altura, elevada ao quadrado.

O quadro 1 mostra o tipo de classificação da OMS (1997) quanto aos IMC's encontrados.

Quadro 1: Classificação corporal comparado ao cálculo do IMC apresentado pela pessoa

IMC	CLASSIFICAÇÃO
Abaixo de 16 Kg/m ²	Magreza Grau III
16,0 a 16,9 Kg/m ²	Magreza Grau II
17,0 a 18,4 Kg/m ²	Magreza Grau I
18,5 a 24,9 Kg/m ²	Eutrofia
25 a 29,9 Kg/m ²	Pré-Obeso
30 a 34,9 Kg/m ²	Obesidade Grau I
35 a 39,9 Kg/m ²	Obesidade Grau II
Acima de 40 Kg/m ²	Obesidade Grau III

Fonte: OMS, 1997

De acordo com a CID-10 (1993) uma pessoa que apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou inferior a 17,5 kg/m² pode ser anoréxica. Essas medidas ou índices são apenas diretrizes sugeridas para o clínico, pois não é razoável especificar um padrão único para um peso normal mínimo aplicável a todos os pacientes de determinada idade e altura. Ao determinar um peso normal mínimo, o médico deve considerar não apenas essas diretrizes, mas, sobretudo, a constituição corporal e a história ponderal da paciente (BALONE, 2005).

A eutrofia é considerada pela OMS (1997) como o estado nutricional adequado. Branco, Ilário e Cintra (2006) identificaram que a eutrofia é o que mais aparece entre os

adolescentes, com 78,4% dos casos dentre os 1009 participantes de seu estudo, cuja amostra constituiu-se de 597 adolescentes do sexo masculino e 412 adolescentes do sexo feminino. O estudo apontou também que embora a maior parte da população se encontrasse em eutrofia, muitas meninas não se percebiam dessa forma. Mesmo que a grande maioria dos adolescentes em eutrofia, sobrepeso e obesidade tivessem uma percepção adequada de sua imagem, as meninas apresentaram uma tendência a superestimar e os meninos para subestimar sua condição de sobrepeso e obesidade. A insatisfação com a imagem corporal foi mais prevalente entre os adolescentes com sobrepeso e obesidade, com destaque para as meninas.

Para Castilho (2001) a imagem corporal pode até mesmo ser confundida com a própria identidade do sujeito; a valorização dessa imagem corporal leva a uma preocupação excessiva com a aparência. Na formação da imagem corporal, há uma interação entre os aspectos fisiológico, neural e emocional além de fatores sociais. Se um desses processos fosse analisado separadamente tornaria a análise falha e incompleta porque mudanças em um deles podem ocasionar consequências gerais na experiência do corpo (BARROS, 2005).

Giordani (2006) realizou uma pesquisa qualitativa com oito mulheres com idades entre 16 e 26 anos. O principal objetivo deste estudo foi compreender os mecanismos de formação da imagem corporal na anorexia nervosa e a compreensão de sentidos que o anoréxico constrói para a obesidade. Por meio do relato das mulheres, sem roteiro estruturado, de cartas, relatos dos pais, diários, fotografias e dados clínicos, pôde-se concluir que a construção da imagem corporal é resultado da relação entre indivíduo e sociedade e que elas se utilizam de outras imagens para definir sua própria imagem corporal.

Pinzon et al (2004) caracterizam a BN e a AN como patologias graves, complexas e com alto grau de morbidade principalmente na adolescência, pois afetam o desenvolvimento do indivíduo. Os transtornos alimentares requerem tratamento complexo, com equipe multidisciplinar: médicos (psiquiatra, endocrinologista), psicólogo, nutricionista, psicoterapeuta familiar e clínico geral (SAPOZNIK; BUENO; LOBÃO, 2005).

Segundo Flaherty (1990), a paciente normalmente é levada a se tratar quando se encontra em condições físicas muito precárias, e só adere ao tratamento por insistência dos pais e/ou responsáveis. O autor alertou para o fato de internar ou não a paciente e estabeleceu critérios para tal internação, tais como: rápida perda de peso, maior do que 30% ao longo de seis meses, severa perda de energia e hipocalemia ou alterações eletrocardiográficas. Em casos nos quais a intervenção se inicia precocemente, encontram-se os melhores resultados, pois evitam as formas crônicas e imutáveis das doenças alimentares (LOCK et al, 2001).

Cabe ao psiquiatra realizar a confirmação do diagnóstico, prescrição da medicação

psicotrópica, encaminhamentos para os demais profissionais, além da articulação entre as orientações da equipe. O psicólogo deve oferecer escuta para o paciente, além de outras intervenções como, por exemplo, auxílio na busca da autonomia deste paciente. O nutricionista deve realizar uma orientação nutricional, desmistificando crenças, apontando erros alimentares, entre outros (SAPOZNIK; BUENO; LOBÃO, 2005).

Salzano e Cordás (2004) revisaram a literatura a respeito do tratamento farmacológico nos transtornos alimentares. Para eles, a anorexia nervosa ainda não possui uma intervenção medicamentosa totalmente eficaz para a melhora dos sintomas, mas o uso de drogas como a amitriptilina, ciproheptadina, fluoxetina, tramadol e olanzapina atuam na prevenção de recaídas e no ganho de peso.

Segundo a APA (2000), as metas do tratamento nutricional da anorexia nervosa envolvem o restabelecimento do peso como principal meta, com um IMC acima de 19, além da normalização do padrão alimentar, da percepção de fome e saciedade e correção das seqüelas biológicas e psicológicas da desnutrição. Os pacientes com AN e BN possuem grandes inadequações nos hábitos alimentares e falsas crenças sobre alimentação. Para tanto, é papel do tratamento nutricional a reversão de tais alterações e a promoção de hábitos alimentares saudáveis. O tratamento nutricional para pacientes com transtorno alimentar é dividido em duas etapas: educacional e experimental. É papel da educação nutricional o esclarecimento de conceitos de alimentação saudável, tipos, funções e fontes de nutrientes, recomendações nutricionais, consequências das restrições alimentares e das purgações. Para ajudar o paciente identificar os significados do corpo e da alimentação, realiza-se a fase experimental, onde se trabalha mais intensamente a relação que o paciente tem com o seu corpo e com os alimentos (LATTERZA et al, 2004).

O tratamento psicoterápico é considerado fundamental para reestruturação do paciente com qualquer tipo de transtorno alimentar. A abordagem psicodinâmica tem como objetivo recuperar, fortalecer a auto-estima e auxiliar na tradução de sensações e afetos que permanecem distantes da consciência (GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002).

A terapia cognitivo-comportamental visa, no tratamento da AN, diminuir a restrição alimentar do paciente e a frequência de atividades físicas, facilitando assim o aumento do peso; diminuir o distúrbio da imagem corporal, a modificação do sistema disfuncional de crenças associadas à aparência, peso e alimentação e o aumento da auto-estima (DUCHESNE; ALMEIDA, 2002).

Na perspectiva fenomenológica, a psicoterapia propõe uma análise da existência concreta da pessoa, por meio de uma relação interpessoal, intersubjetiva entre paciente e

terapeuta, visando investigar a vivência imediata do paciente, conforme por ele captada, chegando à compreensão de seu modo-de-ser ou personalidade. Dessa forma, busca auxiliar o paciente a resgatar sua capacidade de fazer escolhas conscientes, de crescer como pessoa em seu tempo e momento, com novas percepções sobre sua realidade e com transformações significativas em seu universo existencial (FORGHIERI, 2007; ANGERAMI, 1984). Para Gomes et al (2008), o método fenomenológico contribui para a humanização e promoção da saúde pois seus pressupostos têm relação com a concepção de homem e sujeito como mantenedor do seu processo saúde-doença, auxiliando-o a libertar-se de aspectos vivenciais que dificultam sua autonomia, flexibilidade, criatividade e a ampliação de seu universo existencial.

Tratando da questão do corpo e da existência, Almeida (2002, p. 106-107) critica a concepção empírica, intelectual e tecnológica do corpo, visto como um objeto; "... como coisa fisiológica, simples massa material, res-extensa, situado ao lado de outros objetos". Para o autor, o tratamento científico objetual produz uma dissimulação do corpo e ignora sua existência, do qual temos consciência por intermédio do mundo e nos permite ter consciência deste. Ao contrário da fisiologia, que vê o corpo apenas como objeto (um "em si"), a fenomenológica o vê também, como um "para si", ou seja, um sujeito, o corpo próprio, sem a clássica divisão cartesiana entre corpo e mente.

De acordo com a CID-10 (OMS, 1993), as causas da anorexia são imprecisas, mas, para Gabbard (1998) estudos clínicos indicam algumas hipóteses sobre a gênese deste transtorno, como psicopatologia familiar, dificuldade no funcionamento autônomo do paciente, participação nos conflitos familiares, entre outros. Segundo Balone (2005), há autores que evidenciam como causa, além da interação sociocultural mal adaptada, fatores biológicos, mecanismos psicológicos menos específicos e vulnerabilidade de personalidade.

Weinberg, Cordás e Munoz (2005) apontam que para a definição do quadro clínico da anorexia nervosa, é significativa a dificuldade em estabelecer quais aspectos são culturais e quais são associados a características do indivíduo. Em revisão de literatura na base de dados Medline, no período de 1984 a maio de 2005, Pinheiro et al (2006) observaram que os dados atuais apontam para uma contribuição relevante dos fatores genéticos, na suscetibilidade à anorexia e à bulimia nervosa.

Para Herscovici e Bay (1997) a anorexia nervosa é uma síndrome psiquiátrica discreta, ou seja, diferenciada, que tem uma patogênese complexa. Alguns autores, citados por Gabbard (1998) acreditam que há uma vulnerabilidade individual ao aparecimento da anorexia: uma delas está relacionada às dificuldades no funcionamento autônomo, ou seja,

“essas pacientes não têm qualquer senso de autonomia, a ponto de nem mesmo se sentirem com o controle de suas funções corporais” (Gabbard, 1998; p. 248). Entre as adolescentes, a necessidade constante de agradar e ser aceita gera uma busca ainda maior pelo peso ideal e essa compulsão, muitas vezes, acaba sendo fonte de adoecimento psíquico e orgânico relevantes (HERSCOVICI; BAY, 1997).

O estudo das relações familiares como parte integrante e significativa no tratamento multidisciplinar dos transtornos alimentares, foi o principal objetivo de pesquisa realizada por Cobelo, Saikali e Shcoemer (2004). Para os autores, no tratamento de transtornos alimentares, é fundamental que haja a união entre família e paciente, para que juntos encontrem maneiras e alternativas variadas para a reconstrução e ressignificação de suas vivências.

1.5.) 1.1) *Relacionamento Familiar*

As características do funcionamento familiar têm sido observadas desde as primeiras descrições de AN e podem ser importantes em sua determinação, sendo a comunicação e resolução de conflitos e problemas, as áreas de principal dificuldade (RIBIEOR; BUSSE, 2002). Ao apresentar a compreensão psicodinâmica da anorexia, Gabbard (1998) cita alguns estudos realizados nas últimas décadas que esclareceram importantes aspectos subjetivos e das relações familiares de adolescentes anoréxicas, enfatizando os relacionamentos perturbados da criança e da mãe, além de confusões quanto aos papéis familiares. De acordo com Bruch (1987), a mãe não reconhece as necessidades próprias da criança, parecendo cuidar dela de acordo com suas próprias necessidades e, desta forma, invalidando a criança, a ponto desta não se perceber como um ser separado, mas como seu complemento.

A origem da doença também se relaciona à chamada patologia familiar, que Minuchin, Rosmar e Baker (1978) descreveram como uma tendência familiar em apoiar a expressão somática dos conflitos, e as enquadram dentro do perfil das famílias psicossomáticas, pelas características de organização e funcionamento que surgem das convergências e recorrências observadas nos padrões de interação familiar. Tais aspectos dessa patologia familiar podem ser caracterizados pelo aglutinamento, processo no qual ocorrem intromissões constantes nos pensamentos e sentimentos uns dos outros dentro da família. A percepção de si mesmo e dos outros membros da família é pouco diferenciada, contribuindo para a baixa autonomia do paciente, pois suas próprias idéias se confundem com a de seus familiares.

Fernandes (2006) cita uma experiência com uma paciente anoréxica, em que conta que nunca havia tido contato com a mãe da paciente e que na verdade, era como se a mãe não precisasse se comunicar com a terapeuta, por estar presente por meio da filha em todas as sessões. De acordo com a abordagem psicanalítica deste transtorno, a filha seria uma extensão da mãe, havendo grande dificuldade de diferenciação.

Minuchin, Rosmar e Baker (1978) citam diferentes fatores nas relações da família que levam a confusões de identidade, além de outros fatores familiares que influenciam no aparecimento da anorexia nervosa: superproteção, rigidez, falta de resolução de conflitos e participação do paciente nos conflitos familiares. Nessas famílias, os pais tendem a ter uma preocupação excessiva com os filhos em inúmeros aspectos, dentre eles, a alimentação, retardando o desenvolvimento e a autonomia dos filhos. Tendem também a ser rígidos, dificultando ou impedindo a realização de mudanças que o desenvolvimento impõe, como na puberdade dos filhos. Os conflitos são dificilmente resolvidos pela baixa tolerância ao estresse, tornando-se uma ameaça constante e a paciente anoréxica pode ser utilizada como o desviante dos conflitos conjugais, mantendo o *status* familiar. Há fatores predisponentes e perpetuadores que desencadeia e mantém o transtorno alimentar, ao qual se destaca a desarmonia familiar, a separação do casal, falta de consistência na resposta dos pais frente à doença e disfunção familiar (SOUZA; SANTOS, 2006).

Terapeutas familiares também observaram e relataram padrões familiares de confusão em famílias de pacientes anoréxicas, ocorrendo uma ausência geral de limites entre as gerações e entre os membros da família. Haveria uma falha, na adolescente anoréxica, em perceber seu próprio corpo, sendo que o corpo é frequentemente sentido como se fosse habitado por um objeto materno mau e a inanição seria uma tentativa de paralisar o crescimento deste objeto intrusivo (GABBARD, 1998).

Para Cobelo, Saikali e Schomer (2004) as famílias que convivem com o transtorno alimentar, encontram-se empobrecidas nas histórias que contam, e acabam por jogar a culpa de todos os problemas que ocorrem neste âmbito familiar no paciente com o transtorno. Em experiência com pacientes com diagnóstico de anorexia, os autores perceberam que há profundas dificuldades em todos os membros da família, no que diz respeito à aceitação da própria imagem corporal, auto-estima e autoconfiança abalada e indefinição de objetivos pessoais, além de dificuldade em aceitar as diferenças individuais entre as pessoas da família.

A família possui uma função de grande valor no tratamento do transtorno alimentar. Unir, família e paciente é fundamental para encontrar maneiras e alternativas variadas para que os envolvidos possam reconstruir e ressignificar suas vivências, para poderem se libertar

de comportamentos inadequados. Isso é fundamental, visto que, essas pacientes se utilizam do corpo para demonstrarem suas necessidades, desejos, proibições e condenações (COBELO; SAIKALI; SCHOMER, 2004).

1.6.) 1.2) *Percepção Corporal*

Schilder (1999) entende como imagem do corpo humano o modo pelo qual o corpo é apresentado para nós, tendo todas as sensações táteis, térmicas e de dor, mas além disso há a experiência imediata que é a percepção que se tem do corpo. A paciente com diagnóstico de AN faz uma distorção de sua imagem corporal, aliada a uma dificuldade em interpretar os sinais de necessidade do corpo e uma sensação de ineficácia. A paciente apresenta uma recusa de se reconhecer doente e de reconhecer suas angústias diante do emagrecimento. À medida que diminui o peso, aumenta seu medo de engordar, fazendo com que a distorção da imagem corporal seja tão importante, que mesmo extremamente magra, avalia-se como gorda ou sente-se magra, mas quer mudar partes do seu corpo que considera gordas. Giordani (2006) acredita que a paciente com diagnóstico de AN interpreta as dietas como uma forma de sucesso pessoal diante das crises familiares, da impotência ou incapacidade de lidar com os problemas cotidianos. Para o autor, essa perda de peso aponta uma boa demonstração de autocontrole, o que é visível nos pacientes com este diagnóstico.

Para Balone (2005), a vivência e a importância do peso e da forma corporal são distorcidas nas pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa. Algumas delas acham que têm um excesso de peso global, independentemente dos resultados contrários da balança. Outras percebem que estão magras, mas ainda assim se preocupam com o fato de certas partes de seu corpo (abdômen, nádegas e coxas) estarem muito gordas. Pacientes com AN apresentam distorções cognitivas relacionadas à avaliação do corpo, incluindo pensamento dicotômico (é muito crítico com sua aparência) e atenção seletiva (a paciente acredita que os outros pensam como ela em relação a sua aparência física) (SAIKALI et al, 2004).

1.7.) 1.3) *Psicologia Fenomenológica*

Pela retomada das obras de Husserl, Merleau Ponty, Heidegger, Buber, Sartre, Biswainger, Boss, Minkowski dentre outros, Forghieri (1997) formulou o enfoque fenomenológico da personalidade humana. Para a autora, personalidade é entendida como um

conjunto de características do existir humano, definidas pela pessoa por meio do modo que são percebidas e compreendidas em sua vivência cotidiana imediata. Os seguintes conceitos filosóficos fazem parte deste enfoque fenomenológico da personalidade: “ser-no-mundo”, “temporalidade” e “espacialidade”.

“Ser-no-mundo” é a experiência cotidiana imediata. A identidade de cada um está implicada nos acontecimentos que vivencia no mundo. Para Forghieri (1997), mundo é o conjunto de relações significativas dentro do qual a pessoa existe e apresenta-se ao homem em três aspectos: o mundo circundante (relacionamento da pessoa com o ambiente); mundo humano (relacionamento com as outras pessoas, que propicia a atualização de potencialidades humanas) e o mundo próprio (relação do indivíduo consigo mesmo que se dá por meio da consciência de si e do autoconhecimento, incluindo a dimensão corporal da existência).

O “ser-no-mundo” tem como dimensão mais próxima de seu existir, a temporalidade. Temporalizar significa experienciar o tempo e constitui o sentido originário do existir. A temporalidade está relacionada à espacialidade que consiste no modo como a pessoa vivencia o espaço (FORGHIERI, 1997). As vivências do espaço e do tempo estão intimamente ligadas à amplitude ou restrição, de acordo com a visualização de possibilidades e esperança da pessoa de poder realizá-las ou de restrição de perspectivas e desânimo por não visualizar meios de concretizá-las (TELES, 2005). Tempo e espaço, portanto, são dimensões vividas subjetivamente, podendo ou não coincidir com o tempo cronológico ou espaço material. Segundo Silva, Lopes e Diniz (2008), o enfoque fenomenológico compreende o humano enquanto ser no mundo, buscando e permitindo a compreensão de sua subjetividade.

Ao discorrer sobre a Psicologia sob a ótica de Franz Clemens Brentano (1838-1917), Maciel (2003) lembra que, para este filósofo, a Psicologia é a ciência de vida interior das pessoas e que, por meio da intencionalidade da consciência, busca descrever a totalidade da psique humana como uma tensão dirigida à realidade. Dessa forma, os fenômenos psicológicos sempre se reportarão ao mundo e o construirão, como objetos intencionais. Nessa perspectiva, o homem é um construtor de significados, o que acontecerá por intermédio de sua percepção do mundo.

Aprofundando sua discussão sobre os fenômenos psicológicos, Maciel (2003) apresenta a classificação Brentaniana desses fenômenos, vistos como várias formas de intencionalidade. São eles: representação, juízo e sentimento. Na representação, o objeto está presente em forma de captação mental ou percepção; no juízo, o objeto é afirmado ou negado por meio da atribuição de valores; e no sentimento, o objeto é amado ou odiado. Assim, o mesmo objeto intencionalmente apreendido, poderá assumir diferentes formas ou

significados.

Segundo Forghieri (1996), as vivências de contrariedade e angústia, assim como as de bem-estar são maneiras de existir e se alternam continuamente. A saúde existencial consiste em poder lidar com ambas as experiências, ou seja, as de contrariedade e de bem-estar, porém, com predomínio do bem-estar. Quando predominam as vivências de mal-estar, ou seja, de ansiedade, angústia e medo, pode ocorrer prejuízo no desenvolvimento saudável da personalidade. O bem-estar caracteriza-se pelo envolvimento da pessoa, de forma profunda e agradável com algo ou alguém, ou quando está sintonizado com suas vivências.

No decorrer da vida, o homem se defronta com restrições, obstáculos e inseguranças que dificultam sua realização pessoal. Quando se confronta com essas intempéries da vida, o ser humano precisa ter coragem para envolver-se e sintonizar-se com elas. A pessoa que não consegue compreender e atribuir significados a essas contrariedades se distancia e aliena-se de suas vivências evitando as situações que a desequilibram. Se isso ocorre com frequência, a pessoa não atualiza suas potencialidades, o conhecimento do mundo e de si mesmo, fazendo com que se sinta cada vez mais insatisfeita e contrariada consigo própria e com o seu mundo, tornando-se existencialmente doente (FORGHIERI, 1996).

Dessa forma, a saúde existencial pode ser definida, de acordo com Forghieri (1996), como um paradoxo, pois exige do ser humano a possibilidade de conviver e lidar com suas experiências de sintonia e de falta de sintonia consigo mesmo, com os outros e com o mundo à sua volta. A limitação ou perda da liberdade de escolha, o fechamento às possibilidades existenciais, assim como a rigidez ou inflexibilidade do ser-no-mundo configuram o adoecimento. Para Mello (2000), a doença mental ocorre quando a pessoa deixa de poder escolher e agir de acordo com sua vontade, quando suas percepções limitam suas possibilidades, obrigando-a a agir desta ou daquela maneira, resultando na perda da liberdade.

1.4) A Pesquisa em Fenomenologia

Para Forghieri (1997), o método fenomenológico no campo da Filosofia tem como objetivo inicial chegar à essência do próprio conhecimento. No campo da Psicologia, o método fenomenológico visa procurar captar o sentido ou o significado da vivência para a pessoa em determinadas situações experienciadas por ela.

Para se compreender o fenômeno propriamente dito, é necessário que se realize a redução fenomenológica, que é um recurso do método utilizado na fenomenologia para se

chegar à essência das coisas e pode ser sintetizada em dois princípios, um que rejeita tudo aquilo que não é verificado, e, o outro, que se utiliza da intuição originária do fenômeno na imediatez da vivência (FORGHIERI, 1997).

A redução fenomenológica não é uma abstração relativamente ao mundo do sujeito, mas uma mudança de atitude: da natural para a fenomenológica. A atitude natural é sem reflexão, ignora a existência da consciência como “doadora” de sentido de tudo o que se apresenta no mundo. A atitude fenomenológica ocorre pela reflexão da vida cotidiana, onde se revela a existência de nossa consciência, deixando de lado a fé na existência do mundo em si e todos os preconceitos e teorias estabelecidas *a priori*, é portanto, apenas a abstenção de juízos, é o estar aberto para compreender o fenômeno sem interpretações e postulados pré-estabelecidos, e constitui-se em dois momentos: o envolvimento existencial e o distanciamento reflexivo. O pesquisador, ao iniciar o trabalho, deve sair de uma atitude intelectualizada para se deixar levar pelo fluir de sua própria vivência, nela penetrando de modo espontâneo e profundo, para deixar emergir a intuição, a percepção, os sentimentos e sensações que afloram em uma totalidade, proporcionando-lhe uma compreensão global, intuitiva, pré-reflexiva dessa vivência (FORGHIERI, 1997).

Após a vivência do envolvimento existencial, o pesquisador deve estabelecer certo distanciamento, para refletir sobre sua compreensão e tentar captar e enunciar descritivamente o sentido e o significado dessa vivência em seu existir. Porém, esse distanciamento não é completo, ele deve manter um elo com a vivência. Não há completa separação dos dois momentos, mas apenas a predominância ora de um, ora de outro (FORGHIERI, 1997).

A Fenomenologia não se preocupa com as relações causais e, sim com a descrição do fenômeno, entendido como consciência, como subjetividade. Essa preocupação, portanto, tem o sentido de mostrar e não de explicar ou analisar (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990). Desta forma, o pesquisador fenomenológico terá uma interrogação e não um problema (BOEMER, 1994). Quando o pesquisador interroga, ele percorre um caminho em direção ao fenômeno, naquilo que se manifesta por si, pelo sujeito que experiencia a situação (MARTINS; BICUDO, 1989).

O pesquisador busca a essência do fenômeno a ser estudado, e essa pode ser alcançada a partir de um método que contempla três elementos fundamentais: redução fenomenológica, intersubjetividade e retorno ao vivido. A intersubjetividade é a relação que se estabelece entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado, seus conteúdos e envolvimento decorrentes dessa relação (HOLANDA, 2003). O mundo-vivido fundamenta-se em como o homem experimenta o mundo. A pesquisa fenomenológica, portanto, procura explicitar os fenômenos em termos

de como eles se apresentam e como são experimentados pelo ser humano (VALLE, 1997).

Buscando identificar e aprofundar a compreensão do significado das experiências do ser humano, os estudos fenomenológicos podem envolver pequeno número de participantes, pois, nesse tipo de investigação são realizados esforços para a vivência dos fenômenos por meio da participação, observação e reflexão introspectiva (TERRA et al, 2006).

2 OBJETIVOS

2.1) Objetivo Geral

Compreender a vivência de adolescentes com anorexia, numa abordagem fenomenológica.

2.2) *Objetivos Específicos*

- a) Identificar e compreender as vivências de adolescentes com diagnóstico de anorexia, quanto ao próprio corpo e à doença;
- b) Identificar as vivências de adolescentes anoréxicas quanto às relações e percepções de seus pais e irmãos.

3 MÉTODO

3.1) Participantes

Participaram desta pesquisa nove adolescentes do sexo feminino com diagnóstico de anorexia nervosa, do tipo restritivo e bulímico, na faixa etária entre 16 e 22 anos de idade, solteiras, com escolaridade mínima de ensino fundamental incompleto, independentemente de classe social. Para participar da pesquisa as adolescentes deveriam estar em acompanhamento psicológico (em grupo ou individual; particular ou em ambulatórios de saúde mental) e/ou em

tratamento médico.

Os dados principais de identificação das participantes são apresentados no Quadro 2, sendo que os nomes das participantes são fictícios.

Quadro 2-Dados demográficos das participantes

PACIENTES	IDADE	ESCOLARIDADE	LOCAL	DIAGNÓSTICO	CLASSIFICAÇÃO (OMS, 1997)
1) Giovana	17 anos	Ensino médio incompleto (cursando)	Clínica Particular	Anorexia do tipo bulímica	Eutrofia
2) Denise	20 anos	Ensino médio completo (cursinho pré-vestibular)	GRATA	Anorexia Restritiva	Magreza Grau III
3) Talita	16 anos	Ensino fundamental incompleto (parou de estudar)	GRATA	Anorexia do tipo bulímica	Eutrofia
4) Mônica	21 anos	Ensino superior incompleto (cursando)	GRATA	Anorexia Restritiva	Eutrofia
5) Amanda	22 anos	Ensino médio completo.	GRATA	Anorexia do tipo bulímica	Eutrofia
6) Bruna	16 anos	Ensino médio incompleto (cursando)	GRATA	Anorexia Restritiva	Magreza Grau III
7) Carla	20 anos	Ensino superior incompleto (cursando)	GRATA	Anorexia do tipo bulímica	Magreza Grau II
8) Iara	21 anos	Ensino superior incompleto (cursando)	Clínica Particular	Anorexia do tipo bulímica	Eutrofia
9) Manuela	20 anos	Ensino superior incompleto (cursando)	Clínica Particular	Anorexia Restritiva	Magreza Grau I

3.2) Local

Três entrevistas foram realizadas em três clínicas nutricionais particulares, em três cidades do Interior do Estado de São Paulo. As demais entrevistas foram realizadas no GRATA (Grupo de Assistência aos Transtornos Alimentares) que existe há 26 anos no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto.

O GRATA conta com equipe multidisciplinar voluntária, composta por nutricionistas, psiquiatra, psicólogos, clínico geral, terapeuta ocupacional, e atende pessoas com transtornos alimentares, entre eles bulimia e anorexia nervosa. Esta equipe promove atendimentos às sextas-feiras das 12h às 16h no Hospital das Clínicas e atende pacientes de toda a região e de locais mais distantes. Os pacientes são atendidos em grupo e individualmente. Há também o grupo de pais no qual são realizadas orientações acerca da doença e o grupo terapêutico

formado pelos pacientes, coordenado por dois psicólogos. As sessões dos grupos ocorrem das 12h às 13h40min. Após a sessão, os pacientes são atendidos pelos nutricionistas, pelo psiquiatra e, em dias diferentes, fazem exames solicitados pelo clínico geral (SANTOS, 2006).

3.3) Instrumentos

Para a obtenção dos dados nesse estudo, foi utilizado um roteiro de entrevista composto de questões gerais estimuladoras do relato, referentes a aspectos da vivência anoréxica das participantes e de suas demais vivências. O apêndice A apresenta o roteiro utilizado.

3.4) Procedimento para a coleta de dados

Inicialmente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, campus de Bauru.

Em busca de possíveis participantes, foram realizados contatos em Centros de Apoio Psicossocial e em clínicas médicas, psicológicas e nutricionais, particulares e de faculdades da região.

A procura por possíveis participantes que apresentassem o perfil exigido para esta pesquisa foi exaustiva, pois foi muito difícil encontrar essas pacientes, por não estarem comprometidas com alguma instituição, além da dificuldade de encontrá-las em clínicas particulares. Foram enviadas cartas para clínicas médicas de profissionais especializados em endocrinologia, nutrologia, psiquiatria, entre outros, mas não se obteve respostas quando à existência ou não de pacientes com anorexia. Nas clínicas de Psicologia e Nutrição das faculdades da região, não se encontrou pacientes com diagnóstico de anorexia. No CAPSI I também não foram encontradas participantes. Tentou-se contato com uma profissional que formou um grupo de pesquisa com pacientes com transtornos alimentares em uma cidade da região de Bauru, mas não foi possível a realização da entrevista com essas participantes porque a faculdade onde este grupo era realizado não autorizou a participação. Dessa forma, foram encontradas muitas dificuldades para o trabalho com esta população, pois além das dificuldades para encontrá-las, ainda muitas das adolescentes indicadas nos diferentes locais contatados mostraram-se reticentes para a realização da entrevista.

As pacientes indicadas e que participaram do estudo foram apresentadas inicialmente pelo responsável da instituição ou clínica, psicólogo ou nutricionista, e convidadas a participar da pesquisa.

Antes de se iniciar as entrevistas, eram apresentados os objetivos e solicitava-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando a adolescente tinha idade inferior a 18 anos, os pais eram contatados previamente para autorização da participação de suas filhas na pesquisa. Todos os pais autorizaram a participação e uma mãe quis permanecer junto a sua filha durante a entrevista.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, com o consentimento das adolescentes e transcorreram numa relação aberta e empática entre entrevistadora e entrevistada, de acordo com a atitude recomendada no método fenomenológico. Foi realizada uma única entrevista com cada participante, com duração média de 38 min e 40 segundos.

3.5) Procedimentos para Análise dos dados

Com base nas proposições de Martins e Bicudo (1989) e Valle (1997) foram realizadas as análises das entrevistas. No primeiro momento, efetuou-se uma leitura geral de cada descrição, sem buscar interpretação do que havia sido dito. Em um segundo momento, as entrevistas foram relidas várias vezes, sendo que iam sendo grifadas as falas das entrevistadas diretamente relacionadas ao fenômeno investigado, buscando identificar relatos de vivências relacionadas aos objetivos do estudo. Nas releituras, buscou-se identificar as unidades de significado, por meio da captação dos significados atribuídos pelas adolescentes às experiências relatadas. A seguir, as unidades de significado foram alocadas em categorias temáticas que foram se delineando nas entrevistas de todas as participantes e que, de certo modo, relacionavam-se às questões colocadas pelo trabalho.

Foram definidas três categorias temáticas gerais: trajetória da doença e do tratamento; percepção do corpo e da saúde, vivências em relação à alimentação e relacionamento e percepção dos familiares pelas adolescentes. As categorias foram divididas em subcategorias. Com relação à trajetória da doença e do tratamento, as subcategorias foram: estratégias para emagrecer; início e desenvolvimento dos sintomas; início do tratamento e desenvolvimento do tratamento. Na categoria percepção do corpo e da saúde foram definidas as seguintes subcategorias: percepção do corpo e da saúde no início da doença; percepção do corpo e da saúde atual; saúde no início e decorrer do transtorno; saúde atual e preocupações com o corpo. A categoria vivências em relação à alimentação não foi subcategorizada. As subcategorias

referentes ao relacionamento e percepção dos familiares foram: relação com o pai; percepção sobre o pai; relação com os irmãos; percepção sobre os irmãos; relacionamento com a mãe e percepção sobre a mãe. As unidades de significado descritas nessas categorias foram transformadas, por meio da reflexão da pesquisadora, em discurso psicológico, a partir da redução fenomenológica e com base nos significados das vivências das participantes.

A análise de dados numa pesquisa em fenomenologia é dividida em três critérios de análise e de síntese: descrição, redução e interpretação fenomenológica, tal como proposto por Forghieri (1997). Para Leite e Gomes (1998) esses são critérios de análise porque consistem numa separação das partes de um todo e em sua descrição. É uma síntese porque agrupa as partes separadas (redução) em novas partes que posteriormente serão acrescentadas ao todo (interpretação). Desta forma, após a descrição dos dados obtidos, de acordo com a sequência e organização descritas, procedeu-se à interpretação dos mesmos, transformando-os em linguagem psicológica, esclarecedora da estrutura do fenômeno investigado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas com as participantes transcorreram de acordo com as orientações do método fenomenológico, estabelecendo-se uma relação de confiança e de empatia entre pesquisadora e participantes. Além dos dados demográficos das adolescentes, algumas observações referentes ao momento da entrevista e outras informações sobre as participantes complementam e auxiliam a melhor compreensão da história, da configuração familiar e da relação de cada participante com a pesquisadora.

Giovana - Mora com os pais e um irmão de 15 anos de idade e não trabalha. Começou a restringir a alimentação com 16 anos de idade, chegou aos 34 quilos e atualmente pesa 45 quilos, com 1,55 m de altura. Essa entrevistada foi bastante participativa, relatando muitos dados sobre as relações familiares. Segundo ela, durante um bom tempo de sua vida, sua avó paterna residiu com a família, e isso interferiu muito em sua criação. A avó não permitia que a mãe de Giovana demonstrasse qualquer autoridade perante os filhos e marido e isso foi algo que marcou demais a infância de Giovana. Outro aspecto bastante ressaltado por ela, referiu-se à imaturidade de seu pai e sua dependência da esposa, de sua mãe e até mesmo da filha participante. Giovana relatou que se espelha demais na mãe, citando que ela é o seu *exemplo de mulher*, pois trabalha fora e cuida muito bem do lar e da família. Ao mesmo tempo em que Giovana mostra a admiração pela autonomia da mãe, demonstra ser muito pouco autônoma, dizendo até que gostaria de morar fora para estudar, mas que não conseguiria ficar longe da família, citando, inclusive que prefere sempre que os outros façam as coisas para e por ela.

Denise - Mora com os pais e um irmão de 21 anos de idade, não trabalha, começou a restringir a alimentação com 16 anos de idade, chegou a pesar 31 quilos e atualmente pesa 46 quilos com 1,74 m de altura. Denise relatou várias vivências dela com relação à doença, mas o que mais se evidencia é a dependência da mãe com relação à entrevistada. Denise disse que acredita que a mãe não quer que ela melhore, para não ter que deixar de cuidar dela, de preparar sua alimentação e de estar “em cima” dela o tempo todo. Denise ainda não recuperou o peso e apresenta uma grande distorção da imagem corporal. Embora exista essa relação de dependência mãe-filha e vice-versa, Denise referiu que precisa se “libertar” disso, pois relata que essa dependência a tem aborrecido demais.

Talita - Mora com os pais; tem uma irmã casada, de 28 anos; não trabalha, começou a restringir a alimentação com 14 anos de idade, chegou a pesar 36 quilos e atualmente pesa

47,5 quilos, com 1,59 m de altura. Talita falou pouco de suas vivências com relação à doença; suas falas foram geralmente monossilábicas e curtas, apenas respondendo o que a pesquisadora perguntava, não explorando o assunto ou entrando em maiores detalhes. Atualmente parece ser bastante dependente do namorado que é dez anos mais velho que ela. Ela se refere à ausência dos pais e diz ser mais apegada à mãe, embora tenha uma relação afetiva distante com ela e com a irmã que é casada.

Mônica - Mora com os pais e dois irmãos com 21 anos de idade (são trigêmeos); não trabalha; começou a restringir a alimentação com 13 anos de idade; chegou aos 29 quilos e atualmente pesa 41,8 quilos, com 1,50 m de altura. Mônica falou bastante de sua família e das relações familiares. Ela acredita que os pais interferem demais em suas escolhas, pois como teve paralisia cerebral ao nascer, os pais a consideram incapaz de realizar algumas tarefas e isso a incomoda. Relata que a mãe é muito presente, mas considera o pai relativamente ausente, devido à sua condição de trabalho (viajante). Diz que os pais a tratam como um bibelô, o que a impede de desenvolver e demonstrar autonomia em alguns casos.

Amanda - Mora com os pais e com um irmão de 18 anos de idade; trabalha em um estabelecimento comercial; começou a restringir a alimentação com 13 anos de idade; chegou aos 20 quilos e atualmente pesa 50 quilos, com 1,57 m de altura. Amanda relatou sobre uma cirurgia que teve que fazer na coluna, e acredita que por essa razão tenha ficado traumatizada e sem apetite. Ela considera que ela seja a maior causadora das brigas em família, pois se considera nervosa, acha que os pais e irmão são bastante calmos e tranquilos e acabam deixando-a fazer o que quer.

Bruna - Mora com os pais e um irmão de 20 anos de idade; não trabalha; começou a restringir a alimentação com 15 anos de idade; chegou aos 32 quilos e atualmente pesa 35 quilos, com 1,57 m de altura. Bruna fazia natação e acredita que esse esporte exigia muito dela. Também se considera uma pessoa bastante exigente nos estudos. Refere-se ao relacionamento familiar como muito bom, e se dá bem com todos os membros da família. Para ela, a mãe tenta agradar a todos e tenta poupá-la de qualquer sofrimento.

Carla - Mora com a mãe e um irmão de 26 anos de idade; os pais são divorciados; ela não trabalha; começou a restringir a alimentação com 17 anos de idade; chegou aos 41 quilos e atualmente pesa 45 quilos, com 1,66 m de altura. Carla atribui seu problema à separação dos

pais, relatando que o pai se afastou dela e do irmão após a separação e que isso a deixa muito triste.

Iara - Mora com os pais e com um irmão de 27 anos de idade; tem um irmão casado que mora no exterior e uma irmã adotiva também casada; trabalha em seu estabelecimento comercial; começou a restringir a alimentação com 14 anos de idade; chegou aos 41 quilos e atualmente pesa 65 quilos, com 1,66 m de altura. Teve edema devido à falta de vitamina B1 e por isso engordou. Iara considera que os pais são pessoas “sem estudo”, “sem cultura” e se ressentem pelo fato de que eles não reconhecem suas qualidades e nunca a elogiam, sempre a comparando de forma negativa, com outras pessoas ou parentes. Demonstra ter um grande senso de autonomia por ser responsável pelos dois estabelecimentos comerciais da família.

Manuela - mora com os pais; é filha única; não trabalha; começou a restringir a alimentação com 16 anos de idade; chegou aos 37 quilos e atualmente pesa 47 quilos, com 1,62 m de altura. Manuela acredita que deixou de ter vontade de comer quando foi prestar vestibular e não conseguiu passar no curso que almejava. Considera o pai ausente, embora ele se preocupe com ela. Segundo a participante, a mãe é bastante presente e é uma das suas únicas companhias, acompanhando Manuela em todos os lugares. A mãe, inclusive, quis estar presente na entrevista. Ambas não citaram a palavra anorexia.

Entre as nove adolescentes entrevistadas, cinco apresentaram diagnóstico de anorexia do tipo bulímica e quatro apresentavam diagnóstico de anorexia restritiva, tendo como estratégias para emagrecer somente a restrição alimentar. Para Busse (2004), as estratégias de emagrecimento presentes na BN nem sempre estão presentes na AN, ele cita autores como Flaherty que diz que em 50% , ambos os transtornos estão associados.

Cinco (55%) das nove pacientes entrevistadas, apresentaram classificação segundo a OMS (1997) de eutrofia, na data da entrevista, com cálculo do IMC considerado adequado. Mas duas pacientes (22%) mesmo com algum tempo em tratamento, apresentaram magreza de grau III; uma paciente (11%) apresentou magreza de grau II e uma paciente (11%) apresentou magreza de grau I.

Não foram encontrados registros na literatura indicando o tempo de evolução das pacientes com AN quanto ao ganho de peso, porém o tratamento da AN, dadas as condições multifatoriais da doença, é geralmente longo e demorado, porque é necessário o auxílio de

uma equipe interdisciplinar e principalmente o apoio da família. O tempo de tratamento das pacientes entrevistadas parece ter resultado em ganho de peso para elas, embora algumas ainda se encontrem com baixos níveis de IMC.

A maior parte das adolescentes (78%) morava com os pais e pelo menos um irmão; duas (22%) trabalhavam e as demais estudavam, com exceção de Talita. Atualmente os jovens têm permanecido mais tempo no ambiente familiar, adiando sua independência emocional e financeira, o que tem sido chamado de *fenômeno do ninho cheio*, conforme Silveira e Wagner (2006) relatam em sua experiência de pesquisa. Para as autoras, podemos pensar em uma forma de organização familiar, que vem surgindo, a partir das difíceis condições econômico-sociais atuais, retardando o momento de maior independência dos jovens.

4.1) Trajetória da doença e do tratamento

As adolescentes relataram toda a trajetória e o percurso da doença, desde o diagnóstico até o tratamento atual. Algumas participantes aprofundaram-se mais em suas vivências e em seus relatos, sendo que outras manifestaram maior dificuldade em refletir e relatar as vivências, ficando mais restritas aos fatos ligados à anorexia e/ou ao tratamento.

Apenas Talita não descreveu muito a trajetória da doença e do tratamento e nem mesmo ampliou seus relatos frente a outras questões colocadas pela pesquisadora, falando muito brevemente, com poucas informações e relatos de suas vivências. Giovana, Denise, Mônica, Iara e Manuela descreveram minuciosamente a trajetória da doença e do tratamento e foram as que mais se aprofundaram nas outras questões colocadas na entrevista. Amanda, Bruna e Carla descreveram de forma breve, porém suficiente, sua trajetória e tratamento da doença.

As descrições das entrevistadas sobre a trajetória do adoecimento e dos tratamentos foram subcategorizadas:

4.1.1. Estratégias para emagrecer

A principal estratégia para emagrecer utilizada pelas participantes foi a restrição alimentar, sendo que cinco pacientes utilizavam-se também de métodos purgativos, como a indução de vômitos, exercícios físicos em excesso, ingestão de medicamentos laxantes e/ou purgativos para obter o peso desejado.

“Minha mãe me via comer, mas eu ficava em casa sozinha depois, quando eu aproveitava e ia vomitar. Ou eu vomitava, ou tomava laxante, eu comprava escondido e tomava... Eu caminhava e fazia ginástica, só que como a minha alimentação não era o suficiente pra fazer tudo isso... pesquisava na internet o que acontecia, eu fuçava” (Giovana, 17 anos).

“Eu não comi mais nada. E no outro dia eu ficava sem comer de novo, e aí eu fui restringindo cada dia mais, cada vez mais, se hoje eu comia três bolachas, amanhã eu comia duas, se amanhã eu comia duas depois de amanhã eu comia uma e depois no outro dia eu comia meia, aí eu fui restringindo bastante cada dia, até passar a não conseguir nem beber água né” (Denise, 20 anos).

“Eu fiz de tudo pra emagrecer, tomava laxante, ficava sem comer assim três dias, não colocava nem água na boca” (Talita, 16 anos).

“Eu restringia carboidrato né, salada nem tanto, mas aí teve uma época também que eu já restringia tudo, porque assim, tudo você ganha peso então eu restringia tudo” (Mônica, 21 anos).

“Um tempo eu fiz academia, né, aí eu não comia, mas aí eu fazia muita academia” (Amanda, 22 anos).

“Eu deixava de comer, eu deixava” (Bruna, 16 anos).

“Eu não comia, quando eu comia, eu comia muito pouco, e já vomitava, e tomava laxante e diurético... eu entrava na internet, eu estudava pra saber como eu fazia pra ficar mais magra e daí que eu descobri do laxante, já tomei detergente, assim, acho que só. Eu tomava 20 laxantes por dia.” (Carla, 20 anos).

“Eu fui diminuindo, até que eu só comia salada, passava o dia todo e só salada... Eu fazia uma gelatina *diet* e deixava lá, então eles saíam e eu não comia, ou eu comia essa gelatina e vomitava... eu ficava olhando os sites de anorexia e eu falava, mas eu não to magra assim (Lara, 21 anos).

“Eu abandonei a comida” (Manuela, 20 anos).

As pacientes com anorexia do tipo restritivo costumam utilizar estratégias como só aceitar comer estando sozinhas e, desta forma, burlar a alimentação. As pacientes com anorexia do tipo bulímico podem alternar jejuns prolongados com episódios bulímicos ou purgativos. Dentre os métodos mais compensatórios, os mais frequentes são vômitos, uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos e práticas de exercícios físicos de forma excessiva (CLAUDINO; ZANELA, 2005). Para que os pais e/ou familiares não percebessem que as participantes estavam restringindo a alimentação, elas se utilizavam de estratégias para mostrar que haviam comido, quando na verdade não tinham comido absolutamente nada, conforme seus relatos.

“Às vezes eu pegava o prato colocava comida, voltava a comida na panela e colocava o prato sujo na pia, para eles verem que eu já tinha jantado” (Giovana, 17 anos).

“Minha mãe me perguntava e eu falava que tinha comido” (Mônica, 21 anos).

“Sempre dava a desculpa do meu intestino, porque como meu intestino era preso, eu falava que não ia comer aquilo porque aquilo lá ressecava o intestino, mas o intestino assim ele é preso, mas ele funcionava, ele era preguiçoso” (Manuela, 20 anos).

Para Claudino e Zanela (2005), a paciente anoréxica estabelece pesos ideais, abaixo dos padrões saudáveis e busca alcançá-los de forma agressiva consigo mesma envolvendo seus familiares. As pacientes apresentam medo e ansiedade durante as refeições; cuidado excessivo quanto às porções a serem consumidas; cortam os alimentos em pedaços muito pequenos; mastigam demais; escondem as comidas que está na mesa nos bolsos ou guardanapos; retiram o excesso de gordura; cospem os alimentos e, principalmente, gostam de comer sozinhas.

4.1.2. Início e desenvolvimento dos sintomas

Giovana, Denise, Talita Mônica e Iara relataram ter começado a restringir a alimentação e desenvolver a anorexia, porque estavam se sentindo gordas, mas Amanda, Bruna, Carla e Manuela atribuíram o início desses sintomas a alguma situação de estresse que vivenciaram. Cinco (55%) das participantes iniciaram a restrição de alimentos antes dos 15 anos de idade e as demais (45%) começaram a emagrecer entre 16 e 17 anos, indicando, tal como encontrado na literatura, que a AN tem início mais frequentemente na adolescência e menos frequente no início da idade adulta.

Segundo Busse (2004), o início dos sintomas da anorexia acontece por volta dos 13 e 17 anos de idade, sendo que todas disseram ter começado a restrição de alimentos por algum motivo que as fizeram se sentir gordas, como se pode constatar ver nos relatos das pacientes.

Para Assumpção Jr. (2004), atualmente o sonho pela beleza e eterna juventude rege a conduta dos indivíduos: são *peelings*, *liftings*, plásticas, entre outros. Como o padrão de beleza considerado adequado hoje é o da mulher magra, a busca incessante por este padrão faz com que as mulheres se utilizem de qualquer método, mesmo que seja prejudicial à saúde. No caso das adolescentes a busca por esse padrão de beleza é ainda mais intensificada, visto que a fase em que estão é a de maior vulnerabilidade pela necessidade de aceitação social e auto-aceitação, o que faz com que sejam suscetíveis à busca de “perfeição” (Busse,

2004).

“Tinha corpo tal, até que teve uma época que eu engordei muito. Eu tenho 1,55 m, eu fui pesar 62, 63. Eu tava bem acima do peso até. Só que eu não ligava, nos meses que eu fiquei assim eu não ligava. Ai de repente eu comecei a não gostar mais. Acho que daí eu comecei a, sei lá, a ver minhas amigas que estavam mais em forma, mais bonitas. E eu não me achava tão bonita quanto elas. E quis começar a emagrecer” (Giovana, 17 anos).

“Minha amiga disse vamos parar de fazer regime? A gente já tinha emagrecido dois quilos, tava bom, ela não queria mais fazer regime, aí ela começou a comer, pegou um sorvetão bem recheado mesmo, aí eu fui e fiz um sorveteinho mais leve, coloquei uma bola só de sorvete de limão, que era o que eu mais gostava na época, que era de fruta, aí eu tava tentando tomar aquilo, aí eu comecei a sentir aquela culpa enorme, que eu me lembro como se fosse hoje, e eu já não conseguia mais, aí eu tinha que tirar aquilo de mim que não pertencia a mim, aquele sorvete não pertencia a mim, entendeu? Eu não podia ficar com aquilo no estômago, então a partir daí eu comecei a restringir, por que eu ficava pensando 24 horas naquele sorvete” (Denise, 20 anos).

“Eu achava que eu era gorda e queria emagrecer. Nessa época eu tava estudando, e de fato eu era realmente gorda, porque com 11 anos eu tava com 52 quilos... mas aí as pessoas onde eu estudava né? Que me chamavam de gorda, e até achavam que eu era esquisita assim, não sei porque né?” (Talita, 16 anos).

“Uma vez uma pessoa falou pra outra, nossa mas a fulana ta bem gordinha né, é bem gordinha não sei que. Aí essa fulana sabe, aí foi desencadeando assim e eu já não gostava também do meu corpo, assim, porque eu comia muito doce... eu me achava com muita intensidade e gorda e não queria ta daquele jeito, eu não gosto do meu corpo” (Mônica, 21 anos).

“Eu fiz uma cirurgia de escoliose em 1999. Aí logo depois eu comecei a perder muito peso, só que ninguém descobria o motivo... foi uma coisa espontânea assim, porque eu tava assim, não sei se foi devido ao trauma, porque a cirurgia eu não aceitei de jeito nenhum que é um trauma até hoje... Eu já não conseguia andar mais, quando foi pra mim fazer a cirurgia, na verdade foi um erro médico também, porque demorou muito tempo pra tomar as providencias então eu já não andava eu não consegui fazer muita coisa, minha vida parou por um tempo, aí foi onde meu pai tinha perdido o emprego, aí meu pai tava desempregado me levou no posto de saúde, chegou lá a mulher já me encaminhou correndo, aí então foi assim, dentro de uma semana eu já fiquei sabendo que eu tinha que fazer essa cirurgia, aí já marcou, eu fui tipo numa semana, na próxima semana eu já ia ter que fazer essa cirurgia, aí eu fiquei dois meses acamada, dois meses de cadeira de rodas” (Amanda, 22 anos).

“Tive hipertireoidismo, que fez eu perder o peso inicialmente e perder a fome, só que aí muitas vezes o hiper pode desencadear a anorexia, e em mim desencadeou... É porque eu comecei a ficar assim sem fome, se, a principio não era nada de engordar, medo alguma coisa assim. Foi só ahh, assim, a recusa da comida, sabe? Eu não me sentindo muito bem eu não queria comer, não tinha fome. E eu chorava sem saber porque chorar, aí até que foi assim eu chorava muitas vezes porque eu tinha aflição por comida... eu me exijo muito, aí as vezes quando aquilo enche, por exemplo eu tava fazendo, essa semana, eu tava fazendo um trabalho de física, só que eu perdi as aulas tendo que fazer exames ou vindo pra cá, então eu perdi as aulas, aí eu pedi para as meninas me explicarem, mas elas não falam que nem o professor né. As

vezes ele me ensina alguma técnica, algum detalhe que ele fala a gente guarda, então não é a mesma coisa, aí só que eu achava que eu devia conseguir fazer e eu com o trabalho lá, eu achava que eu devia fazer, fazer, fazer, fazer, fiquei a tarde inteira até sete horas da noite, até que então eu não agüentei mais, o meu psicológico tanto assim me exigindo, então, aí eu comecei a chorar, chorar, aí assim foi o nervoso, e muitas vezes é porque eu fico nervosa com alguma coisa, mas no começo eu chorava porque tinha que comer” (Bruna, 16 anos).

“Meus pais se separaram... Foi difícil porque eu era muito grudada com o meu pai e aí depois que a minha mãe se separou ele se afastou um pouco da gente. Aí foi onde eu deixei mais ainda de comer, tive depressão, fiquei meio depressiva e foi começando assim” (Carla, 20 anos).

“Quando eu tinha meus 14 anos, eu decidi, achei que eu tava gorda, gorda e comecei a fazer regime... como eu não tinha nenhuma instrução, não sabia o que era certo o que era errado, aí eu comecei a trabalhar com uma ex cunhada minha, que hoje já se separou do meu irmão, com estética... porém eu não gostava dessa área e era difícil eu trabalhar com ela, porque ela era muito difícil, então, só que eu sempre fui uma pessoa que nunca conseguiu falar, então eu sofria calada e eu me lembro que até que eu comecei a pensar assim, aí eu comecei a almoçar lá, como eu só almoçava, eu falei aí eu quero emagrecer mesmo eu vou diminuir de comer... A minha nutricionista mandou eu falar que eu não podia trabalhar, então eu parei, aí eu comecei a trabalhar numa clínica de podologia, só que a dona da clínica, a podóloga era bulímica, ela falava eu como mesmo, só que depois eu vomito tudo, então quer dizer eu não sai de um ambiente ruim e fui para um, eu fui para um ambiente um pouco pior, porque daí era só aquele assunto, só aquele assunto, e não adianta falar você tá magra, eu via eu gorda” (Lara, 21 anos).

“Começou com 16 para 17 anos. Que foi na fase que eu tava no segundo para o terceiro colegial, que aí começou meio que como uma desculpa porque meu intestino é muito preso, e na mesma época eu tava começando a procurar que profissão eu ia querer, que rumo eu ia querer na vida, e eu queria muito medicina, sempre pensei em medicina. Aí no terceiro colegial eu comecei a estudar, de manhã, à tarde e à noite pra fazer medicina, e aí eu fui meio que deixando a comida de lado, eu tava querendo estudar. Então eu abandonei a comida, aí no final do terceiro colegial veio a frustração porque eu não passei em medicina, eu fiquei na lista de espera tudo e não fui chamada, então aí acho que foi pior, se eu não tivesse passado de cara acho que teria sido melhor” (Manuela, 20 anos).

Todas as adolescentes entrevistadas atribuíram um motivo para o início da falta de apetite. Para Fernandes (2006), este é um sintoma comum, pois o ser humano, de uma maneira geral, frente a alguma situação de estresse, transfere para a alimentação seu foco de “fuga”. Com os obesos ocorre o contrário, frente a um fator estressante, a tendência é exagerar na alimentação e não restringir como ocorre com o indivíduo com AN.

4.1.3. Início do tratamento

As mães das pacientes entrevistadas em sua grande parte perceberam os sintomas das filhas e resolveram ir à busca de tratamento, como ocorreu com os casos de Mônica, Denise, Bruna, Amanda e Manuela; mas algumas das adolescentes começaram a ficar com medo do que estava acontecendo em seu corpo e resolveram contar para os pais e procurar ajuda como ocorreu com Giovana e Iara, devido a sintomas como queda de cabelo, amenorréia, fraqueza, desmaios, perda de interesse e falta de disposição para realizar as atividades de rotina, como estudar e realizar outras atividades. O caso de Talita foi diferente dos demais, pois os pais, possivelmente sem saber o que fazer acionaram o Conselho Tutelar da cidade em que moram, e o próprio conselho tomou as providências para o caso. Com Carla, foi um médico consultado por sintomas de dores estomacais que diagnosticou a anorexia (que evoluiu para bulimia) e orientou a família.

“Em abril eu resolvi contar porque eu vi que eu tava emagrecendo mais, não tava conseguindo parar, daí eu resolvi falar, e estava perdendo o que eu mais gostava em mim que era meus cabelos, daí também foi em abril que eu comecei a namorar, que eu não queria trazer o problema pra ele também, então eu quis botar um ponto final nisso... aí foi quando eu resolvi contar pro meu pai e pra minha mãe e procurar ajuda” (Giovana, 17 anos).

“Então eu só queria emagrecer, emagrecer, aí minha mãe me levou na ginecologista, depois de três meses que eu já tinha emagrecido uns 8 quilos, aí, de 56 que minha ginecologista viu que eu tava antes, eu já tinha chegado lá com 46. Aí a minha ginecologista falou que eu tava com o diagnóstico de anorexia, e me encaminhou para um psiquiatra só que aí, esse psiquiatra conversava comigo, só que eu não queria saber de nada, só falava que eu tava gorda, que eu tava gorda, aí ele me internou com 44 quilos... Minha mãe tava desesperada, por isso fomos na ginecologista. Aí essa menina não come, essa menina só fala que ta gorda, levo no psicólogo, o psicólogo fala que ela não tem nada, que é coisa de adolescente” (Denise, 20 anos).

“Pra eu começar o tratamento foi assim, eu tava lá quieta na minha casa, com esse problema tal, e de repente, o conselho tutelar, tava sempre correndo atrás de mim, porque acho que alguém deve ter chamado, minha mãe ou meu pai, por causa de eu não ta bem. Devem ter chamado, daí eles me pegaram de surpresa, eu tava lá, jogando vídeo game, era umas 6 horas da tarde, aí, a mulher do conselho tutelar apareceu lá e me levou para o hospital, e, eu fui o caminho inteiro até chegar no hospital, chorando” (Talita, 16 anos).

“Quem percebeu foi a minha mãe, ela conta que leu, em alguma reportagem e de repente comentou na academia com uma psicóloga lá, e a psicóloga falou pra ela, que, mas antes disso, ela comentou com o pessoal ali, aí, elas orientaram a minha mãe, a procurar, um psicólogo pra mim, aí minha mãe perguntou se eu queria freqüentar, eu acho que é mais ou menos assim, e a psicóloga pediu pra minha mãe me levar num neuro. Hum, claro, eu tenho um problema neurológico, né também, ela não podia descartar também a possibilidade de ser uma coisa né? Aí ela me levou num neuro, e o neuro me encaminhou pra um psiquiatra” (Mônica, 21 anos).

“Minha mãe fala que era muito horrível porque eu não comia nada, e aí depois que eu operei foi onde descobriu, o que realmente eu tinha, anorexia, aí foi onde eu tratei com uma nutróloga só que eu não conseguia ganhar

peso” (Amanda, 22 anos).

“Eu fui em um endócrino aí ele pediu exame de TSH aí ele descobriu hipertireoidismo, só que aí eu não queria mais comer, aí começou a vir o sentimento da comida que engorda, da comida que faz mal pra saúde, o que eu como, o que ele vai fazer lá dentro? Sabe, tudo essas preocupações com comida? Aí então quando eu comecei a decifrar isso, esse sentimento dentro de mim, aí que minha mãe me trouxe pra cá (GRATA)” (Bruna, 16 anos).

“Eu tava com uma dor muito forte no estômago daí eu fui no gastro, e aí ele disse que eu tava com anorexia nervosa, depois de ter feito todos os exames. Aí depois da anorexia foi a bulimia” (Carla, 20 anos).

“Eu passava o dia todo e só salada, no almoço só salada e mais nada, aí até que eu comecei o tratamento com a nutricionista, voltei a comer um pouco melhor, mas eu tinha muito medo” (Iara, 21 anos).

“Minha mãe e minha tia, que é muito ligada comigo, começaram a cobrar de mim, me levaram no meu pediatra porque eu tenho um “Q” com ele e nada, eu não consegui enfrentar o problema, pra mim não era nada, aí atrás do pediatra eu fui na psiquiatra no começo ela só conversava porque eu não aceitava tomar nenhuma medicação, eu nunca aceitei isso (jeito que se refere a anorexia)” (Manuela, 20 anos).

Todas as participantes quando iniciaram o tratamento, se apresentavam com uma magreza de grau III, ou seja, com índice de IMC abaixo de 16 Kg/m, portanto em um estado crítico da doença, no que se diz respeito à avaliação nutricional e à massa corpórea. Os pacientes com AN com frequência não procuram voluntariamente o tratamento (MOREIRA; OLIVEIRA, 2008). Neste estudo isso aconteceu, sendo que cinco das nove adolescentes, foi os pais na maior parte dos casos, a mãe, quem procurou auxílio de profissional especializado.

Giovana e Iara sentiram medo em relação ao que estava acontecendo com seu organismo e procuraram tratamento com o auxílio da família. Mesmo com os sinais físicos que as filhas apresentavam, suas mães não percebiam que estavam doentes, considerando que se tratava de um simples regime, com os exageros da adolescência. Segundo Holm-Denoma et al (2008), o paciente anoréxico vai se definhando aos poucos, o que caracteriza uma forma de suicídio lento Para Fernandes (2006), os pacientes anoréxicos buscam a autodestruição por meio da impulsividade e da vontade de atingir seus objetivos o mais rápido possível.

4.1.4. Desenvolvimento do tratamento

Oito das participantes estudadas, na época da entrevista, faziam acompanhamento com psicólogo, nutricionista e psiquiatra; apenas Iara não estava fazendo acompanhamento psicoterápico e nem psiquiátrico no momento, embora no início do tratamento tenha sido acompanhada por esses profissionais.

Para mostrar os resultados do tratamento que as pacientes estavam realizando, o Quadro 3 apresenta uma comparação dos pesos das pacientes quando iniciaram o tratamento e os pesos encontrados após algum tempo de tratamento, na época das entrevistas para este estudo.

Quadro 3 – Resultados do tratamento até o momento da entrevista

<i>Pacientes</i>	<i>Idade de início</i>	<i>Peso inicial</i>	<i>IMC inicial</i>	<i>Classificação (OMS, 1997)</i>	<i>Peso atual</i>	<i>IMC atual</i>	<i>Tempo de tratamento</i>
Giovana	16 anos	34 Kg	14,15 Kg/m ²	Magreza grau III	45 Kg	18,73 Kg/m ²	8 meses
Denise	16 anos	31 Kg	10,23 Kg/m ²	Magreza grau III	46 Kg	15,19 Kg/m ²	4 anos
Talita	14 anos	36 Kg	14,23 Kg/m ²	Magreza grau III	47,5 Kg	18,84 Kg/m ²	2 anos
Mônica	13 anos	29 Kg	12,88 Kg/m ²	Magreza grau III	41,8 Kg	18,57 Kg/m ²	1 ano
Amanda	13 anos	20 Kg	8,11 Kg/m ²	Magreza grau III	50 Kg	20,28 Kg/m ²	5 anos
Bruna	15 anos	32 Kg	12,98 Kg/m ²	Magreza grau III	35 Kg	14,19 Kg/m ²	1 ano
Carla	17 anos	41 Kg	14,8 Kg/m ²	Magreza grau III	45 Kg	16,33 Kg/m ²	2 anos
Iara	14 anos	41 Kg	14,87 Kg/m ²	Magreza grau III	65 Kg	23,58 Kg/m ²	3 anos
Manuela	16 anos	37 Kg	14,09 Kg/m ²	Magreza grau III	47 Kg	17,90 Kg/m ²	3 anos

Todas as participantes chegaram a uma classificação, segundo a OMS (1997), em magreza de grau III no decorrer do transtorno, apresentando o calculo do IMC abaixo de 16 Kg/m².

Com quatro anos de tratamento, Denise, de 20 anos de idade, recuperou 15 Kg, mas continua com uma magreza de grau III, apresentando IMC de 15,19 Kg/m². Bruna também se encontra com magreza de grau III, apresentando IMC de 14,19 Kg/m² mesmo após um ano de tratamento.

Carla (20 anos), em dois anos de tratamento, se encontra com uma magreza de grau II com IMC de 16,33 Kg/m². Manuela (20 anos) apresentou magreza de grau I após três anos de tratamento, com IMC de 17,90 Kg/m².

Iara (21 anos), devido a uma desnutrição gravíssima, teve edema devido à falta de vitamina B1 e engordou; está com um IMC de 23,58 Kg/m²; atualmente, só é acompanhada

pela nutricionista e nem faz uso de medicação. Desde a primeira vez que surgiram os sintomas, Iara teve muitas recaídas, emagrecendo demais e chegando a ficar internada várias vezes; recuperava o peso, mas logo tinha uma recaída, até que chegou ao estado em que está atualmente, muito inchada. A paciente apresenta sintomas de depressão, além do quadro de anorexia.

“Sabe eu to feliz porque eu to estudando só que eu to infeliz com isso porque eu não consigo voltar ao normal, e pra mim é morte isso, sabe sábado eu briguei com a minha mãe eu pedia pra Deus pra fazer eu acordar morta porque eu não queria mais viver desse jeito só que eu quero melhorar pra eu provar pra mim mesmo, que eu consigo” (Iara, 21 anos).

Foi possível perceber a melhora na distorção de imagem e principalmente no reconhecimento da doença, por não quererem mais ficar no estado em que se encontravam no momento crítico da doença, em duas adolescentes entrevistadas: Giovana (17 anos) e Mônica (21 anos). As demais pacientes ainda apresentam o diagnóstico de anorexia de forma crônica, com distorção da imagem corporal, com problemas relacionados à saúde e, algumas, mesmo com certo tempo de tratamento, não demonstraram consciência de que precisavam ganhar peso para melhorar, principalmente dos sintomas físicos, tais como fraqueza, cansaço, falta de disposição, dores, amenorréia, queda de cabelo, entre outros.

Sullivan (1995) aponta que cerca de 20 % dos pacientes afetados pela AN, apresentarão a doença de forma crônica com grave comprometimento na qualidade de vida, 30% a 40% desses pacientes terão recuperação completa com o tratamento, mas para o autor, quanto mais precocemente forem tratados a solução será mais rápida e eficaz.

Os relatos abaixo demonstram a gravidade dos sintomas e as vivências das entrevistadas:

“Teve uma vez que eu cheguei a desmaiar, aí eu comecei a me preocupar mais, a levar mais a sério o tratamento que eu estava fazendo... Depois que comecei ir na nutricionista, eu sabia que o que ela falasse que eu podia comer, eu podia comer tranquila. Aí, foi quando eu comecei a comer sem medo... para comer um carboidrato, por exemplo, eu tenho receio ainda... agora que eu to começando a me adaptar de novo a comida, a comer um pouco mais, daí agora eu já to pensando em voltar, mas ainda não tá bom ainda, ainda não é o momento, então por enquanto a única coisa que eu faço é comer o que a nutricionista fala” (Giovana, 17 anos).

“Como o que meu corpo me pede. Quanto as minhas necessidades e enquanto a minha vontade” (Denise, 20 anos).

“Eu sempre to comendo alguma coisinha. Eu não fico mais nenhum dia sem ingerir nada, igual antes... Eu tenho medo de comer de novo e de engordar” (Talita, 16 anos).

“Hoje, já tem aquela consciência, sabe que eu preciso ficar assim, ou que eu preciso me manter bem pra atingir meus objetivos, então (Mônica, 21 anos).

“Eu como, só que eu faço só três refeições né. Eu só tomo café da manhã almoço e janta, aí ela acha que ainda é pouco, porque eu fico muito intervalo sem comer, mas eu não consigo comer” (Amanda, 22 anos).

“Não importa o que você acha, ou o que o outro acha do meu corpo, é aquela coisa de exigência consigo mesma, eu quero o meu corpo magro, então é assim só (Bruna, 16 anos).

“Eu não aceito saber que eu tenho que comer entendeu? Eu sempre fui bailarina desde os três anos então sempre comi pouco” (Carla, 20 anos).

“Eu começava a ficar bem recuperar peso eu abandonava o tratamento por que eu tinha medo, porque eu achava que eu ia engordar muito... passei o natal péssima toda inchada, passei o ano novo péssima com os pés inchados até no aniversário do meu irmão que foi em janeiro quando todo mundo viu, viu meus pés como tava, minha tia chorou de desespero de achar que eu tava com alguma doença... se eu sem edema me via gorda imagine agora... eu no desespero de medo de engordar quando eu larguei do meu namorado eu comecei a tomar diurético, eu achava que nada ia dar certo pra mim... (Iara, 21 anos).

“Agora eu vejo o quanto eu sou neurótica, porque eu acho, eu acho não eu tenho certeza que eu sou neurótica por comida assim, sabe de não querer comer, de ir no espelho achar que ta gorda, essas coisas... eu acho que ta alguma coisa errada, então eu to tendo que me policiar bastante, na alimentação eu ainda tenho dificuldade, se eu ficar sozinha assim eu não como, e aí eu me desconto as vezes no doce, quando eu como um doce que eu gosto eu tenho que comer aquela hora porque já me sujei com um pedacinho então eu vou ter que comer tudo porque depois eu não vou comer mais, o resto da semana, então é bem isso (Manuela, 20 anos).

A AN é considerada uma doença grave e, entre os pacientes com este diagnóstico as principais causas de morte são o suicídio e os efeitos diretos do jejum. O tratamento dos pacientes com diagnóstico de AN envolve equipe multidisciplinar, que visa principalmente a restauração do peso que está associada à melhora dos sintomas e das funções físicas e cognitivas, o que permitirá uma intervenção psicoterapêutica e psicotrópica. Para as autoras, o peso é um fator considerado crítico para as recaídas e reinternações, pois o paciente possui um medo mórbido de engordar. O que é frequentemente visto pelos pais como forma de chamar a atenção, agora com a complicação do estado físico do paciente, passaram a ser aspectos de suas principais preocupações (MOREIRA; OLIVEIRA, 2008).

Entre as pacientes entrevistadas para o estudo, Denise (20 anos), Bruna (16 anos) e Carla (20 anos) são as pacientes que menos progrediram com o tratamento. No caso de Denise, mesmo após quatro anos de tratamento, apresentava o mesmo quadro de desnutrição que tinha no início do tratamento, sem melhora aparente. Revela-se, nesse caso, uma co-dependência ou, ainda mais grave, uma confusão de identidades, Denise declara sobre a mãe:

“parece que ela sou eu”. Para Carla, o ganho de peso é algo assustador e extremamente temido por ela, por isso, não aderiu de forma completa e engajada ao tratamento, diz: “eu queria ser relativamente magra”.

Por outro lado, Giovana (17 anos) com apenas oito meses de tratamento já apresentou resultados positivos quanto ao tratamento, passando de uma magreza de grau III com IMC de 14,15 Kg/m no início do tratamento para uma condição adequada de eutrofia, com ganho de peso significativo e boas condições de melhora embora apresente ainda distorção da imagem corporal, quando diz “eu queria ter os seios menores”, embora apresente, à observação, seios bem pequenos, menores do que a maioria das mulheres brasileiras.

Em relação ao ganho de peso, ao tratamento e ao tipo de anorexia das entrevistadas, foi possível constatar o que a literatura na área apresenta, ou seja, as anoréxicas do tipo restritivo tendem a ganhar menos peso, apresentam maior isolamento social e temem a maturidade sexual e psicológica, enquanto as do tipo bulímico apresentam pesos maiores do que as restritivas (RODRÍGUEZ; HERNANDÉZ; BOULY, 2000).

Entre as adolescentes deste estudo, as quatro do subtipo bulímico apresentaram maior ganho de peso, chegando a uma classificação de eutrofia, segundo a OMS (Giovana, Talita, Amanda e Iara), com tempo médio de tratamento de oito meses a cinco anos. A única paciente com diagnóstico de anorexia do tipo restritiva que se apresentou em eutrofia após um ano de tratamento foi Mônica, de 21 anos de idade. Portanto, as quatro entrevistadas restantes, ainda apresentavam muitas dificuldades em ganhar peso e obter melhoras, aparentemente, opondo resistências ao tratamento.

“A resistência ao tratamento, não significa que eles não desejem ser tratados, porém a patologia em si os leva a sentimentos de conflito entre o desejo de ficar **bem**” e o medo da “gordura”. Por outro lado, não pode o profissional médico assegurar a completa recuperação, pois se sabe que, mesmo em centros altamente especializados, essa chega, no máximo, a 55% e 60%”. (MOREIRA; OLIVEIRA, 2008).

4.2) Percepção do corpo e da saúde

Como já mencionado, algumas participantes (Amanda, Carla e Manuela) passaram por alguma situação considerada traumática no início do desenvolvimento dos sintomas da anorexia nervosa. Segundo sua percepção, após esses eventos, passaram a se ver gordas, o que se manteve mesmo após alguns anos de tratamento, ou seja, ainda apresentavam distorção da imagem corporal na época das entrevistas.

4.2.1. Percepção do corpo no início da doença

Giovana (17 anos) com 16 anos de idade e 1,55 m de altura chegou a pesar 63 Kg, com um IMC de $26,20 \text{ Kg/m}^2$, apresentando obesidade de grau I. As demais pacientes se sentiam gordas embora apresentassem peso normal para a idade em que se encontravam no início dos sintomas. Por esta razão considera-se que apresentavam distorção da imagem corporal, se sentindo gordas quando as balanças apresentavam pesos adequados para as idades em que se encontravam.

“E eu não me achava tão bonita quanto minhas amigas, e quis começar a emagrecer” (Giovana, 17 anos).

“Eu não queria saber de nada, só falava que eu tava gorda, e queria emagrecer... eu sempre me achava feia, sempre me achava, esquisita, achava que ninguém gostava de mim, achava que ninguém olhava pra mim, parecia que eu nunca podia ser digna do amor de um menino, tipo, de uma pessoa que quisesse me ver como mulher, tipo, eu achava que eu nunca seria digna, eu sou muito alta, pernuda, eu nunca me senti delicada, eu queria me sentir delicada, pequeninha, entendeu?” (Denise, 20 anos).

“Eu achava que eu era gorda e queria emagrecer” (Talita, 16 anos).

“Eu me achava com muita intensidade e gorda e não queria ta daquele jeito, eu não gosto do meu corpo, então” (Mônica, 21 anos).

Segundo Giordani (2006) o indivíduo utiliza outras imagens, tais como de amigos ou parentes, artistas ou pessoas da mídia para definir sua própria imagem corporal, bem como esse processo implica numa troca relacional entre indivíduos.

4.2.2. Percepção do corpo atual

Embora com indícios de melhora, Giovana, Denise, Talita, Mônica e Manuela apresentam algumas insatisfações referentes a algumas partes do corpo como seios, nádegas, barriga, e elas conseguem perceber que emagrecer ou estar magra não é tão importante como consideravam antigamente. Amanda, Bruna e Carla ainda vivenciam-se como pessoas obesas, embora após algum tempo de tratamento.

Iara (21 anos) tem motivos para se sentir acima do peso devido ao edema ocasionado pela desnutrição gravíssima que ela sofreu devido à falta de alimentação.

A participante Denise (20 anos) com uma classificação de magreza grau III, é a

paciente que apresenta maior distorção da imagem, dizendo que gostaria de ser magra, sendo que apresenta um IMC de 15,19 Kg/m².

“Acho que eu to bem assim... Não sei se eu gosto, mas eu aceito, ainda vejo uns probleminhas meus assim, com meu corpo, só que eu acho que melhorou muito... eu, não gosto do tamanho do meu peito, eu odeio, eu queria que fosse bem menor, antes era maior ainda” (Giovana, 17 anos).

“Eu queria ser praticamente magra, perna fina, bunda reta” (Denise, 20 anos).

“Eu acho que ta bom, só que eu só não quero passar de 50” (Talita, 16 anos).

“Eu acho que eu engordei um pouco, não to me sentindo bem assim, mas também não é uma coisa que sabe tipo, é eu tenho que por em primeiro lugar em primeiro plano” (Mônica, 21 anos).

“Eu tenho consciência que eu não to mas eu me vejo enorme” (Amanda, 22 anos).

“Mas eu acho que se me deixasse assim tava bom... Emagrecer a gente sempre quer né? Eu tenho medo de emagrecer porque eu tenho assim a noção que vai prejudicar a saúde e não quero engordar, você não quer engordar, você tem medo de emagrecer, tem medo de engordar” (Bruna, 16 anos).

“Eu sei que eu to doente, mas eu me vejo gorda ainda” (Carla, 20 anos).

“Sabe imagine que você seja uma obesa, todo mundo olha pra um obeso eu sinto como se todo mundo fosse olhar pra mim porque eu to muito gorda” (Iara, 21 anos).

“Eu me sinto gorda, principalmente barriguda” (Manuela, 20 anos).

Tratando da questão do corpo, Merleau Ponty (1964), *apud* Capalbo (2002), faz uma diferenciação entre o “corpo objetivo” e o “corpo fenomenal”, colocando que o corpo objetivo é o corpo como sensível e o corpo fenomenal é o corpo como apreendido subjetivamente. Para Merleau Ponty, o comportamento é uma forma ou estrutura que tem um sentido, com estruturas significativas, sendo que a significação não é uma coisa ou propriedade natural desta coisa, mas é um objeto de percepção.

Capalbo (2002, p. 23), tratando da Ciência e da Fenomenologia, cita a obra de Merleau Ponty “Visível e Invisível”, na qual este autor coloca que o sujeito que percebe está inserido em um mundo de significações perceptivas e que também tem um corpo: é um “sujeito-corpo percebente”. Para a Fenomenologia, o corpo, tal como percebido pela pessoa com anorexia – o corpo fenomenal – é que apresenta-se distorcido, de forma que, embora magro, seja visto como gordo.

4.2.3. Saúde no início e decorrer do transtorno

As adolescentes relataram ter alguma preocupação com a saúde no início da doença, mas acreditavam que, para se equiparar às pessoas que elas viam nas mídias (TV, Internet, entre outras) seria muito difícil e iria demorar demais, portanto tinham maior preocupação em emagrecer cada vez mais, até que algumas como Giovana, Amanda, Carla e Iara passaram por situações delicadas em relação à saúde física, como desmaios, tonturas e internações e, a partir daí, passaram a se preocupar com sua saúde e alimentação.

“Antes eu não tinha animo pra nada, até meu rendimento na escola caiu bastante, no primeiro semestre. Eu não tinha vontade de fazer nada, eu sentia tontura, fraqueza” (Giovana, 17 anos).

“Antes se eu falasse assim, eu paro de comer agora, eu não sentia nada, não sentia fraqueza, não sentia nada” (Denise, 20 anos).

“Naquela época eu me sentia bem, normal, a única coisa que agora eu lembro, é que naquela época eu tinha muita depressão. Eu chorava muito, todo dia, aí eu comecei a perceber que aquilo tava errado” (Talita, 16 anos).

“Desmaiava né?” (Mônica, 21 anos).

“Ai antes assim, eu passava muito mal né, eu desmaiava muito, era super complicado, porque eu tava em algum lugar eu começava a desmaiar, a passar mal... eu sentia muita fraqueza, tinha até alucinação, devido a fraqueza, porque eu tinha muito a sensação que eu tava caindo no buraco e eu não podia deitar, essas coisas” (Amanda, 22 anos).

“Eu nunca senti fraqueza, no entanto que os médicos falam que eu só não fiquei pior porque eu era atleta, porque eu tinha muita coisa reservada, e a minha resistência é boa, então por isso que eu to bem se não, era pra eu estar bem pior” (Bruna, 16 anos).

“Devido a tanta falta de alimentação, duas vezes eu fiquei internada com desnutrição” (Iara, 21 anos).

“Eu me via saudável, e se viesse alguém falar pra mim que eu estava magra, eu achava que não, eu olhava no espelho eu estava bem eu não me sentia mal, a única coisa é que eu queria dormir por causa da fraqueza, mas eu também não dormia, então eu queria ficar longe de todo mundo, então eu ia me trancava no quarto, e ficava lá, falando que eu queria dormir, mas eu não dormia, mas eu me sentia super bem, e aí de quem falasse mal, eu tava bem, eu sempre tive bem... Eu tava muito fraca... nesse período eu peguei uma conjuntivite no meu serviço e fiquei seis meses com a conjuntivite porque não sarava... Nunca cheguei a desmaiar, mas, a minha menstruação parou” (Manuela, 20 anos).

Os transtornos alimentares, em particular a AN, levam a complicações clínicas graves, como hipercolesterolemia (redução dos níveis de T3 e da globulina carreadora de colesterol e/ou da diminuição da excreção fecal de ácidos biliares e colesterol. Quarenta por cento dos pacientes com AN apresentam uma elevação do colesterol total (CT), à custa do LDL-colesterol. A hipercolesterolemia observada tem grau leve a moderado. Esses pacientes apresentam também a hipoglicemia, sendo que cerca de 56% dos pacientes tem glicemia menor que 70mg/dl. A amenorréia é a principal alteração endócrina das pacientes com diagnóstico de AN, que é causada pelos baixos níveis de gordura corporal.

No caso da adolescência, pode ocorrer prejuízos no crescimento do paciente, pois esta fase é responsável por 15% da estatura final adulta e o prejuízo no crescimento ocorre pois a má nutrição reduz a formação nova de osso. Quando a AN aparece em casos precoces pode ocorrer a osteopenia e até mesmo a osteoporose irreversível, favorecendo a ocorrência de fraturas patológicas. Além dessas alterações, casos graves de desnutrição podem acarretar em alterações visuais, cardiovasculares, pulmonares, renais, gastrointestinais e até mesmo atraso no desenvolvimento mental e intelectual, por baixos níveis de concentração gerados pela indisposição e fraqueza decorrentes da falta de alimentação (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002). Em revisão bibliográfica, Oliveira e Santos (2006) apontaram que a maior parte dos achados na literatura, têm como hipótese o comprometimento psíquico dos pacientes com transtornos alimentares, apresentando dificuldades no funcionamento dinâmico e na estrutura psíquica. Iara (20 anos) estava sendo inserida no tratamento do GRATA no dia do encontro, embora ela já estivesse fazendo acompanhamento psicoterápico anteriormente esta seria a primeira vez que participaria de um tratamento interdisciplinar. Portanto, ainda estava bastante fragilizada, iniciando um novo tratamento e ainda não tinha obtido melhoras dos sintomas que apresentava desde o início da doença.

“Eu sei que eu tô doente, mas eu me vejo gorda ainda... Sinto, fraqueza, desmaio, tontura, minha vista fica escura, essas coisas” (Carla, 20 anos).

4.2.4. Saúde atual

As participantes relataram que se sentiam melhor agora do que no início da doença, em relação à saúde. Disseram, de um modo geral, que tinham menos sintomas como fraqueza, tonturas e desmaios do que sentiam no início. Mas Talita, Denise, Mônica, Bruna, Carla e Manuela relataram ainda ter esses sintomas, embora com menor intensidade.

Bruna (16 anos) considera a sua saúde “ótima”. Relata nunca ter sentido nada, nem mesmo fraqueza e considera que do jeito que ela se encontra, dá para sobreviver e que gostaria que os médicos a deixassem assim. A única coisa que a angustia é não poder nadar, porque ela gosta muito de nadar, sempre praticou natação e competia antes de ficar doente.

“Eu treinava 3 horas por dia de segunda a sábado, então começou a exigência no começo do ano passado, que eu via que não ia, mas eu achava que eu tinha que ir, porque até então eu não sabia que eu tinha anorexia, só que eu tava perdendo alguns pesos, eu perdi 4 quilos, achava que era normal né? Você cresce, emagrecendo, então, só que nisso eu tava perdendo força, eu tava perdendo massa, e eu não tava percebendo, e então, eu comecei a me exigir, ué eu tô a mesma coisa e não to nadando a mesma coisa?” (Bruna, 16 anos).

Talita (16 anos) foi a única adolescente que relatou sentir muita fraqueza e dor de cabeça atualmente, segundo ela “quando come muito”.

“Eu sentia muita fraqueza, dor de cabeça. Agora, se eu sinto isso é porque eu to comendo muito” (Talita, 16 anos).

O “comer muito” para Talita, refere-se ao comer o que a nutricionista estipula, nada além disso, ela considera isso exagerado, apresentando também uma distorção, com relação a quantidade alimentar recomendada para seu tratamento. As demais participantes consideraram que seu estado de saúde melhorou no decorrer do tratamento.

O caso de Talita chama a atenção pela dificuldade em apresentar melhoras com o tratamento. Dentre as participantes, é a que demonstra maior dependência afetiva da mãe e atualmente também do namorado, bem como grande distanciamento afetivo com relação ao pai e à irmã. Talita e a mãe parecem estar obtendo ganhos secundários com a doença, e a adolescente encontra-se ociosa, sem trabalhar ou estudar, dedicando-se apenas ao namoro. Embora tenha apresentado, no início da doença, comportamentos de isolamento e tristeza, seus pais não perceberam e não tomaram providências, e o fizeram apenas com a ajuda do Conselho Tutelar da cidade em que residem. Essa participante apresentou muita dificuldade em se expressar, falar de si e de seus sentimentos e vivências.

As demais participantes consideraram que seu estado de saúde melhorou no decorrer do tratamento.

“Agora em relação a saúde melhorou bastante. Eu não sei ainda se eu como o que precisa mesmo, porque quando é para comer um carboidrato, por

exemplo, eu tenho receio ainda. Mas antes eu não comia nada. Agora eu já como, não sei se a quantia necessária, mas mais do que eu comia antes. E aos poucos ta recuperando (Giovana, 17 anos).

“Hoje nem eu quero sentir o que eu sentia antes, antes eu sentia moleza, mas eu ia até o fim, entendeu? Hoje não, hoje eu me preocupo muito com a minha saúde... me sinto saudável. Mas, muitas vezes algumas coisas eu não consigo fazer, por exemplo, dar umas três corridas na avenida, eu me sinto muito cansada, dói o coração, mas isso é devido a desnutrição que eu tive faz pouco tempo” (Denise, 20 anos).

“Eu não to satisfeita com o meu corpo, tem dia que eu me acho super gorda, sabe mas, tipo, já tem aquela consciência, sabe que eu preciso ficar assim, ou que eu preciso me manter bem pra atingir meus objetivos, então... Hoje eu sinto fraqueza, mas sinto menos, não sei se é porque eu fico um pouco mais de tempo sem comer acaba tendo hipoglicemia, mas não com tanta frequência” (Mônica, 21 anos).

“Agora não, é assim eu não to passando mais mal... agora, ta mais assim normal” (Amanda, 22 anos).

“Eu acho que ta normal, né? Porque eu me sinto bem assim... Mas eu acho que ta normal, eu acho que eu sou capaz assim, só que eu percebi que pra viver dá, mas pra voltar a nadar não dá... Então eu sinto assim que diminuiu bastante e que pra levar a vida que eu tinha não dá. Mas eu acho que se me deixasse assim tava bom” (Bruna, 16 anos).

“Eu acho que eu não tenho mais problema nenhum em relação a minha saúde, é mais esse edema, as vezes eu tenho hipoglicemia, da aquela tremedeira, escurece a vista, mas muito raramente, assim, cansaço eu tenho muito talvez por eu dormir pouco sabe? O edema foi a única coisa que eu tive assim que me assustou porque eu não imaginava que existia e eu não to feliz por causa disso, mas do contrario ta tudo normal” (Iara, 21 anos).

“Hoje eu me sinto bem, mas eu assim comigo mesma, eu tenho que me policiar porque se não eu acho que eu to gorda” (Manuela, 20 anos).

4.2.5. Preocupações com o corpo

As adolescentes relataram ter muita preocupação com o corpo, com a forma física e com aspectos da beleza em geral como cabelo, unha, entre outros. Giovana, Denise, Talita, Amanda e Carla relatam ter preocupações excessivas com essas questões de beleza.

“Eu queria emagrecer, até quando eu comecei a ir na nutricionista, ela perguntou pra mim o que era mais importante, a saúde ou minha forma física. E eu falei que na época era a minha forma física, porque com a saúde eu não estava me preocupando. Porque eu achava que para chegar ao ponto de ser internado ou alguma coisa assim, ia demorar muito, então eu nem ligava... agora eu sou mais vaidosa, antes eu não ligava, eu não me gostava muito então, qualquer roupa, qualquer jeito, qualquer cabelo, tava bom. Agora não, agora eu me preocupo mais. Porque agora eu gosto, eu aceito o jeito que eu sou, então, eu quero melhorar me cuidando assim... com o cabelo, eu faço hidratação, lavo normal, porque o cabelo é o que eu mais gosto em mim, então, é o que eu mais cuido” (Giovana, 17 anos).

“Eu sempre me preocupei com o peso, então, hoje, eu me preocupo comigo, só que eu tento não me preocupar de uma maneira que vai me prejudicar. Tipo, antes eu nem ligava pra esse negocio de unha, essas coisas. Acho que eu queria ser bonita, assim nascer bonita, nunca preocupava. Hoje não, hoje eu busco” (Denise, 20 anos).

“Eu acho que eu sou vaidosa, só que eu não acho que eu sou bonita” (Talita, 16 anos).

“Hoje eu não me importo muito com o que o outro vai achar, mas o problema sou eu, o que eu to achando, então assim é meio complicado porque eu nunca to achando que ta ótimo que ta bom assim. Ta bom assim porque eu to conseguindo atingir meus objetivos, mas não que eu esteja feliz assim” (Mônica, 21 anos).

“As vezes eu acho que minha preocupação é excessiva, porque as vezes, assim eu saio com as meninas, né tudo aí eu fico nossa, tudo eu fico preocupada sabe? Que eu to gorda que eu to engordando aí as vezes elas começam a comentar, aí você engordou, isso pra mim, é porque eu já to muito gorda, sabe? Eu tenho consciência que eu não to mas eu me vejo enorme então as vezes é até excessivamente” (Amanda, 22 anos).

“Eu nunca fui vaidosa. E continuo não sendo, eu não ligo pra beleza nada, nem pro meu corpo, eu só quero que ele fica magro sabe? Não importa o que você acha, ou o que o outro acha do meu corpo, é aquela coisa de exigência consigo mesma, eu quero o meu corpo magro, então é assim só” (Bruna, 16 anos).

“É bastante, muito, aí é onde eu não como... pra mim quanto mais magra eu estiver melhor” (Carla, 20 anos).

“Eu to infeliz, eu não to feliz assim eu quero voltar a uns 54 quilos pelo menos eu quero voltar” (Lara, 21 anos).

“Eu não tenho muito o que me preocupar, eu não vivo do corpo, a profissão que eu escolhi não é a do corpo, e sim da mente e do sentimento assim, então eu tenho que ta bem comigo pra eu ajudar alguém, então eu acho que a minha preocupação com o corpo é excessiva, eu tenho certeza que é, mas eu não sei porque ainda” (Manuela, 20 anos).

Embora magras, as pacientes não conseguem se sentir bonitas, nem mesmo com o peso desejado por elas, ou seja, nem mesmo magras; querem cada vez mais emagrecer. Mônica acredita que suas condições tenham melhorado, mas ainda não se sente bonita. Manuela refere que não vive da aparência física, mas mesmo assim ainda tem preocupações excessivas com aspectos relacionados à beleza.

Busse e Silva (2004) ressaltam que as pacientes com anorexia apresentam aparência envelhecida e cabelos ralos e quebradiços, que são características relacionadas à aparência física. Entre as entrevistadas, Denise, Bruna e Carla apresentavam essas características e uma aparência doentia, embora ainda desejassem estar mais magras ou permanecerem no peso em que se encontravam na data da entrevista.

4.3) Vivências em relação à alimentação

Quanto às vivências em relação à alimentação, os relatos das entrevistadas foram diversos, mas todas sentem medo de comer, um medo excessivo, e por isso, evitam certos alimentos, principalmente os que contém carboidrato.

“Eu não queria comer com medo de engordar, qualquer coisa que eu comia eu tinha medo... Às vezes me dá um pouco de culpa e medo, até hoje, só que diminuiu assim, não é como era a três meses atrás” (Giovana, 17 anos).

“Eu comia, sentia enjôo, ia lá no banheiro e vomitava, eu apertava a barriga. Isso na primeira semana. Depois da primeira semana eu comecei a ficar com nojo, aí eu já não queria comer mais” (Denise, 20 anos).

“Eu tenho medo de comer de novo e de engordar... Eu sinto um incomodo, me sinto inchada, principalmente a barriga” (Talita, 16 anos).

“Eu já tava muito obcecada por comida, por emagrecer e tudo, então eu fiquei obcecada por comida assim, tudo que fala de comida eu gosto, então, aí eu comecei a ver, às vezes eu via umas revistas ah porque pra dieta assim, maçã assim, não sei que, aí eu tentava sabe... antes era só pensando em comida, nossa comi agora não podia ter comido não sei que hoje já não tenho mais muito mais isso sabe. Porque os pensamentos eram esses, nossa acabava de comer, nossa que isso não sei que, então assim eu não conseguia me concentrar no que eu tava fazendo, porque eu ficava pensando no que eu tinha comido” (Mônica, 21 anos).

“Eu não comia nem por obrigação meus pais me forçavam muito, eu não comia, eu não sentia vontade, de comer, eu sentia fome, mas não sentia vontade de comer... eu só não queria comer, eu achava que não precisava comer... Eu comia muito pouco, porque eu sentia muita vontade de vomitar... eu como muito pouco, ainda” (Amanda, 22 anos).

“Eu chorava muitas vezes porque eu tinha aflição por comida... eu achava que eu não devia comer, aí então eu comecei a parar de comer, eu não queria mais comer, eu não tinha vontade, então, aí eu parei... no começo eu chorava porque tinha que comer... aí começou a vir o sentimento da comida que engorda, da comida que faz mal pra saúde, o que eu como, o que ele vai fazer lá dentro? Sabe, tudo essas preocupações com comida?” (Bruna, 16 anos).

“Fui deixando de comer e sentia prazer em não comer e quando eu comia, eu queria vomitar porque eu não queria ficar com nada dentro de mim... eu tenho raiva de comer, eu tenho raiva da comida então aí eu não aceito saber que eu tenho que comer entendeu?” (Carla, 20 anos).

“Voltei a comer um pouco melhor, mas eu tinha muito medo... eu comi, eu desci eu vomitei mas eu chorei tanto de desespero de ter comido aquela melancia mesmo tendo vomitado... eu não tinha mais controle, eu não conseguia mais controlar, eu tinha medo, medo, medo” (Iara, 21 anos).

“Agora eu vejo o quanto eu sou neurótica, porque eu acho, eu acho não eu tenho certeza que eu sou neurótica por comida assim, sabe de não querer comer, de ir no espelho achar que ta gorda, essas coisas, eu vejo isso, mas eu nunca forcei vômito, nunca tomei remédio, pra fazer coco nada disso, é só

mesmo eu não comia pra me penalizar, uma coisa assim... na alimentação eu ainda tenho dificuldade, se eu ficar sozinha assim eu não como... agora, quando é doce eu falo assim não hoje eu vou comer tudo o que eu tenho direito porque amanhã eu vivo a base de água” (Manuela, 20 anos).

Segundo Dunker e Philippi (2003), as mudanças corporais próprias da puberdade e adolescência não são aceitas pelas adolescentes com AN e, por esta razão, a restrição alimentar geralmente inicia-se nesta etapa do desenvolvimento. As mudanças corporais e o aumento de peso normais na adolescência estão também associados a fatores psicológicos individuais e familiares, os quais, em contrapartida, estão intimamente ligados ao forte apelo sociocultural do culto à magreza, incrementando ainda mais os riscos do desenvolvimento da doença.

Para Souto e Ferro-Bucher (2006), a alimentação é uma necessidade humana vital e o ato de se alimentar se apresenta elementos de interação humana familiar e social. O ato de comer transcende o valor nutritivo e as características sensoriais do alimento, pois, possui motivações relacionadas às carências psicológicas e às vivências emotivas e conflituosas que independem da fome. No entanto, para as adolescentes com anorexia entrevistadas neste estudo, o alimento é algo indesejado, vivenciado com repugnância e medo e, quando ingerido, gera culpa, ansiedade e autodesprezo, pois o alimento é percebido como sinônimo de gordura corporal, o que é extremamente temido pelas adolescentes.

Vivências das participantes com relação ao adoecimento; ao corpo; à alimentação; ao tratamento e à saúde, antes e após certo tempo de tratamento

De acordo com o relato das participantes, revelaram-se suas vivências de ansiedade e angústia com relação ao próprio corpo, percebido e vivenciado como um corpo obeso, fora dos padrões socialmente valorizados. Essas vivências de ansiedade e angústia, também se manifestaram com relação à alimentação, percebida como algo ruim; um inimigo a ser temido; com sentimentos de apreensão; raiva e culpa. A alimentação, necessária à sobrevivência, passou a ser vivenciada como algo estranho ao corpo, algo que devia ser eliminado e banido, o que resultou na drástica restrição alimentar para quatro das adolescentes e na bulimia, para cinco das entrevistadas. O corpo alimentado, mesmo que de forma muito reduzida, era vivenciado como inchado, obeso e com sensações de extremo mal-estar, acarretando mais ansiedade, angústia, aflição, choro e desprazer.

Embora visivelmente magras, à medida que emagreciam mais, as adolescentes pareciam temer mais o alimento e a possibilidade de engordar, mostrando um distanciamento de si com relação à vivência do corpo e demonstrando um autocontrole rígido, não saudável e a uma precária percepção de suas necessidades corporais vitais.

O medo obsessivo de engordar levou as adolescentes a desenvolverem estratégias para reduzir o peso, o que era visto por elas como simples regime alimentar, sem a percepção do exagero e desproporção entre suas vivências corporais e a realidade dos fatos objetivos, ou seja, que não apresentavam a obesidade que vivenciavam. As estratégias para comer pouco, esconder dos pais o fato de não estarem se alimentando, fazer exercícios físicos de modo exagerado, o uso de laxantes e/ou purgativos ou a indução dos vômitos traziam sensações de bem-estar, de vitória quanto a conseguir o baixo peso idealizado, e de alívio da ansiedade e angústia.

Apesar do aparecimento de sintomas como tonturas, amenorréia, fraqueza, desânimo, cansaço, queda de cabelos, desmaios, queda do rendimento escolar, dentre outros desconfortos, bem como da proibição de frequentar a academia de ginástica (Denise); do diagnóstico médico de anorexia e da preocupação dos pais e pessoas próximas pela drástica perda de peso observada nas adolescentes, o emagrecimento foi vivenciado por elas como algo bom, como um sucesso, por perceberem que estavam se aproximando dos ideais de perfeição desejados, com relação a modelos das mídias ou de amigas tomadas como modelos de beleza.

Apenas Giovana percebeu que não estava saudável e pediu ajuda aos pais. Talita só recebeu tratamento para a doença após intervenção do Conselho Tutelar. As entrevistadas percebiam-se como saudáveis, mesmo apresentando sintomas desagradáveis. Revela-se, assim, uma oposição entre as vivências (subjetivas) das participantes e os fatos (objetivos) com relação a si mesmas, ao seu próprio corpo e à sua saúde física e psíquica. Os sintomas de mal-estar não foram vividos como sinais de desequilíbrio e adoecimento, mas como algo dissociado da experiência presente e de suas atitudes frente à alimentação, confirmando o que a literatura na área apresenta como distorção perceptual.

O início do tratamento foi vivenciado com muita apreensão e medo de ter que engordar. Mesmo internadas, algumas das adolescentes (Iara, Denise e Talita) chegaram a “implorar” para os médicos, para que não as deixassem engordar, demonstrando que o tratamento foi vivenciado como um risco, uma situação de perigo, que poderia impedi-las de alcançar o padrão de beleza idealizado, mesmo em detrimento de sua saúde.

Mesmo estando em tratamento, as adolescentes ainda não se reconheciam como

doentes. Relataram vivências de mal-estar com o tratamento, por terem que seguir uma dieta nutricional, além da manutenção da angústia e do medo de engordar. Tais vivências revelam que a autopercepção e a consciência de si e de seu modo de existir encontravam-se dissociadas da realidade objetiva.

Na época da realização das entrevistas para o presente estudo, todas as adolescentes, com exceção de Bruna e Carla, já reconheciam que haviam adoecido e que se sentiam melhor sem os sintomas que apresentavam anteriormente. Embora ainda vivenciando um medo desproporcional de engordar, as vivências de bem-estar com as melhoras obtidas com o tratamento superavam as vivências de mal-estar. Bruna referiu que se sentia bem estando magra e continuava a vivenciar o corpo magro como obeso. Carla, que estava iniciando o tratamento no GRATA quando foi entrevistada, relatou não aceitar que estava doente. Relata que quer ficar sem comer e manter a condição corporal que apresenta no momento. Vivencia sua doença como consequência da tristeza pela separação dos pais e não a aceita como um transtorno alimentar.

Segundo as participantes, ocorreram algumas mudanças com o auxílio do tratamento: menor preocupação com a opinião dos outros, maior preocupação consigo mesmas e consciência da necessidade da alimentação equilibrada, para algumas das entrevistadas. No entanto, ainda revelam medo excessivo de engordar e de ficarem feias (vaidade excessiva com o cabelo, unhas, pele); insatisfação consigo mesmas e com sua aparência; desejo de terem um corpo magro, dentre outras. No entanto, para Carla, não há necessidade de um tratamento, porque não sente que está doente; quer manter seu corpo atual; não aceita ter que comer e se considera apenas deprimida. Bruna diz ter consciência de que está doente, mas se vê gorda e teme engordar. As vivências das entrevistadas revelaram-se, assim, permeadas de conflitos e de mais sensações de mal-estar do que de bem-estar, mostrando que não apenas sua saúde física está prejudicada, mas, segundo Forghieri (1996), também se encontram existencialmente doentes, o que pode levar a danos no desenvolvimento saudável da personalidade.

4.4) Relacionamento e percepção dos familiares

4.4.1. Relação com o pai

Para algumas entrevistadas o pai é apresentado como figura ausente, o que é sentido e

revelado por elas, embora considerem boa a relação com este genitor. Giovana e Denise consideram seus genitores masculinos como imaturos e como pessoas que não buscam o crescimento na vida; consideram os pais imaturos e passivos diante da vida.

“A gente conversa, lógico, mas eu não tenho abertura com ele, pra chegar e falar qualquer assunto, qualquer coisa, sobre a minha vida particular, ou, assim eu não falo, mas a minha relação com ele é boa, também não é nada que nem se olha na cara, a gente conversa, a gente brinca, a gente briga, às vezes, também, só que não é tão aberto quanto a relação que eu tenho com a minha mãe” (Giovana, 17 anos).

“Antes eu com o meu pai não conversava muito não. Conversava, mas não igual à liberdade de hoje. Hoje eu tenho liberdade pra conversar com o meu pai de tudo, não igual a minha mãe, que eu falo ó sai com o fulano, ciclano, isso não, ele é mais fechado” (Denise, 20 anos).

“A gente não tem contato assim, não é muito de conversar, eu sou mais apegada a minha mãe” (Talita, 16 anos).

“Ele é distante, sabe assim não sabe muito sobre a gente, não conhece muito... se ele não tivesse em casa eu sentiria falta do papel de pai de homem, dentro de casa, assim, mas é que é meio distante, mas ele faz quando ele pode” (Mônica, 21 anos).

“Eu me dou muito com ele sabe assim, em relação, a gente não briga nada, porque uma também que ele quase não fica em casa porque ele é viajante então ele viaja muito quem convive mais é a minha mãe” (Amanda, 22 anos).

“A minha relação com minha família é muito boa, é sempre foi muito próxima, assim e ainda mais agora com esse problema, então a gente sempre foi muito próximo, sempre foi família mesmo, é, tio, tia, sempre junto” (Bruna, 16 anos).

“Com o meu pai eu brigo um pouco, mas é normal... . Meu pai eu sou meio distante, mesmo por não morar junto com ele, mas mesmo assim a gente se fala todo dia, eu conto algumas coisas pra ele também, a gente também é unido de certa forma... com a separação deles, hoje em dia não é mais a mesma coisa” (Carla, 20 anos).

“A gente se dá bem, eu não fico quase em casa, quando a gente se encontra a gente conversa, ele ainda fala você é burra, mas eu me dou muito bem com ele, de casa se tiver mil problemas e minha mãe ou meu irmão for tentar explicar ele não vai entender, mas se eu explicar ele entende. Ele me escuta” (Iara, 21 anos).

“Eu me dou super bem com a minha mãe, com a minha tia, com o resto da minha família, com todos bem, o meu pai eu tenho uma certa dificuldade... com o meu pai a relação é bem difícil” (Manuela, 20 anos).

Busse e Silva (2004) dizem que os pais de adolescentes com anorexia são ausentes e as mães dominadoras. Para as adolescentes do presente estudo os pais são considerados como figuras pouco presentes ou ausentes, além de imaturos e dependentes. As mães são percebidas como presentes e as adolescentes mostram-se extremamente ligadas a elas, revelando, em alguns casos uma relação de dependência ou de co-dependência, chegando, em algumas das adolescentes, a mostrar uma confusão de identidades entre mãe e filha.

4.4.2. Percepção do pai pela adolescente

Em uma pesquisa realizada com 30 famílias, com o objetivo de investigar a percepção das mães sobre a participação dos pais no cuidado com os filhos, Crepaldi et al (2006) evidenciaram que as mães desvalorizam a participação do pai na educação dos filhos, descrevendo que as atividades que seus companheiros realizam com os filhos, era apenas de brincar, sair, conversar e cantar, mas não consideravam essas atividades como cuidados ou de educação dos filhos. Segundo Crepaldi et al (2006), os genitores masculinos são agentes importantes para o desenvolvimento da criança, mas muitas vezes a mãe não valoriza as tarefas realizadas pelo pai, afirmando serem elas totalmente responsáveis pela criação e educação dos filhos, tornando-os imaturos diante de tomadas de decisões. A desvalorização do papel do pai e de sua participação na educação e na vida das adolescentes entrevistadas foi observada no relato das participantes, corroborando os resultados de estudos sobre a percepção de mães com relação à participação do pai no cuidado e educação dos filhos, conforme pode ser constatado pela forma como as adolescentes percebiam seus pais.

Giovana considera seu pai como imaturo e ausente. Denise acredita que falta ambição ao pai, além de ser ausente e Talita quase não fala do pai, dizendo ser ele uma boa pessoa, mas deixando-o quase totalmente ausente em seus relatos. Mônica, apesar de acreditar que o pai a trata muito bem, e de ser bem zeloso, o considera distante e ausente. Amanda considera o pai como amigo, embora tenha reclamado que, após a separação dos pais, o pai se distanciou dela e, o que antes era uma relação de bastante afeto e proximidade (“eram grudados”), ficou mais distante. Bruna considera seu pai amoroso, mas refere-se pouco a ele. Carla considera seu pai distante, seco, frio, uma pessoa que não demonstra carinho. Iara, apesar de acreditar que seu pai é uma boa pessoa e de gostar muito dele, o considera grosso, seco, por sua criação, mas diz ter uma boa relação com ele. Diz até mesmo que a única pessoa que o pai ouve em casa é ela própria e que ele pode ser agressivo e frio no modo de falar, mas ela acredita que ele a ama. Manuela considera o pai com tendo um temperamento (“gênio”) igual ao dela, mas acredita que ele é muito preconceituoso e ausente. Para Manuela, sempre é a mãe que educa e que ensina e o pai só brinca, não faz muita companhia para elas. Ela sente pena do pai por ele ter sido alcoólatra e sente que a mãe é tudo em casa.

“o meu pai, às vezes, eu sinto que ele não amadureceu muito, por ser filho único era muito mimado, quando casou com a minha mãe, minha mãe continuou fazendo as coisas por ele, igual a minha avó fazia, então ele não amadureceu muito, então às vezes eu sinto que eu não posso contar com ele em qualquer situação, eu acho que tem vez que ele precisa de

mim, mais do que eu dele, é meio assim... tem vez que ele tem umas atitudes, meio de criança que eu acho que daí eu acabo brigando com ele... tem vezes que eu brigo com ele como se eu fosse a mãe dele, e ele meu filho, porque eu acho que eu esqueço às vezes um pouco que eu sou filha dele e acabo me alterando, aí quando minha mãe escuta assim, ela fala para eu manejar, porque apesar de não parecer em certos momentos ele é meu pai, então, eu tenho que ter respeito pelo menos (Giovana, 17 anos).

“o meu pai, é uma pessoa assim mais fechada... Ele é uma pessoa que não busca muito crescer na vida, ele é sossegado, tipo, ele não busca crescer financeiramente, nem nada, pra ele tudo tá bom, nada pra ele tá ruim” (Denise, 20 anos).

“Ele é uma boa pessoa” (Talita, 16 anos).

“Meu pai é muito zeloso... a gente parece um bibelô pra ele... um pai muito bom, no sentido, assim de preocupação mesmo sabe, se ele tá fora ele sempre liga pra saber como que você tá tudo, mas um pai muito distante... ele trabalha viajando, ele não fica em casa o dia todo assim sabe, então ele é muito distante assim, eu não sei como te falo” (Mônica, 21 anos).

“Ele é meu amigo tudo às vezes se eu faço alguma coisa de errado ele não é aquele pai agressivo, tanto que ele nunca nem me relou a mão. Ele é de conversar entendeu? Tanto que na semana passada eu briguei com a minha mãe, aí ele tava viajando ele ligou, falou que não podia ser assim que ia conversar comigo, porque não pode ser assim normal sabe? Eu acho que eu me dou bem com ele” (Amanda, 22 anos).

“Meu irmão e meu pai querem tudo prontinho... Meu pai é amoroso” (Bruna, 16 anos).

“Meu pai é seco também, minha mãe é carinhosa. Mas não tem como falar se eu me dou melhor com um ou com outro porque eu me dou muito bem com os dois, tanto com o mais velho como com o do meio” (Carla, 20 anos).

“Meu pai nunca conseguiu falar direito, ele sempre falava você é burra, burra, sempre foi assim. É assim que ele é com meus irmãos com a minha mãe, porque ele foi criado assim. Hoje eu entendo que ele foi criado assim e ele não vai mudar, mas meu pai é um pouco difícil... Eu vejo meu pai assim criado de um jeito diferente, porém eu não trocaria o meu pai por pai nenhum nesse mundo... embora ele seja assim teimoso, ele sempre tá certo, que não sei o que eu não trocaria o meu pai por nenhum pai nesse mundo, porque ele é uma pessoa maravilhosa e eu sei que se no dia de amanhã eu precisar de alguma coisa” (Iara, 21 anos).

“Eu acho que o meu gênio é igual o dele, então muitas opiniões minhas eu não aceito abaixar a cabeça, e ele também na então fica uma coisa difícil... ele é uma pessoa maravilhosa, ele é um excelente pai, por mais assim que ele foi ausente, ele tava presente, porque ele sempre trabalhou muito, mas sempre as horas assim principalmente quando eu era criança, ele era o que mais brincava... minha mãe era de dar dura, meu pai era de passar a mão... antigamente ele tinha costume muito de beber, e eu não aceitava as brigas que ele tinha com a minha mãe, ele ficar fazendo insultos assim porque ele é muito ciumento tanto comigo como com a minha mãe, e ele também por ele ser negro, ele acha que todo mundo tá fazendo algum tipo de racismo com ele então ele se coloca pra baixo e eu não aceito isso, eu acho que não tem nada a ver isso, aí que ele tem que se dar ao valor, então mais é por isso nossas brigas” (Manuela, 20 anos).

A percepção que as adolescentes entrevistadas apresentaram de seus genitores masculinos foi mais negativa do que positiva, predominando uma percepção de fragilidade com relação ao pai e a seu papel na dinâmica familiar. No caso de Giovana, este sentimento é ainda mais evidente, ela relata que muitas vezes se sente como mãe dele.

Esses resultados mostram o que Minuchin; Rosman e Baker (1978) descrevem como

falta de identificação e desenvolvimento de papéis na dinâmica da família, o que deve ser objeto de esclarecimento, diminuindo os riscos de confusões na vida familiar.

4.4.3. Relação com os irmãos

Quanto à relação com os irmãos, Giovana e Denise os consideram tranquilos, calmos e imaturos, mas acreditam ter um bom relacionamento com eles. Iara tem uma irmã adotiva que é bem distante da família e ambas têm pouco contato. Talita relata não ter muito contato com a irmã, pois ela é casada e mora em outra cidade, dizendo também que, quando eram crianças, o relacionamento das duas era muito bom, mas, hoje são um pouco afastadas embora visite sempre a irmã na cidade onde mora.

De acordo com os relatos das participantes desse estudo, revela-se que a única figura feminina com as quais tem contato próximo e uma relação afetiva importante é a mãe, pois nenhuma referiu-se a relações afetivas próximas com irmãs ou com a amigas. Mônica, por exemplo, também tem uma irmã, mas afirmou manter melhor relacionamento com o irmão.

“Com o meu irmão, tem brigas, normal, só que eu sou mais estourada, mais brava, ele já é muito mais calmo, então por isso que a gente acaba até não brigando tanto porque, se eu to nervosa, ele já acalma, ele, já tá calmo, então ele, deixa tudo mais tranquilo. Então com ele também dá pra conversar, bastante assim, ele é mais tranquilo” (Giovana, 17 anos).

“Com meu irmão é normal, antes no começo era difícil, porque ele me chamava de magrela, falava que eu tava louca... Antes eu não tinha liberdade e hoje eu tenho” (Denise, 20 anos).

“a gente também não tem muito contato, quando ela morava lá, sim, eu era criança, mas ela sempre tava saindo comigo” (Talita, 16 anos – fala em relação à irmã que é casada e mora em outra cidade).

“É bom, mas a gente não é amigo, é assim tipo normal, muito raro assim, a gente briga bastante então não tem aquele vínculo, aquela amizade, união, não somos muito não, pelo menos não demonstramos ser (Mônica, 21 anos).

“Eu e meu irmão a gente combina só que de vez em quando, sempre tem uma briga né assim, mas a gente até que combina... a gente às vezes sai junto, porque assim ele tem a turma dele e eu tenho a minha mas a gente sempre se deu bem eu e ele como todo irmão, acho que briga a gente também briga. Sempre tem assim algumas coisas mas a gente sempre se deu bem normal.” (Amanda, 22 anos).

“Eu sou muito ligada aos meus irmãos, eles são a mim também, a gente é muito unido” (Carla, 20 anos).

“Olha a gente brigava muito antes, coisa de criança, hoje a gente se dá muito bem, a gente conversa sobre tudo, a gente trabalha junto” (Iara, 21 anos).

4.4.4. Percepção dos irmãos pela adolescente

Giovana tem um irmão mais novo e o vê como bem tranqüilo e calmo. Denise tem um irmão mais velho que ela e o considera descompromissado com a vida, mas tem uma relação de respeito com ele por ser mais velho. Talita não convive com a irmã que mora em outra cidade, portanto pouco soube falar dela. Mônica tem dois irmãos da mesma idade que ela, mas acredita que o irmão (homem) cuida dela, zela por ela e mantém um relacionamento mais distante com a irmã, com quem tem mais brigas. Amanda considera seu irmão que é mais velho que ela, uma pessoa muito compreensiva. Bruna considera o irmão mais distante dela, ele é mais velho, mas ela o considera bastante exigente, talvez por participar de competições de natação. Carla sente admiração e respeito pelo irmão mais velho e relata não ter muita ligação com o irmão do meio. Iara admite se relacionar muito bem com os dois irmãos, nem se lembrando da irmã adotiva.

“Meu irmão é bem calmo, bem tranqüilo então ele não se envolve muito, quando tem briga minha e do meu pai ou da minha mãe com meu pai, meu irmão não se envolve, ele fica mais na dele, ele não procura esquentar a cabeça com isso, ele deixa as coisas resolverem sozinhas, ele não se preocupa muito” (Giovana, 17 anos).

“O meu irmão, tipo assim, ah é, meninão, 21 anos, alegre, gosta de curtir, sair, badalar, entendeu? Quer curtir a vida, não quer saber de compromisso, de namorada, não quer nada sério, ele conversa comigo normal, tenho uma relação com ele normal. Antes a gente brigava, coisa de criança, mas hoje a gente se dá bem” (Denise, 20 anos).

“Ela é uma boa pessoa” (Talita, 16 anos).

“Meu irmão é sempre muito zeloso, tudo que precisou dele ele tá lá pra ajudar... se eu precisar de alguma coisa da minha irmã ela tá ali, não sei se vai poder servir mais... se eu precisar contar alguma coisa, algum segredo assim, é para o meu irmão, apesar que eu não conto muito, eu sou muito fechada, é mas é pra ele que eu contaria” (Mônica, 21 anos).

“O meu irmão assim eu acho que eu me dou bem com ele tudo, porque ele é assim uma pessoa super compreensiva, ele sabe?... Eu sempre fui mais nervosa, sempre e o meu irmão é o oposto né, porque ele é muito calmo... o meu irmão é muito mais carinhoso do que eu sabe? Eu não gosto que fica me abraçando porque eu não gosto e ele já é mais assim sabe? Ele brinca mais, e ele abraça, ele fica pegando essas coisas, e eu não gosto, uma das nossas brigas é essa” (Amanda, 22 anos).

“Ah meu irmão ele é bem assim fresco, ele é bem dele, é, se minha mãe não vai dar alguma coisa pra ele, ele já fica bravo, é característica do meu pai, ele é igualzinho meu pai, por exemplo, ele pede uma roupa pra ir pra faculdade, aí a minha mãe, aí eu esqueci de passar, nossa mas você esqueceu de passar? Não é aquela coisa de ficar bravo, sabe ele brinca, mas ele fala sério sabe? Ele e o meu pai querem tudo prontinho. Uma coisa boa assim, meu irmão é muito amoroso com as pessoas, com o meu pai também, com a minha

mãe também” (Bruna, 16 anos).

“O mais velho é Deus no céu e meu irmão mais velho na terra também, ele é, nossa ele é tudo. O meu irmão do meio também, ele faz bastante coisa pra mim sabe, mas a gente não é tão ligado igual o meu outro irmão, mas somos ligados também, ele me leva pra fazer as coisas, me busca, sabe? Tudo que tiver que fazer ele faz... Meu irmão mais velho é meio espuletrado, ele não teme muito não. Mas ele é muito carinhoso. Meu irmão do meio, é mais seco, mas quando precisa ele também me dá carinho sabe? Mas ele já é mais seco. Não é igual o outro, o outro é mais carinhoso” (Carla, 20 anos).

“Eu falo que eu daria a minha vida pelos meus irmãos só que eles tem a mente diferente da minha mas eles são pessoas maravilhosas, meu irmão que mora no exterior um amor, apesar dele ter o gênio do meu pai, o outro é um palhaço eu dou risada, eles só faz a gente dar risada, é um amor de pessoa” (Iara, 21 anos).

Em um estudo estatístico, Fernandes; Alarcão e Raposo (2007) procuraram investigar a forma como a presença ou ausência de irmãos influencia na personalidade. Cada sujeito ocupa um lugar na família, o que proporciona experiências diversificadas, pois alguns aspectos da personalidade podem ser divergentes, além de diferenças quanto à posição fraternal do sujeito considerado. Para os autores, a posição na fratria, ou seja, se é o mais novo, o mais velho, ou o do meio, é um dos aspectos responsáveis pelas variações na personalidade dos sujeitos. Os filhos mais velhos são mais obedientes, mais resolvidos, mais altruístas e menos hostis do que os do meio.

Essas conclusões apresentadas por Fernandes, Alarcão e Raposo (2007) podem ser constatadas nos relatos de Amanda, Carla e Iara, que falam muito bem dos irmãos mais velhos, além de Mônica que apesar do irmão ter a mesma idade que ela, por serem trigêmeos, ele não teve paralisia cerebral e ela o considera como um verdadeiro amigo; um companheiro que muitas vezes exerce a função de pai, levando-a aos lugares, passeando.

Fernandes, Alarcão e Raposo (2007) acreditam que os irmãos do meio têm papéis pouco definidos na família, tendo maior tendência a experienciar estados de hostilidade, raiva, frustração e amargura, portanto são menos altruístas do que os mais velhos. Os mais novos são mais amáveis, são mais corretos e compreensivos do que os do meio.

Manuela é a única das entrevistadas que é filha única. Tavares et al (2004) acreditam que o filho único recebe atenção excessiva, amadurece precocemente e pela ausência do partilhar entre irmãos, torna-se mais egoísta, exigente, dependente e temperamental, porém consideram que os filhos únicos parecem ter muitos amigos, exercem liderança e têm maior auto-estima. No caso da Manuela, este aspecto não se revelou, dada sua grande dependência com relação à mãe e a uma tia próxima, relatando sair com elas para vários lugares, em momentos de tristeza ou quando se sente meio deprimida, como ocorreu no início da doença e

quando soube que não havia passado no vestibular que almejava: isolou-se no quarto, não querendo ver ninguém. Manuela não se referiu a amigas ou amizades, mas disse que é bastante exigente com ela mesma e com os outros. Esta característica aparece quando relata sobre o alcoolismo do pai e suas dificuldades com o preconceito, por ser negro. Para ela, a mãe é tudo em sua vida, sua grande companheira, pois não teve irmãos e tem dificuldades de relacionamentos sociais.

4.4.5. Relação com a mãe

A relação das adolescentes com suas mães foi descrita como “boa”, sendo que as mães são consideradas amigas. Giovana e Talita descreveram a mãe como sendo “tudo” para elas. Denise (20 anos) revelou que ela e a mãe são muito “grudadas”, sendo que a mãe parece ser uma extensão dela (“É a mesma coisa que ela fosse eu”).

“eu tenho na minha mãe uma amiga, eu sei que eu posso pedir conselho pra ela, falar com ela sobre qualquer assunto, que ela vai conversar comigo, como mãe, só que não é também na ditadura, que ela me impõe. Ela me aconselha, ela fala o que ela acha melhor, quando eu erro ela me dá bronca, é isso” (Giovana, 17 anos).

“A gente era grudada, mas grudada assim, muito grudada, eu mamei até os quatro anos nela, desde criancinha minha mãe não deixava eu com ninguém, então eu só gostava dela, mas assim não era tão grudada não, eu saía assim, ia pra baile essas coisas, mas não era tanto, ela não ficava pegando tanto no meu pé, não ficava me ligando toda hora, agora é bem mais... ela me prende muito, é a mesma coisa se eu fosse grudada a ela, ela me sufoca, ela me deixa viver, assim ela não me deixa ter liberdade, eu queria viver em total liberdade, sabe?... se eu to com duvida em alguma coisa, ela fica falando, tipo não faz isso, tal, se eu vou comer alguma coisa, ela fica falando, antes eu pedia pra ela pra comer, agora ela quer que peço, do mesmo jeito de antes, sendo que eu vou lá na geladeira e pego, coisa que eu já aprendi a fazer, entendeu? Ela quer que eu continue fazendo, ela já se acostumou com aquele jeito meu, de quando eu tava doente. Agora ela não consegue voltar pra realidade que eu melhorei” (Denise, 20 anos).

“Ela é minha amiga e sempre me apóia” (Talita, 16 anos).

“Sempre foi muito difícil, eu acho que, não sei se é excesso de amor, que ela tem, tanto ela quanto meu pai, hoje eu to meio difícil de achar as palavras, mas tanto ela quanto meu pai, eles é, eu acho que deve ter um cuidado muito grande é assim, um cuidado que quer que a gente cresça, mas na hora que a gente vai crescer eles não aceitam, assim eles limitam, querem que cresça, como eu me lembro na época minha mãe falava assim é porque você não quer crescer você quer ficar sempre um bebezinho” (Mônica, 21 anos).

“A gente tem atrito a gente briga porque assim eu sou muito nervosa, as vezes ela até chora... (Amanda, 22 anos)

“Ah, a minha mãe é tudo, é ela que ficava o dia inteiro comigo, que fica, é ela que viu tudo, todas as crises que eu tive, sempre foi com ela, então nela eu tenho tudo” (Bruna, 16 anos).

“A minha mãe, eu e ela, a gente é bem amiga, a gente conversa sobre tudo, eu conto as

coisas pra ela, ela me fala as coisas também” (Carla, 20 anos).

“É bom também, a gente é amiga eu nunca consegui sair com uma pessoa sem contar para os meus pais só que ela é de gênio difícil sabe? Ela é assim, comigo ela é assim com os meus irmãos, ela é assim com as minhas cunhadas ela é muito ligada a família dela entendeu?... Ela não entende que eu tenho 21 anos e ela tem 50, eu nunca fui de sair, de sábado eles saiam e eu ficava em casa, minha mãe se cuida mais do que eu” (Iara, 21 anos).

“Minha mãe, é minha companheira eu não ligo de sair com de falar das coisas com ela, pra mim ela é mais uma amiga do que uma mãe” (Manuela, 20 anos).

Gabbard (1998) enfatiza nas relações familiares de pacientes com AN, os relacionamentos perturbados da criança e da mãe, além de confusões quanto aos papéis familiares. De acordo com Bruch (1987), a mãe não reconhece as necessidades próprias da criança, parecendo cuidar dela de acordo com suas próprias necessidades e, desta forma, invalidando a criança, a ponto desta não se perceber como um ser separado, mas como seu complemento.

No caso de Denise, essa relação de “posse” da mãe em relação à filha, pode ser claramente constatada. A adolescente diz que ela e a mãe sempre foram grudadas, e hoje ela se sente sufocada por essa superproteção da mãe. Inclusive Denise acredita que a mãe se tornou dependente de sua doença alimentar, impedindo muitas vezes a melhora de seu quadro clínico, tanto que ela ainda se encontra com magreza de grau III, mesmo após quatro anos de tratamento.

4.4.6. Percepção da mãe pela adolescente

Giovana, Talita, Bruna, Mônica e Manuela acreditam a mãe ser tudo na vida delas, elas se espelham na mãe, as admirando e muitas vezes querendo ser como elas. Talita chega a chorar quando pensa na possibilidade de morte da mãe, embora relate ter uma relação de pouco afeto com a mãe.

Apesar de considerar que tem uma boa relação com a mãe, Iara acredita que elas poderiam ser mais próximas e que a mãe poderia ser menos exigente com ela, demonstrando carinho e admiração pela filha. Na entrevista, chegou a chorar quando relatou que nunca ouviu um elogio da mãe e que sente muita falta disso, embora entenda que a genitora não foi criada em um ambiente de muito afeto e diálogo.

“Ela é o porto seguro de lá de casa, tanto pra mim, pro meu irmão, pro meu pai, todo

mundo se apóia nela... minha mãe, apesar de eu não falar isso pra ela porque eu sou meio tímida, não consigo me expressar direito, eu tenho muita admiração pela minha mãe. Porque ela estudou, ao mesmo tempo que ela fez faculdade, ela era casada, tinha eu já, já tinha uma filha, no ultimo ano de faculdade, meu irmão, ela tava grávida do meu irmão, então ela conseguiu estudar, criar um filho e trabalha e sustenta uma casa, tudo junto, e conseguiu fazer tudo certinho assim, direitinho, deu conta de fazer tudo, e hoje em dia se eu consigo ter, se eu posso ter uma boa escola, se ela pode tá pagando esse tratamento pra mim, é graças a todo esforço que ela fez, meu pai também fez, só que ela fez um pouco mais, então tudo isso que eu tenho hoje eu devo a ela, e ao meu pai também, lógico, só que quem mais se esforçou quem teve mais trabalho, até que foi ela” (Giovana, 17 anos).

“É a mesma coisa que ela fosse eu” (Denise, 20 anos).

“Sem ela eu não vivo, se ela partisse, eu ia com ela, eu não consigo viver sem ela” (Talita, 16 anos).

“Minha mãe sempre foi muito controladora, sempre foi muito controladora e manipuladora, e é até hoje, então uma das minhas lutas com ela é isso, porque se ela fala A eu quero B. Então tipo, ela não aceita que eu quero B... a minha vida foi a minha mãe que sabe que me guiou que ta sempre ali, mas tem esse lado ai dela, um lado, que né... Ela sofre, tento é que ela não deixa, ela tenta controlar, ficar pra ela, porque ela quer que os filhos vão, mas a hora que eles vão, ela quer eles pra ela, ela perdeu o poder, quando ela percebe que ela perdeu o poder, ai tem conflito sabe” (Mônica, 21 anos).

No caso de Mônica (21 anos), parece ocorrer o que Busse e Silva (2004) relatam sobre mães dominadoras, bem como o que Bruch (1987) aponta sobre a mãe que não reconhece as necessidades da própria filha, parecendo cuidar dela de acordo com suas próprias necessidades e, desta forma, invalidando a adolescente a ponto de esta não se perceber como um ser separado, mas como seu complemento.

“É uma ótima pessoa, ela é compreensiva também, porque tanto que às vezes eu agrido ela com palavras e tudo, e ela tenta conversar, explicar, fala que não é assim nem nada, então as vezes eu tento assim se por no lugar... porque ela sempre foi muito preocupada, mais comigo do que com o meu irmão, realmente... tudo eu tenho que perguntar pra ela mas é porque eu quero, no tanto que eu vou comprar uma roupa, eu levo pra ela, pra ela falar pra mim que ta bem essas coisas” (Amanda, 22 anos).

“Minha mãe é uma pessoa bem assim pra cima, ela é muito *light* sabe? Ela não se exige tanto, ela é muito amorosa, muito brincalhona, e ela tem muito cuidado comigo” (Bruna, 16 anos).

“A minha mãe me apóia sempre, mas só não me apóia quando eu não quero comer, ai, ela, mas em coisas assim tipo dançar fora, morar fora, ela me apóia, que nem eu quero prestar um teste pra dançar num cruzeiro no nordeste, ela ta me apoiando, sabe, mas desde que eu estiver bem, que eu melhorar, se não ai não... Ela pega um pouco no meu pé... Ela não gosta que eu saio e chego muito tarde em casa, essas coisas” (Carla, 20 anos).

“Vejo ela como uma pessoa maravilhosa, eu gostaria de um dia ouvir minha mãe falando pras tias que ninguém ela fala das outras pessoas, tudo que eu faço pra ela, eu gostaria sabe? Mas eu sei que é o jeito dela, ela nunca vai falar que me ama porque ela não tem esse costume, ela nunca vai falar que eu sou importante pra ela ou algo assim porque ela foi criada dessa maneira. Longe de mim até eu acho que ela fala. Eu queria tanto esse reconhecimento da minha mãe, eu sei que ela reconhece, mas eu queria ouvir. É meio difícil só que ela é uma pessoa muito boa, maravilhosa só que ela tem esse jeito dela que as vezes magoa um pouco a gente mas ela não tem culpa porque ela nem percebe. Eu

discuto muito com ela, mas eu peço desculpa” (Iara, 21 anos).

“Eu acho ela uma mulher super poderosa, assim, bastante grandiosa também, porque ela que nem, ela morou em sitio, ela não teve uma formação de escola nada, e ela sempre trabalhou, e trabalhou nuns lugares muito assim, serviços bons, tudo, e como mãe também eu acho ela excelente... Ela tenta me agradar o máximo, que ela tenta não contrariar, porque antigamente ela era mais severa, hoje em dia ela... eu gosto de me espelhar nela... ela é um pouco extrovertida demais” (Manuela, 20 anos).

Vivências das participantes quanto às relações familiares e percepções do pai, da mãe e irmãos

De acordo com os relatos das participantes, os genitores masculinos são percebidos como frágeis, imaturos, fechados, passivos e ausentes. Para algumas das adolescentes como Mônica, Bruna e Carla, o pai é descrito de forma negativa, porém com a ressalva de aspectos positivos como o fato de serem cuidadosos ou carinhosos. Giovana percebe o pai como excessivamente imaturo e dependente, chegando a dizer que ele depende da esposa e inclusive dela (filha), vendo-se, muitas vezes, como “mãe dele”. Embora tendo um relacionamento mais distanciado com relação ao pai, as adolescentes entrevistadas referiram ter um bom relacionamento com este genitor. Manuela, no entanto, revelou sentir muita dificuldade em se relacionar com o pai, visto como agressivo e distante. Bruna refere que o relacionamento familiar em geral é muito bom, incluindo o relacionamento com o pai, visto como passivo e exigente quanto a receber cuidados no ambiente doméstico, porém amoroso.

As entrevistadas pouco falaram sobre o relacionamento com os irmãos, mas os irmãos do sexo masculino foram vistos como mais calmos e sossegados, apesar da ocorrência de brigas ocasionais (Giovana, Denise, Monica, Amanda, Carla e Iara). Mônica tem também uma irmã e diz que se dá melhor com o irmão do que com a irmã. Talita tem uma irmã e seu relacionamento com ela é atualmente distante. De modo geral, a relação com os irmãos é vivenciada com tranquilidade, sem conflitos ou sentimentos negativos, mas também sem grande aproximação afetiva.

De modo geral, as vivências das adolescentes na relação com os genitores masculinos é de um certo distanciamento afetivo, sendo que sentem maior segurança com relação às mães, vistas como mais independentes e autônomas pelas entrevistadas. As mães são vistas pelas adolescentes como o centro da família, como amigas, conselheiras e mais próximas afetivamente. Para a maior parte das entrevistadas, a mãe é objeto de admiração e há uma relação de dependência entre mãe e filha. Giovana, Denise, Talita, Bruna, Carla e Manuela

mantém uma relação de excessiva ligação afetiva com a mãe, chegando a vivências de confusão entre suas próprias identidades e as de suas mães. No caso de Denise, embora a relação mãe-filha seja de dependência recíproca, parece estar desenvolvendo a consciência, com a ajuda da psicoterapia, de que a mãe dificulta sua melhora e sua independência. Mônica, por sua vez, revela vivências de conflito com relação à mãe e a vê como controladora e manipuladora, revelando sua percepção de que os pais têm desejos contraditórios com relação a ela; ao mesmo tempo em que querem que cresça, não aceitam e limitam este crescimento. Iara menciona vivências de angústia pela frustração que sente ao considerar que sua mãe não a valoriza e vê a mãe como tendo um temperamento de difícil manejo.

Embora as entrevistadas tenham revelado vivências de ansiedade e angústia com relação a aspectos de suas relações com as genitoras femininas, de modo geral, mães e filhas mantêm uma relação de maior dependência afetiva, sendo as mães percebidas pelas adolescentes como a figura central ou de maior autoridade na configuração familiar. Assim, a relação das adolescentes com suas mães proporcionam mais vivências de bem-estar (confiança, segurança, aconchego, etc.) do que de mal-estar.

A análise das relações das entrevistadas com seus pais e irmãos revelou certas confusões quanto aos papéis familiares, especialmente considerando-se o triângulo pai, mãe e filha. As mães foram percebidas como as figuras mais fortes na dinâmica familiar do que os genitores masculinos e estes foram vistos como mais dependentes, imaturos e passivos, comparativamente às mães e, em alguns casos, com relação à própria adolescente.

Considerando o conjunto dos dados obtidos nesse estudo, alguns aspectos podem ser destacados, por sua similaridade com os achados da literatura:

No relato de Giovana, por exemplo, fica bem clara a influência das mídias na formação de patologias graves como o caso da AN.

“Minha mãe fala, minha mãe diz que ela sente raiva da novela Páginas da Vida, porque eu sabia já o que era antes, só que nunca tinha passado pela minha cabeça tentar, eu sabia que existia, eu sabia o que era a bulimia, mas nunca tinha passado pela minha cabeça tenta, aí foi quando eu vi que eu pensei, ah eu posso tenta fazer isso também ne? Eu sabia o que eu tava fazendo (Giovana, 17 anos).

Minuchin et al (1978) referem-se à chamada patologia familiar, a qual a família de uma pessoa com anorexia é acometida. Para esses autores, há uma tendência em apoiar as expressões somáticas dos conflitos e a percepção de si mesmo e dos outros membros da

família é pouco diferenciada, contribuindo para a baixa autonomia do paciente, porque suas próprias idéias se confundem com a de seus familiares. Isso é o que ocorre com Giovana (17 anos) que relatou um pouco sobre sua falta de autonomia.

“Se eu posso fazer alguma coisa ah, não sozinha, se alguém pode ta comigo, ou até fazer por mim, ou minha mãe, ou meu pai, eu prefiro, eu prefiro que alguém esteja comigo ou que faça por mim... Eu não vou muito atrás não, eu faço o que dá pra fazer pra eu conseguir alguma coisa se não deu eu deixo quieto, eu não sou muito perseverante assim” (Giovana, 17 anos).

O relato de Mônica pode ser tomado como exemplo do que Aberastury (1981) menciona sobre o conflito que o adolescente vive com o corpo, que não é mais o infantil e passa a se transformar. Este conflito parece ocorrer em adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa, ocorrendo grande dificuldade de aceitar a mudança do corpo, o crescimento e o sexualizar-se. A superproteção, relatada por Mônica por parte do pai, da mãe e até mesmo do irmão, talvez a impeça de ser mais autônoma, de “crescer” e de se desenvolver como um ser adulto, ficando com as mesmas características que tinha na infância, sem ao menos menstruar.

“Como eu to com anorexia você acaba não menstruando, parece que você é um bebe então ela sempre falava é você não quer crescer, e não sei, e agora ou um pouco mais pra cá, eu falava pra ela que pelo contrário eu queria muito crescer só que do meu jeito, da minha maneira de ver ne. Com o meu corpo, que eu achava que era ótimo pra mim, sem ela impor (Mônica, 21 anos).

A dependência da mãe de Denise com ela é tão grande que a adolescente considera que a mãe se tornou dependente de sua doença, não querendo que ela melhore. Os cuidados com o tratamento da filha parecem ter se tornado o centro da vida da mãe de Denise, tal como ocorre nas famílias que possuem membros com algum tipo de transtorno mental, conforme apontado por Dameto (2007) .

“Minha mãe, no começo também não entendia tanto, mas depois que ela entendeu, ela me ajudou muito, mas hoje, hoje, hoje, eu que tenho mais que ajudar minha mãe, do que ela me ajudar... ela já se acostumou com aquilo” (Denise, 20 anos).

A confusão entre os papéis dos familiares e a participação da adolescente nos conflitos dos pais fica bem nítida no relato de Manuela. Talvez até por ser filha única, ela se envolva com mais facilidade nesses conflitos, ou tenha mais dificuldade de se proteger dessas ocorrências familiares, conforme apontado por Tavares et al (2004), referindo-se a famílias

com filhos únicos e que acabam por gerar confusões com relação aos papéis de seus membros.

“Hoje já não, mas antigamente ele tinha costume muito de beber, e eu não aceitava as brigas que ele tinha com a minha mãe, ele ficar fazendo insultos assim porque ele é muito ciumento tanto comigo como com a minha mãe, e ele também, por ele ser negro, ele acha que todo mundo tá fazendo algum tipo de racismo com ele; então ele se coloca pra baixo e eu não aceito isso, eu acho que não tem nada a ver isso, aí que ele tem que se dar ao valor, então mais é por isso nossas brigas” (Manuela, 20 anos).

Por esta fala, a participante mostra as relações de conflito com a figura paterna e sua compreensão acerca do comportamento do pai, que a insultava e à mãe por ciúmes e insegurança, além dos possíveis efeitos do hábito de beber, revelando sua não aceitação e sua participação nas brigas e discussões do casal, bem como a pouca diferenciação entre os papéis parentais e seu papel de filha adolescente.

Conforme encontrado na literatura psicodinâmica das últimas décadas sobre anorexia, o desenvolvimento da doença tem importantes relações com funcionamentos familiares perturbados e confusos, especialmente entre os pais e a pessoa doente. As famílias desses doentes tendem a apoiar a expressão somática dos conflitos, gerando o fenômeno denominado de ‘famílias psicossomáticas’, nas quais a percepção de si mesmo e dos demais membros da família é pouco diferenciada, levando a dependências e à baixa autonomia, especialmente nas relações mãe-filha e nas relações com genitores masculinos pouco participativos e ativos na dinâmica familiar. Nesta linha, Minuchin et al (1978) apresentam alguns aspectos observados nas famílias de pacientes anoréxicas e que influenciam no aparecimento da doença: rigidez, superproteção, dificuldade para resolver conflitos, baixa tolerância ao estresse, participação do paciente nos conflitos parentais, função de desviante dos conflitos conjugais designada ao paciente, dentre outros elementos configuradores de uma patologia familiar. A tendência, nessas famílias, é a de justificar todos os problemas e conflitos familiares pelos problemas do paciente anoréxico, tal como foi possível observar em alguns casos pesquisados nesse estudo, nos quais os pais demoraram a perceber a doença da filha e/ou pareciam dependentes dos cuidados assumidos com a filha doente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados permitiram compreender as vivências das adolescentes do sexo feminino com anorexia, participantes desse estudo, com relação ao seu corpo, à própria doença, antes e após o início do tratamento, bem como suas percepções sobre seus familiares e vivências nas relações com o pai, com a mãe e com os irmãos.

As entrevistadas revelaram que percebiam seus corpos como obesos, feios e distantes dos padrões estéticos veiculados pelas mídias em nossa sociedade, embora tais vivências fossem discrepantes com relação ao peso corporal e IMC que apresentavam na realidade. Estratégias destinadas a restringir a alimentação e a causar vômitos foram desenvolvidas pelas participantes, em face da ansiedade e angústia geradas pelo extremo temor de engordar. Revelou-se que o ato de se alimentar e os próprios alimentos geravam vivências de mal-estar e de desconforto, temores, aflições e sentimentos de culpa, mantendo as estratégias de emagrecimento e dificultando o tratamento da anorexia.

As vivências e percepções das adolescentes sobre sua família, bem como sobre suas relações específicas com as figuras maternas e paternas, mostram as inseguranças com relação à figura paterna e a dependência afetiva e confusão de identidade com relação à figura materna, além de certo distanciamento afetivo com relação aos irmãos.

O relato das participantes sobre as relações familiares mostrou confusões e certa indiferenciação dos papéis familiares, além da participação da filha adolescente nos conflitos conjugais. Em alguns casos, assumindo papéis maternos.

De modo geral, predominaram as vivências de mal-estar, antes e após o início do tratamento, significando ansiedade, angústia, temor e culpa relacionados à percepção corporal, à alimentação e à possibilidade de engordar com o tratamento, revelando que as participantes desse estudo encontravam-se, também, existencialmente doentes.

Ao se distanciarem de si mesmas, as participantes perderam a capacidade de envolverem-se com suas experiências, de compreendê-las e atribuir significados a essas experiências, não transformadas, dessa forma, em vivências. Assim, alienaram-se de suas vivências, acarretando dificuldades para a reorganização e a atualização de suas possibilidades existenciais e aumentando sua insatisfação e contrariedade.

O método fenomenológico revelou-se importante caminho para a apreensão das vivências das entrevistadas, apesar das dificuldades dessas em ampliar a exploração das mesmas e a mostrar seus sentimentos na situação de entrevista. Esse fenômeno é frequentemente encontrado em pessoas cujo corpo passa a expressar seus conflitos e

problemas evitados ou ignorados, por meio do não-envolvimento existencial e pela falta de coragem de crescer, de existir e de se sintonizar com os obstáculos inerentes à vida, ao desenvolvimento e ao fato de se tornarem adultos.

Tal como na pesquisa, o método fenomenológico aplicado à psicoterapia permite propor uma análise da existência concreta da pessoa, numa relação intersubjetiva com o terapeuta, visando auxiliar a pessoa a resgatar sua capacidade de fazer escolhas conscientes e de crescer como ser-no-mundo, com novas percepções sobre si mesmo e sua realidade, realizando transformações significativas em seu universo existencial.

A investigação das vivências das adolescentes pesquisadas, conforme por elas mesmas captadas, pode se constituir um caminho relevante para que essas adolescentes possam chegar à compreensão de seu modo-de-ser ou personalidade, contribuindo para o resgate e a manutenção da saúde, aqui compreendida de modo amplo, como saúde existencial, pois os pressupostos da fenomenologia têm relação com a concepção de homem como um sujeito, mantenedor de seu processo saúde-doença.

Embora a anorexia ainda seja prevalente em mulheres, a sociedade atual também tem exigido um corpo ideal dos homens, cada vez mais vulneráveis a esses padrões culturais e pressionados a apresentarem um corpo bonito e “sarado”. Sugere-se, portanto, que outros estudos investiguem a ocorrência de anorexia em adolescentes do sexo masculino, investigando também suas vivências e relações familiares, ampliando o conhecimento sobre esta forma de adoecimento físico e existencial. Sugere-se também uma possível continuidade do presente estudo, investigando a percepção e as vivências de mães, pais e/ou familiares de adolescentes com anorexia, complementando e aprofundando a compreensão dessas relações.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. O adolescente e a liberdade. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artmed, 1981, p. 13-23.

ALMEIDA, D.M. Corpo e Existência: contra um duplo esquecimento dos corpos. In: CASTRO, D.S.P. et al. **Existência e Saúde**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2002, p. 101-114.

ALMEIDA, G.A.N.; LOUREIRO, S.R.; SANTOS, J.E. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol.15, n. 2, p. 283-292, 2002.

ALVES, E. et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 3, p. 503-512, 2008.

ASSUMPÇÃO Jr., F.B. **Psiquiatria Infantil – Guia prático**. São Paulo: Manole, 2004.

PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Washington: Author, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) - Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). **American Journal Psychiatry** 157 (suppl. 1): p. 1-39, 2000.

ANGERAMI, V.A. – CAMON. **Existencialismo e Psicoterapia**. São Paulo: Traço, 1984.

ASSIS, S.G.; PESCE, R.P.; AVANCI, J.Q. A capacidade de metamorfosear a própria vida: tecendo os fios da resiliência. In:_____ **Resiliência: Enfatizando a Proteção dos adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 17-28.

ASSUMPÇÃO, C.L.; CABRAL, M.D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 24, suppl. 3, São Paulo, p.29-33, 2002.

BALONE, G.J. **Anorexia Nervosa**. In: PsiqWeb, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2005. Acesso em: 14 de abril de 2007.

BARROS, D.D. Imagem Corporal: A descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, vol.12, n. 2, p. 547-554, 2005.

BEATTY, D.; FINN, S.C. Position of the American Dietetic Association and the Canadian Dietetic Association: women's health and nutrition. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v.95, n.3, p.362-366, 1995.

BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BENETTI, S.P.C. et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1273-

1282, 2007.

BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa fenomenológica à procura de procedimentos rigorosos. In: _____. **Fenomenologia: confronto e avanços**. São Paulo: Centauro, 2000. p. 70-102.

BIGHETTI, F. **Tradução e Avaliação do Eating Attitudes Test (EAT – 26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP**. 2003. 101f. Ribeirão Preto: Dissertação (Mestrado Enfermagem em Saúde Pública) – USP: Ribeirão Preto, 2003.

BLOS, P. **Los comienzos de la adolescencia**. Buenos Aires: Amorrortu, 1973.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.2, no.1, p.83-94, 1994.

BOSI, M.L.M.et al. Auto percepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, vol.55, n. 2, p. 108-113, 2006.

BOSI, M.L.M.et al. Comportamento Alimentar e imagem corporal entre estudantes de Educação Física. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p. 28-33, 2008.

BRANCO, L.M.; HILÁRIO, M.O.E.; CINTRA, I.P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol.33, n. 6, p. 292-296, 2006.

BRUCH, H. The changing picture of an illness: anorexia nervosa. In: SACKSTEDER, J.L. et al. **Attachment and The Therapeutic Process**. International Universities Press, 1987, p. 205-222.

BUSSE, S.R. **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. Barueri: Manole, 2004.

BUSSE, S.R.; SILVA, B.L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S.R. **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. Barueri: Manole, 2004. p. 31-110.

CAMPAGNA, V.N. **A identidade feminina no início da adolescência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP, 2005.

CAPALBO, C. A fenomenologia a partir de Edmund Husserls e sua repercussão na área da saúde. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem UERJ**, v.6, n.2, p. 415-419, 1998.

CAPALBO, C. Fenomenologia e Ciência: Edmundo Husserl e Maurice Merleau-Ponty. In: CASTRO, D.S.P. et al **Existência e Saúde**. São Bernardo do Campo: UESP, 2002. p. 13-34.

CASPER, R.C. On the emergence of bulimic nervosa as a syndrome: a historical view. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 2, p. 3-16, 1983.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO - **CID 10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CASTILHO, S.M. **A imagem corporal**. Esetec editores associados: Santo André, 2001.

CLAUDINO, A.M.; ZANELLA, M.T. **Guia de Transtornos alimentares e obesidade** (UNIFESP). Barueri: Manole, 2005.

COBELO, A.W.; SAIKALI, M.O.; SCHOEMER, E.Z. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n. 4, p. 184-187, 2004.

COBRA, R.Q. **Fenomenologia**. Filotemas, Disponível em: www.cobra.pages.nom.br, Internet, Brasília, 2001, rev. 2005, Acesso em: 01 de junho de 2008.

COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIUS, J. **Desenvolvimento psicológico e educação – psicologia evolutiva**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CORDÁS, T. A.; CASTILLO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares – instrumento de avaliação: “Body Shape questionnaire”. **Psiquiatria Biológica**. V. 2, n. 1, p. 17-21, 1994.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n. 4, p. 154-157, 2004.

CORDÁS, T.A.; LOPES FILHO, A.P.; SEGAL, A. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 564-571, 2004.

CORRÊA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5. n.1, p. 83-88, 1997.

CREPALDI, M.A. et al. A participação do pai nos cuidados da criança segundo a concepção de mães. **Revista Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 579-587, 2006.

CRIVELATTI, M.M.B.; DURMAN, S.; HOFSTATTER, L.M. Sofrimento psíquico na adolescência. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.15, p. 64-70, 2006.

DAMETO, C.A. **Adolescentes do sexo feminino com transtornos mentais**: fatores de risco, mecanismos de proteção e eficácia adaptativa. 2007. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem)- UNESP: Bauru, 2007.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P.E.M. Terapia Cognitivo-Comportamental dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, suppl.3, p. 49-53, 2002.

DUCHESNE, M. et al. Neuropsicologia dos transtornos alimentares: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n. 2, p. 107-117, 2004.

DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa, **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n.1, p. 51-60, 2003.

FERNANDES, M. H. **Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

FERNANDES, O.M.; ALARCÃO, M.; RAPOSO, J.V. Posição na fratria e personalidade. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 297-304, 2007.

FERREIRA, T.S.; FARIAS, M.A.A.; SILVARES, E.F.M. Construção da identidade em adolescentes: Um estudo exploratório. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v.8, n.1, p.107-115, 2003.

FIATTES, G.M.R.; SALLES, R.K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Revista de Nutrição**. Campinas, vol.14 supp. 10, p. 3-6, 2001.

FLAERTY, J.A.; CHANNON, R.A.; DAVIS, J.M. **Psiquiatria – diagnóstico e tratamento**. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, 479 p.

FLEITLICH, B.W. et al. Anorexia nervosa na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol. 76, supp.3, p. 323-329, 2000.

FORGHIERI, Y.C. Saúde e Adoecimento Existencial: O paradoxo do Equilíbrio Psicológico. **Temas em Psicologia Sociedade Brasileira de Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 1, p. 97-110, 1996.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia Fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

FORGHIERI, Y.C. A abordagem fenomenológica na Psicologia. In: _____ **Aconselhamento Terapêutico: Origens, fundamentos e prática**. São Paulo: Thomson Learning, 2007. p. 91-92.

GABBARD, G.O. Transtorno por uso de substâncias e transtornos alimentares. In: _____ **Psiquiatria Psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 241-259.

GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. The Eating Attitudes Tests: an index of symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, n. 9, p. 273-279, 1979.

GIORDANI, R.C.F. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 81-88, 2006.

GOMES, A.M.A.; PAIVA, E.S.; VALDÉS, M.T.M.; FROTA, M.A.; ALBUQUERQUE, C.M. Fenomenologia, Humanização e promoção da saúde: Uma proposta de articulação. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 1, São Paulo, p. 143-152, 2008.

GORGATI, S.B.; HOLCBERG, A.S.; OLIVEIRA, M.D. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, suppl. 3, p.44-48, 2002.

GRILLO, E.; SILVA, R.J.M. Manifestações precoces dos transtornos de comportamento na criança e no adolescente. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, supl. 0, p. 21-27, 2004.

HENDERSON, M.; FREMAN, C.P.L. A self-rating scale for bulimia: the "BITE". **The British Journal of Psychiatry: The journal of mental science**, v. 150, p.18-24, 1987.

HERSCOVICI, C. R.; BAY, L. **Anorexia Nervosa e Bulimia: Ameaças à autonomia**. Trad. Francisco Franke Settinieri. Porto Alegre: Artmed, 1997.

HOLANDA, A. F. Pesquisa Fenomenológica e Psicologia Eidética; elementos para um entendimento metodológico. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. (orgs). **Psicologia e Fenomenologia Reflexões e Perspectivas**. Campinas: Alínea, 2003, p. 41- 64.

1.7.1. HOLM-DENOMA, J.M. et al Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link. **Journal Affect Desord**, Oxford (USA) v.107, n.3, p. 231-236, 2007.

1.7.2. KILLEN, J.D. et al. An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. **International Journal of Eat Disorders**, Bethesda, v.13, n.4, p.369-384, 1993.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artmed, 1981, p. 24-62.

LATTERZA, A.R. et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, p. 173-176, 2004.

LEITE, J.C.; GOMES, W.B. Concepções de alcoolismo e a reabilitação do alcoolista. In: GOMES, W. B. (org). **Fenomenologia e Pesquisa em Psicologia**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1998, p. 45-66.

LOCK, J. et al. - **Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach**. The Guilford Press, New York, 2001.

MACIEL, J.C. Franz Clemens Brentano e a Psicologia. In: BRUNS, M.A.T.; HOLANDA, A.F. **Psicologia e Fenomenologia: Reflexões e Perspectivas**. Campinas: Alínea, 2002, p. 27-39.

MAGALHÃES, V.C.; AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 236-245, 2005.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.

MARTINS, J.; BOEMER, M.R.; FERRAZ, C.A.A. **A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações**. São Paulo: Revista Escola de

Enfermagem USP, v. 24, n.1, p. 139-147, 1990.

MELLO, E.D. **Atendimento ambulatorial versus programa de educação em obesidade infantil – qual oferece mais conhecimentos e mudanças de hábitos?** Projeto de pesquisa para tese de doutorado em Pediatria. Porto Alegre: UFRGS, 2000.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 2005. (Texto original publicado em 1945).

MINUCHIN, S.; ROSMAN, B.L.; BAKER, L. **Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context**. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978.

MOREIRA, R.O.; BATISTA, A.P.C. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, vol.29, n. 1, p. 130-131, 2007.

MOREIRA, L.A.C.; OLIVEIRA, I.R. Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p.161-165, 2008.

NAKAMURA, E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: S.R.BUSSE. **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. Barueri: Manole, 2004, p. 13-28.

NEME, C.M.B. **Fenomenologia, Existencialismo e Humanismo: a 3ª Grande Revolução na Psicologia e na Psicoterapia**. Texto não publicado. Bauru, 1990.

NUNES, M.A.A.; ABUCHAIM, A.L.G. Anorexia Nervosa Parte I: quadro clínico, critérios diagnósticos e etiologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 5-9, 1995.

NUNES, M.A.A. et al. Anorexia Nervosa: Relato de Caso. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 12-15, 1998.

NUNES, M.A.A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

OLIVEIRA, F.P. et al. Comportamento Alimentar e imagem corporal em atletas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói - RJ, v.9, n. 6, p.348-356, 2003.

OLIVEIRA, E.A.; SANTOS, M.A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico, **Revista de Medicina de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 353-360, 2006.

PEREIRA, A.C.A. **O adolescente em desenvolvimento**. São Paulo: Marbra, 2005.

PINHEIRO, A.P. et al Genetics in eating disorders: extending the boundaries of research. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.28, n. 3., p.218-225, 2006.

PINZON, et al. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31 n.4, São Paulo, p. 167-169, 2004.

RIBIEOR, K.M.; BUSSE, S.R. Funcionamento familiar e anorexia nervosa. **Revista Infante de neuropsiquiatria da infância e adolescência**, v. 10, n. 2, São Paulo, p. 86-89, 2002.

RODRÍGUEZ, L.M.B.; HERNÁNDEZ, A.O.; BOULY, R.P. Anorexia Nerviosa: características y sintomas. **Revista Cubana de Psiquiatria**, Havana, v. 72, n. 4., p. 300-305, 2000.

SAIKALI, et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, São Paulo, p. 164-166, 2004.

SANTOS, E. et al. Massa óssea em pacientes com anorexia nervosa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.26, n.1, Rio de Janeiro, p.71-75, 2004.

SANTOS, J. E. GRATA nossa história, trabalhos e desafios. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n.3, p. 323-326, 2006.

SALZANO, F.T.; CORDÁS, T.A. Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. **Revista de. Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, p. 188-194, 2004.

SAPOZNIK, A.; ABUSSAMRA, E. V.; AMIGO, V. L. Bulimia nervosa: manifestações clínicas, curso e prognóstico. In: ZANELLA, M. T.; LAUDINO, A. M. (Ed.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. p. 49-57.

SAPOZNIK, A.; BUENO, M.O.; LOBÃO, B.F. Tratamento – Aspectos Gerais. In: CLAUDINO A. M; ZANELLA, M.T. **Guia de Transtornos alimentares e obesidade** (UNIFESP). Barueri: Manole, 2005, p. 111-118

SCHILDER, P.A. **Imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SILVA, J.M.O.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.2, Brasília, p. 254-257, 2008.

SILVEIRA, P.G.; WAGNER, A. Ninho Cheio: A permanência do adulto jovem em sua família de origem. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 441-453, 2006.

SOUTO, S.; FERRO-BUCHER, J.S.N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Revista de Nutrição (on line)**, v. 19, n. 6, p. 693-704, 2006.

SOUZA, L.V.; SANTOS, M.A.S. A família e os transtornos alimentares. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, 2006, p. 403-409.

SULLIVAN, P.F. Mortality in anorexia nervosa. **American Journal of Psychiatry**, New York, v. 152, p.127-150, 1995.

TAVARES, M.B. et al. Características de comportamento de filho único vs filho primogênito e não primogênito. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n.1, p. 17-23, 2004.

TELES, S. S. **Câncer infantil e resiliência**: investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na díade mãe-criança. 2005, 163 f. Dissertação de Mestrado, USP, Ribeirão Preto, 2005.

TERRA, M.G. et al. Na trilha da fenomenologia: Um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto** – Enfermagem, Florianópolis, v.15, n. 4, p. 672-678, 2006.

THOMPSON, J.K. Assessment of body image. In: ALLISON, D.B. (editor). **Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-Related Problems**: Measures, Theory and Research. 1st ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1995. p. 119-148.

UEZ, M.E. Câncer de Mama: Imagem Corporal e envelhecimento feminino. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 566-566, 2006.

VALLE, E.R.M. **Câncer infantil**: Compreender e agir. São Paulo: Psy, 1997.

VILELA, J.E.M. et al. Transtornos Alimentares em Escolares. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre v.80, n.01, p. 49-54, 2004.

VITALLE, M. S. S. et al. Ambulatório de Adolescência Clínica - Desenvolvimento Puberal e Estado Nutricional - Dados Preliminares. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 308-314, 1994.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T.A.; MUNOZ, P.A. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 27, n.1, p. 51-56, 2005.

APÊNDICE

A - Roteiro de Entrevista

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTICIPANTES.

Participante nº:

Idade:

Escolaridade:

Constituição familiar:

Quais os tratamentos que realiza?

Local da entrevista e data:

QUESTÕES GERAIS.

Quando e como você percebeu que tinha alguma dificuldade em relação à alimentação?

Como você se sente com relação à sua saúde atualmente?

Como você se sente em relação a seu corpo e/ou peso? Qual é o seu peso e altura?

Como são suas preocupações e/ou cuidados com relação a seu corpo?

Como você vê as suas relações com seus familiares (atualmente/no passado)?

Como você vê suas relações com sua mãe (atualmente/no passado)?

Fale sobre sua mãe, como você a vê.

Fale sobre seu pai e irmãos (se houver), como você os vê.

ANEXO

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O objetivo desta pesquisa é compreender a experiência anoréxica a partir do referencial do próprio sujeito. Para realizar a pesquisa, será utilizada uma entrevista semi-estruturada composta de perguntas gerais estimuladoras do relato verbal das entrevistadas sobre suas vivências. Será utilizado gravador de áudio, além de folhas de papel e caneta.

Os resultados serão analisados qualitativamente, podendo ser posteriormente publicados em forma de artigo em revista científica ou de forma similar, com finalidade científica. De acordo com normas do Ministério da Saúde e a Ética em Pesquisa, ficam garantidos o sigilo e anonimato dos participantes, reiterando-se que os resultados somente poderão ser utilizados para finalidades de pesquisa científica e que os participantes terão acesso aos resultados obtidos.

Sendo assim, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados coletados, desde que seja garantido o sigilo de minha identidade ou qualquer informação que possa identificar-me. Estou ciente de que possuo liberdade para recusar ou retirar este consentimento, sem qualquer prejuízo pessoal.

Declaro também que fui informado (a) previamente sobre os procedimentos que serão utilizados, os quais não oferecerão quaisquer tipo de riscos para minha integridade pessoal.

_____, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Responsável (se menor de 18 anos): _____